

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DA PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**GESTAR SENDO-PORTADORA-DE-CARDIOPATIA: CONTRIBUIÇÕES
PARA O CUIDADO EM SAÚDE DA MULHER**

THAÍS VASCONSELOS AMORIM

**Rio de Janeiro
Dezembro de 2015**



UFRJ

**GESTAR SENDO-PORTADORA-DE-CARDIOPATIA: CONTRIBUIÇÕES
PARA O CUIDADO EM SAÚDE DA MULHER**

THAÍS VASCONSELOS AMORIM

Relatório de Tese de Doutorado apresentado à Banca Examinadora como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher - NUPESM

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ívis Emília de Oliveira Souza

Rio de Janeiro
Dezembro de 2015

A524g

Amorim, Thaís Vasconcelos

Gestar sendo-portadora-de-cardiopatia:
contribuições para o cuidado em Saúde da Mulher /
Thaís Vasconcelos Amorim. -- Rio de Janeiro, 2015.
185 f.

Orientadora: Ívis Emília de Oliveira Souza.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Gravidez de Alto Risco. 2. Cardiopatias. 3.
Pesquisa Qualitativa. 4. Saúde da Mulher. 5.
Cuidados de Enfermagem. I. Souza, Ívis Emília de
Oliveira, orient. II. Título.

**GESTAR SENDO-PORTADORA-DE-CARDIOPATIA: CONTRIBUIÇÕES
PARA O CUIDADO EM SAÚDE DA MULHER**

THAÍS VASCONSELOS AMORIM

Relatório Final de Tese de Doutorado apresentado à Banca Examinadora como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

APROVADO POR:

Presidente: Dr^a. Ívis Emília de Oliveira Souza.
Professora Titular de Enfermagem Obstétrica – EEAN/UFRJ.

1^a. Examinadora: Dr^a. Katia Silveira da Silva.
Tecnologista Senior do Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ.

2^a. Examinadora: Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena.
Professora Associada da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG.

3^a. Examinadora: Dr^a. Ana Beatriz Azevedo Queiroz.
Professora Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN/UFRJ.

4^a. Examinadora: Dr^a. Maria Aparecida Vasconcelos Moura.
Professora Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN/UFRJ.

1^a. Suplente: Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin.
Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS.

2^a. Suplente: Dr^a. Maria Carmen Simões Cardoso de Melo.
Professora Adjunta da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG.

Rio de Janeiro

Dezembro de 2015

“O jovem imaturo deslumbrava-se com as constelações cintilantes no firmamento e planejava conquistá-las.

Quando os primeiros momentos de compreensão mais ampla lhe afloraram à mente, percebeu a impossibilidade de conseguir as galáxias e achou possível conquistar a Terra que lhe servia de mãe gentil.

As lutas amadureceram-no e as dificuldades aumentaram-lhe a visão da realidade, facultando-lhe compreender a impossibilidade de lograr o anelado e, amando a pátria onde nascera, acreditou que a poderia conquistar.

Empenhou-se no embate arriscado, ganhou posição social e poder, porém a soma de decepções e amarguras fê-lo desistir do intento, e ele pensou em conquistar a comunidade na qual se movimentava.

Injunções políticas favoreceram-no com os cargos elevados, e quando o destaque parecia havê-lo premiado, as artimanhas da hostilidade dos grupos beligerantes derrubaram-no.

Mais amadurecido ainda e pensativo, voltou-se para a família, e enquanto a velhice se acercava, ele se empenhou em conquistar o clã.

Os interesses díspares no lar e na prole expulsaram-no, porque ele já pesava na economia doméstica, superado, no conceito dos jovens sonhadores e ambiciosos quanto ele próprio o fora um dia...

“Nesse momento ele teve consciência da sua realidade, e só então, entendeu a importância de conquistar-se a si mesmo”.

Joanna de Ângelis

Nós três conseguimos!

Compartilho os créditos de cada minuto dedicado a esta tese e cada palavra que compõem estas páginas ao meu marido Weber e ao nosso filho João Vitor. Sem eles nada tem tanta graça de ser... com eles até os dias chuvosos e nublados formam arco-íris em minha alma. Pra vocês dois... guardei o amor...

“Pra vocêS guardei o amor que nunca soube dar
O amor que tive e vi sem me deixar sentir, sem conseguir provar, sem entregar e repartir.
Pra vocêS guardei o amor que sempre quis mostrar, o amor que vive em mim, vem visitar,
sorrir, vem colorir solar, vem esquentar e permitir.
Quem acolher o que ele tem e traz, quem entender o que ele diz no giz do gesto o jeito pronto
do piscar dos cílios, que o convite do silêncio exhibe em cada olhar.
Guardei sem ter por que, nem por razão ou coisa outra qualquer, além de não saber como
fazer pra ter um jeito meu de me mostrar...
Achei vendo em vocêS, explicação nenhuma isso requer... se o coração bater forte e arder, no
fogo o gelo vai queimar.
Pra vocêS guardei o amor que aprendi vendo os meus pais, o amor que tive e recebi e hoje
posso dar livre e feliz, céu, cheiro e ar na cor que o arco-íris risca ao levitar.
Vou nascer de novo... Lápis, edifício, tevere, ponte, desenhar no seu quadril, meus lábios
beijam signos feito sinos, trilho a infância, terço o berço do **NOSSO** lar.

Adaptação da canção: Pra Você Guardei o Amor.

Autoria de Nando Reis

Agradecimentos

Meu Deus... como demorei para escrever estes agradecimentos... tentei diversas vezes racionalizar o processo, mas em vão... não requer explicação, mas compreensão das possibilidades de gratidão que teço à vida todos os dias. A cada tentativa de transpor para o papel este sentimento, a emoção transbordava e transborda ainda agora...

Agradeço ao Senhor da Vida por tanta ajuda do Alto, pela força e CORAGEM que me insuflou em vários momentos desta caminhada, por todos os acontecimentos que me fizeram chegar mais pronta ao final da tese, tanto em nível pessoal como profissional. Só peço Senhor, mais saúde e sabedoria para continuar a caminhada acadêmica que me propus.

Aos espíritos amigos liderados por Mateus Fernandes Fraga, obrigada pelos tratamentos que me auxiliaram no equilíbrio pessoal, no autoconhecimento e na paz de consciência.

Ao Joseph, amigo inseparável de todos os instantes... Obrigada pela sustentação espiritual nos momentos mais desafiadores... aonde quer que você esteja, receba minha gratidão eterna.

Ao amor-marido-amigo-irmão a quem tanto admiro como homem e como profissional... atribuo parte desta vontade de me titular doutora em enfermagem a você. O seu exemplo e o seu amor me enchem de energia, alegria e orgulho de ser-sua-mulher.

Ao filho João Vitor, meu menino corajoso que suportou minha ausência em momentos que só nós três em nosso mundo-doméstico sabemos... Você deu um show meu filho. Para mim, merece o título de doutor-em-ser-filho-de-pai-e-mãe-que-fizeram-doutorado!

Agradeço aos meus pais Ana Cristina (*in memoriam*) e João de Amorim pela educação intelectual e moral. Pelo incentivo que me auxiliou em querer sempre mais, de modo a contribuir com o outro, o próximo mais próximo...

À minha irmã Luciana que mesmo distante, ao seu modo, sei que torce por mim.

Ao Gabriel, por suas palavras incentivadoras e elogios que levantam qualquer astral!

À minha querida orientadora Ívis Emília de Oliveira Souza cujos ensinamentos levarei em meu pensamento eternamente. Em sua disposição, você co-habitou comigo neste processo de doutoramento para além da tese... de um modo especial e terno, como uma alma que busca outra alma para com-partilhar vivências, aprendizados e saberes...Obrigada por confiar em mim e por me acalmar quando eu achei que não conseguiria...

À minha eterna orientadora Anna Maria de Oliveira Salimena, por ser-comigo desde a graduação... por pegar na minha mão, no meu pé e em várias outras partes de mim a fim de

extrair o meu melhor...por me impulsionar e hoje poder estar aqui...

À Cássia, anjo bom que Deus colocou na minha vida após o falecimento de minha mãe. Obrigada por tudo que fez nestes três anos, por todo o apoio logístico e carinho conosco.

À amiga-dinda Natália Duarte pelo amor, dedicação, preocupação e apoio incondicional junto a mim, ao Weber e ao João nas idas e vindas do Rio de Janeiro e nos momentos em que precisei escrever mais... A você minha eterna gratidão e a minha mais sincera amizade!

À amiga querida Kattia Dias por ser-comigo a seu modo e em seu tempo... Convocando-me ao aprendizado do amor desinteressado.

Ao Tiago, amigo-irmão-motorista-e-namorado-da-Natalia pelo sorriso sincero, pelo apoio desinteressado, pela segurança no ir e vir na BR-040! Adoro você amigo!

À amiga Margareth Bastos, obrigada por se fazer amiga e estar ao meu lado me apoiando, me ouvindo e sendo exemplo de esforço pessoal e profissional para ingressar no meio acadêmico... Daqui a algum tempo esta vitória também será sua!

À amiga Tassiane que me brindou com sua doce amizade desde os tempos de mestrado nas disciplinas de Fenomenologia. Obrigada por ser-comigo até na proximidade da defesa!

À Andyara Paiva, que de aluna tornou-se amiga e uma das profissionais mais empenhadas que conheço! A Enfermagem ganha muito com você!

Aos amigos da Fundação Espírita Allan Kardec e aos integrantes do Grupo Família pelo apoio, preces e incentivo constantes, em especial Falconi, Andrea, Fernando Emílio, Ana Lúcia Campos, Tuka, Verônica, Márcia, Binha, Júnior, Cristiano e Paulo Henrique.

Às colegas da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema – pelo apoio e pelas substituições que nenhum valor monetário compensa... Em especial à Mariângela Figueiredo e Ângela Peters.

Aos discentes que me permitem realizar meu sonho de menina que brincava de “ensinar” os produtos de limpeza da mamãe – obrigada por poder ser-professora-de-enfermagem e desfrutar de momentos prazerosos e ricos de aprendizado...

Às pacientes portadoras de cardiopatia e às mulheres que gestaram nesta condição e que doaram um “pouco-muito” de si para que esta pesquisa pudesse se configurar em tese... cada história, sorriso, lágrima estarão em minha memória até o fim...

À Enfermeira Abilene Gouveia, pela abertura de possibilidades do campo que se fez cenário da pesquisa. Obrigada pelas gentilezas, favores e torcida em momentos decisivos.

Às Enfermeiras Cláudia e Claudinha pela acolhida e cessão de seus espaços profissionais para realização das entrevistas.

Às professoras da Banca Examinadora... Professoras Katia, Anna Maria e Ana Beatriz, as quais me acompanharam, me apontaram caminhos e dedicaram parte de seu tempo para iluminar a tese desde o projeto de pesquisa.

Às Professoras Lúcia e Stela... Vieram de tão longe, Nordeste e Sul para contribuir tanto... Muito obrigada pelo exemplo e por todos os apontamentos e contribuições...

À Professora Maria Aparecida a quem admiro pela autenticidade e agradeço pela ajuda em momentos que estarão para sempre gravados em minha mente... Sufocos, sucessos! Obrigada Professora!

À Professora Maria Carmem Simões Cardoso de Melo, por quem nutro um carinho especial desde a graduação. Obrigada professora pelo incentivo de sempre, pelo sorriso e abraço sinceros.

Aos Professores das disciplinas obrigatórias e eletivas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEAN/UFRJ. Muito obrigada pelo aprendizado e convívio.

Aos colegas das três turmas da disciplina de fenomenologia... pelo compartilhamento de experiências que me auxiliaram na compreensão desta abordagem.

Aos colegas de turma os meus sinceros agradecimentos e votos de sucesso para todos, em especial para as amigas que se fizeram mais próximas Fabíola Correa e Pacita Geovana.

Ao Hospital Universitário Pedro Ernesto por possibilitar o desenvolvimento da etapa de campo.

Ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ representado pelos docentes que o constituem... agradeço pela mobilização e disponibilidade em favor do processo de doutoramento e consolidação da proposta de projeto de pesquisa que se fez tese.

Aos secretários acadêmicos Sônia Xavier, Jorge Anselmo e Cinthia Nobrega... obrigada pelo auxílio eficaz em vários momentos do curso quer de modo virtual ou presencial.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior... pelo apoio financeiro na forma de bolsa de doutorado, a qual me possibilitou investir em congressos nacionais e internacionais divulgando a produção parcial dos resultados desta tese.

Estou certa de que muitas outras pessoas deveriam ser mencionadas aqui... Mas por hora deixo a minha gratidão por todos aqueles que de modo direto ou indireto se fizeram presentes e/ou pré-senças neste caminhar.

RESUMO

GESTAR-SENDOPORTADORA-DE-CARDIOPATIA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE DA MULHER.

Autora: Thaís Vasconcelos Amorim

Orientadora: Dr^a. Ivis Emília de Oliveira Souza

Resumo da Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

O problema de pesquisa deste estudo considera a morbimortalidade de mulheres em idade fértil por doença cardiovascular, o risco reprodutivo implicado por cardiopatia, a vulnerabilidade inerente à gestação e a possibilidade da enfermagem junto com os profissionais da saúde ir ao encontro das especificidades pertinentes ao cotidiano de cuidado da mulher. Assim, aborda a assistência ainda centrada no modelo biomédico que desfavorece a integralidade do cuidado em saúde, atentando-se às subjetividades que permeiam a gestante, tendo como objetivo desvelar os sentidos da mulher que gestou sendo portadora de cardiopatia. O projeto de pesquisa obteve aprovação ética sob os pareceres nº 1.103.165 e 1.139.507. O cenário de estudo configurou-se em instituição de referência para risco materno no Rio de Janeiro, na qual foram entrevistadas dezessete mulheres. Da análise fenomenológica em Martin Heidegger construíram-se oito Unidades de Significação bem como a compreensão vaga e mediana e o fio condutor da hermenêutica do *ser-aí-mulher-que-gestou-sendo-portadora-de-cardiopatia*. Os sentidos desvelados apontaram que, existencialmente, a mulher se mostrou no modo *impessoal, impróprio e inautêntico* movida pela *publicidade* do cotidiano da gestação de risco. Sua compreensão *mediana* revelou-se por meio do *falatório, curiosidade e ambiguidade* de modo *disperso e impermanente* conduzindo-a à *decadência*. Sendo-no-mundo *compartilhado e circundado* por familiares, conhecidos, profissionais de saúde e por seu bebê fixou-se na *ocupação* e na *manualidade* experimentando uma *solicitude substitutiva*. Na disposição de *ser-para-a-morte*, temeu nos modos *pavor, horror e terror*. Angustiou-se por momentos fugazes e anunciou-se como *ser de possibilidades* para em seguida *de-cair tentada, tranquila, alienada e aprisionada*. Esta hermenêutica permite o alcance às subjetividades e favorece a tese de que a compreensão da vivência/vivido de mulheres que gestaram sendo portadoras de cardiopatia contribui para a construção do cuidado que transcende aos aspectos biológicos em direção à integralidade em saúde da mulher.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco, Cardiopatias, Pesquisa Qualitativa, Saúde da Mulher, Cuidados de Enfermagem.

Rio de Janeiro

Dezembro de 2015

ABSTRACT

CONCEIVE-BEING-LIVE-WITH-A-HEART-DISEASE: CONTRIBUTIONS TO THE WOMEN'S HEALTH CARE.

Autora: Thaís Vasconcelos Amorim

Orientadora: Dr^a. Ivis Emília de Oliveira Souza

Abstract da Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

The research problem of this study considers the morbimortality among women of childbearing age for cardiovascular disease, reproductive risk associated with cardiomyopathy, inherent vulnerability of pregnancy and possibilities in nursing along with health professionals to meet certain peculiarities pertaining to daily women's health care. Thus it addresses the assistance still focused on biomedical model disregarding integrality in health care, paying attention to subjectivities that permeate pregnant women with cardiomyopathy with the purpose of unveiling the senses assigned to pregnancy lived experience and perception. The project was submitted to the Research Ethics Committee and was accepted under n° 1,103,165 and 1,139,507. The research setting was a reference institution for maternal death risk located in Rio de Janeiro in which seventeen women were interviewed. From Martin Heidegger's phenomenological analysis eight units of signification, vague and median understanding and thread of hermeneutics of *being-there-woman-that-conceived-and-live-with-a-heart-disease* have emerged. The unveiled senses pointed out that the woman existentially has showed herself as *impersonal, inappropriate and inauthentic* driven by publicity of everydayness related to pregnancy at risk. *Median* understanding was revealed through *chattering, curiosity and ambiguity amid dispersion into impermanent* leading her to *decay*. *Being-in-the-world sharing, surrounding* by family, acquaintances, health professionals and her baby set herself into *work and manual activities through a mode of solicitude which replaces*. In such a disposition of *being-toward-death*, she *experienced dread, horror and terror*. She passed through some moments of anguish and announced herself as *a being-of-possibilities* but then she *decays tempted, quiet, alienated and trapped*. This hermeneutics allows us to reach these subjectivities and advances the assumption that understanding the lived experience and perception of women that gave birth despite her heart disease contributes to build a kind of care that transcends the biological aspects towards integrality in women's health care.

Keywords: High Risk Pregnancy, Cardiomyopathy, Qualitative Research, Women's Health, Nursing Care.

Rio de Janeiro

Dezembro de 2015

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Situando a problemática em estudo	13
1.2	Justificativa	19
II	SOLO DE TRADIÇÃO	26
2.1	A política de prevenção e controle da morbimortalidade materna	27
2.2	A gestação de alto risco, suas implicações e significados.....	32
2.3	A gestação de risco a partir da doença cardíaca da mulher	36
2.4	O processo de cuidar em enfermagem à mulher que vivencia a gestação de alto risco	42
III	REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO-METÓDICO DE MARTIN HEIDEGGER	47
3.1	A fenomenologia como corrente de pensamento e sua aproximação ao objeto de investigação	47
3.1.1	A fenomenologia no pensar de Edmund Husserl e Martin Heidegger.....	47
3.1.2	A fenomenologia heideggeriana como caminho investigativo para a tese.....	51
IV	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	54
4.1	O caminhar metodológico.....	54
4.2	Cenário de desenvolvimento da etapa de campo.....	54
4.3	O movimento da investigadora na etapa de campo.....	58
4.4	Descrição do movimento analítico-hermenêutico heideggeriano.....	64
V	ANÁLISE COMPREENSIVA	67

5.1	O caminhar na ponte ôntico-ontológica: historiografia e historicidade das participantes.....	67
5.2	Unidades de significação e Compreensão vaga e mediana.....	77
5.2.	Unidade de significação 1.....	79
5.2.	Unidade de significação 2.....	85
5.2.	Unidade de significação 3.....	89
5.2.	Unidade de significação 4.....	95
5.2.	Unidade de significação 5.....	99
5.2.6	Unidade de significação 6.....	103
5.2.7	Unidade de significação 7.....	106
5.2.8	Unidade de significação 8.....	112
5.3	Fio condutor da hermenêutica: o <i>conceito de ser</i> de mulheres que gestaram sendo portadoras de cardiopatia.....	118
5.4	Compreensão interpretativa: a hermenêutica do ser-aí-que-gestou-sendo-portadora-de-cardiopatia.....	119
VI	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
	REFERÊNCIAS	141
	APÊNDICES.....	158
	ANEXOS.....	174

INTRODUÇÃO

1.1 Situando a problemática em estudo

Em 2013 a taxa de mortalidade específica (número de óbitos a cada 100.000 habitantes) por doenças do aparelho circulatório foi de 137,8 no mundo e 174,2 no Brasil. Dentre estas, destacam-se as doenças cardiovasculares que estão entre o grupo de patologias que compõem as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e representam importante óbice no alcance dos Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio (ODM). Em nosso país, o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT tem como uma de suas diretrizes “vigilância, informação, avaliação e monitoramento” dos agravos cardiocirculatórios, uma vez que estes ainda lideram as estatísticas de morbimortalidade em nosso país. Apesar da maior mortalidade entre homens, evidencia-se crescente a ocorrência da doença isquêmica cardíaca no grupo feminino (NAGHAVI, 2015; MALTA E SILVA JR., 2013, p. 161; DATASUS, 2011; SANCHO E SOLANO, 2011).

De fato, a inserção da mulher no mercado de trabalho e a associação de hábitos prejudiciais à saúde, como o tabagismo, uso de álcool, sedentarismo, obesidade e estresse, têm colaborado com o desenvolvimento da doença cardíaca, especialmente a de origem isquêmica. Sabendo-se de sua evolução lenta e progressiva, o diagnóstico usualmente se torna conhecido após a idade de 30 anos, período que tangencia na atualidade a ocorrência de gestações, que neste caso, são classificadas como de alto risco (XAVIER et al., 2013; SCHIMMELPFENNIG E STANFILL, 2006).

Neste contexto, este estudo desenvolvido como tese de doutorado se ocupa da gestação de alto risco por doença cardíaca, no plano de suas implicações para o cuidado em saúde e na enfermagem, apresentando como problema de pesquisa as subjetividades que permeiam a vivência/vivido de gestar da mulher portadora de cardiopatia.

Tal *pré-ocupação** inicia-se pelo fato de que as doenças cardiovasculares agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal são consideradas as maiores causas de morte materna obstétrica indireta, representando condições clínicas prévias que incorrem em fatores de risco gestacional e qualificam a gravidez como de alto risco (BRASIL, 2012a).

* Destaca-se o vocábulo *pré-ocupação* em itálico em adequação ao referencial teórico-filosófico-metódico desta tese, sustentada na fenomenologia de Martin Heidegger. Em Heidegger (2011), o “pre” significa aproximação antecipadora, abertura para compreensão. Assim, *pré-ocupação* denota a abertura ou compreensão da investigadora para se ocupar com o objeto de estudo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), óbito materno é o que acontece durante a gravidez e por um período de até 42 dias após seu término, independente da causa estar relacionada ou não à gestação (OMS, 2000). A redução da morbimortalidade materna é um dos compromissos assumidos pelo Governo do Brasil, ocupando a quinta posição dos Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio (ODM) acordados entre 141 nações no ano de 2000, as quais se comprometeram em diminuir para três quartos a razão de mortalidade materna (RMM). Atualmente, em virtude dos avanços técnico-científicos na área da saúde, torna-se inaceitável o fato de ainda ocorrerem tantas mortes, que em sua grande maioria são passíveis de prevenção (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2007a).

Logo, os profissionais de saúde devem estar preparados para a detecção precoce e subsequente classificação da mulher gestante e portadora de agravos cardíacos, assim como para a possibilidade de desenvolvimento da doença no curso gestacional. Esta também é uma preocupação de países desenvolvidos que primam por reduzir cada vez mais as taxas de mortalidade materna. Nestes, as enfermeiras obstétricas introduzem no ambiente hospitalar programas educativos visando a prevenção e o atendimento de complicações nas mulheres que têm engravidado em idade mais avançada, e que com relativa frequência, já possuem alguma doença de base (SCHIMMELPFENNIG E STANFILL, 2006).

Em outra ótica, no âmbito da promoção em saúde, os enfermeiros devem procurar conhecer antecipadamente as mulheres portadoras de cardiopatia congênita que desejam engravidar, para que possam auxiliá-las no processo de tomada de decisão considerando as questões biopsicossociais e os riscos referentes ao ciclo gravídico-puerperal (KILPATRIK E PURDEN, 2007).

Estes riscos denominados riscos reprodutivos estão implicados à mulher portadora de doença cardíaca desde o diagnóstico da patologia. Como doença crônica, a cardiopatia situa esta mulher em permanente risco reprodutivo no intervalo de idade fértil considerado pelo Ministério da Saúde (10 aos 49 anos) requerendo do Sistema de Saúde medidas que visem a integralidade assistencial, especialmente no tocante à promoção da saúde materna e infantil (XAVIER et al., 2013; BRASIL, 2000).

No Brasil, a partir da detecção da gestação de alto risco, a equipe de saúde deve avaliar as condições clínico-obstétricas que repercutem desfavoravelmente na gravidez. Neste contexto, os profissionais responsáveis pela atenção primária desenvolvida nas Unidades Básicas e na Estratégia de Saúde da Família realizam o acompanhamento pré-natal contínuo por meio de consultas e visitas domiciliares, referenciando a gestante para os centros

especializados disponíveis na rede. A contra referência dos atendimentos prestados por estes centros é essencial, uma vez que a atenção básica é considerada como ponto de interlocução da rede de cuidados (BRASIL, 2012a).

Dentre os aspectos a serem considerados pelos profissionais que acompanham a gestante portadora de cardiopatia ressaltam-se os de cunho emocional e psicossocial. Pode-se perceber que as Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher nos âmbitos da gestação, parto e puerpério têm evoluído na prestação de serviços assistenciais de saúde centrado no modelo biomédico e do ponto de vista dos fatos. Todavia, a série de proposições ministeriais pouco se atém às questões subjetivas que assomam à mulher portadora de cardiopatia que engravida.

Do ponto de vista sociocultural o coração tem uma simbologia arquetípica capaz de influenciar o modo pelo qual sentimos as ocorrências que nos colocam em condições de maior risco de vida. Quando a patologia se origina neste órgão a repercussão é majorada (AMORIM, 2013).

Nesta perspectiva, sentimentos de ansiedade, medo, angústia e incerteza quanto ao porvir são frequentemente relacionados e expressos no curso das gestações de alto risco. Na dimensão emocional pode-se ir além, considerando a culpabilidade que permeia o íntimo da gestante, uma vez que assume para si a possibilidade da sua morte, bem como a do concepto (OLIVEIRA, MADEIRA E PENNA, 2011; CARVALHEIRA, TONETE E PARADA, 2010). No caso da doença cardíaca surge outro agravante: a possibilidade da herança genética que pode aumentar o sentimento de culpa da mãe. Essas questões, quando despercebidas pelos profissionais, podem agravar e complicar o curso gestacional, aumentando o risco de morbimortalidade materna.

No contexto interdisciplinar em que a gravidez de risco deve ser vislumbrada, destaca-se a Enfermagem como profissão inserida na área da saúde e de cuidado ao ser humano, a qual apresenta a possibilidade de ir ao encontro das especificidades que permeiam o cotidiano das mulheres com gestações classificadas como de alto risco. Diante das demandas que estas apresentam, o enfermeiro deve ser capaz de arregimentar práticas mais complexas e interativas que incrementem e melhorem a qualidade assistencial. Para tal, deve considerar os aspectos emocionais tão prioritários quanto aqueles que envolvem a dimensão física. No tocante à práxis, a escuta atenta e o apoio solidário se tornam imprescindíveis ao ser do humano sob seus cuidados, bem como a todos que o envolve (AMORIM et al, 2013; LUCCHESI, VERA E PEREIRA, 2010).

Nesta acepção, o enfermeiro por meio do contato com a gestante portadora de cardiopatia e com seus familiares pode identificar as potencialidades do grupo, visando o apoio mútuo diante dos momentos de crise e estresse motivados pela condição de risco (SITTINER, EFRAIN E HUDSON, 2005).

Do ponto de vista da produção científica a Enfermagem brasileira tem buscado refletir sobre seu papel junto às mulheres que vivenciam gestações de alto risco (OLIVEIRA, MADEIRA E PENNA, 2011; ALMEIDA E SOUZA, 2011; CARVALHEIRA, TONETE E PARADA, 2010; AZEVEDO et al, 2009; DOURADO E PELLOSO, 2007; NERY E TOCANTINS, 2006). Porém, no que concerne às causas indiretas como a cardiopatia ainda o faz de forma incipiente dada a escassez de estudos, especialmente os de natureza qualitativa.

A tomada de consciência de que esta situação de vulnerabilidade requer uma oferta assistencial que considere a pluralidade da gestante portadora de doença cardíaca, implica que o enfermeiro e os demais profissionais direcionem o olhar para o conhecimento das realidades subjetivas que a permeiam a fim de planejar objetivamente o cuidado em saúde. A partir de então, pode cuidar em uma perspectiva ampliada de maneira ôntico-ontológica, a qual envolve os fatos por ela significados bem como os fenômenos por ela vividos e vivenciados (AMORIM, 2013; FERREIRA et al, 2012; BOEMER, 2011).

Neste sentido, tomam-se em paralelo as concepções de Ayres (2003) acerca da análise da vulnerabilidade individual/pessoal, social e programático/institucional. Neste plano, apontou que a análise da vulnerabilidade individual/pessoal depende da qualidade da informação/orientação transmitida às pessoas, do conhecimento efetivo que estas incorporam acerca de seus problemas de saúde e da capacidade que detêm para transformarem seus cotidianos em busca de modos de vida mais saudáveis. No âmbito social a vulnerabilidade pode ser entendida como o grau de acesso que as pessoas têm às boas condições de moradia, higiene, lazer, aos bens de consumo e de liberdade para se expressarem. Por fim, na instância programática/institucional a análise da vulnerabilidade é realizada com base nos programas, estratégias e ações governamentais intencionados em dirimir os problemas populacionais em um contexto pluridimensional que envolve a saúde, educação, direito, trabalho, bem-estar social, dentre outros.

Desta forma, compreender como a mulher gestou na condição de risco por doença cardíaca permite à equipe de saúde, na qual o enfermeiro se insere, perscrutar individual e

socialmente o *ser** em situação vulnerável, possibilitando uma análise crítica e problematizadora da aderência de sua prática em resposta aos programas governamentais dirigidos às gestantes de alto risco.

Por refletir nesta ótica ao longo do vivido laboral de uma década dedicada à Enfermagem Perioperatória no contexto dos agravos cirúrgicos cardíacos e pela visão de mundo que comporro em minha existência, chamava-me a atenção quando as mulheres portadoras de cardiopatia mencionavam o desejo de engravidar, superando os limites impostos pelas pesquisas científicas e pelas recomendações profissionais. A convivência com as pacientes no “mundo da minha interrogação” (BOEMER, 1994, p. 87), permitia que durante os momentos de cuidado elas confessassem seus temores em relação à própria saúde e às expectativas que a possibilidade da gravidez geraria para a sua família e para a equipe médica.

Algum tempo depois, voltava a encontrá-las no ambiente hospitalar já em condição gestacional durante internações decorrentes da doença de base. Suas aflições eram perceptíveis, pois se preocupavam com as suas vidas e com as dos seus bebês. Inquietava-me então acerca dos significados da gestação para as mulheres portadoras de cardiopatia, pois por mais que as terapêuticas farmacológicas as protegessem de eventos abortivos, partos prematuros, entre outros, detinham-se inquietas na incerteza dos acontecimentos futuros.

A partir da compreensão de que a condição de ser cardíaca por si só ameaça a mulher (AMORIM, 2013) e diante da experiência laboral e de investigadora, interrogo-me acerca de como é ser mulher gestante portadora de cardiopatia?

A apreensão e o aprendizado sob este prisma foi oportunizado em dois momentos distintos em minha trajetória profissional. O primeiro quando me aproximei da abordagem fenomenológica na disciplina Métodos Qualitativos de Pesquisa na Escola de Enfermagem Anna Nery. A compreensão deste referencial contribuiu substancialmente para o caminhar da dissertação de mestrado. E, em um segundo momento quando na etapa de campo da dissertação entrevistei mulheres submetidas à cirurgia cardíaca a fim de desvelar os sentidos do dia a dia após a intervenção. Depoentes mais jovens revelaram que seus maiores medos

* Em Heidegger (2011, p. 39), o *ser* de modo conceitual é “indefinível” e ao mesmo tempo “evidente por si mesmo”. Em paralelo, afirma que o ser humano como ente (que é tudo de que se fala e à primeira vista tudo o que se vê em face da lógica tradicional) é dotado do Ser capaz de apontar o sentido ou a direção do que se é.

giravam em torno da condição imposta pelos profissionais médicos da especialidade “de não poderem ter filho”. Porém, se engravidassem questionavam como se sentiriam diante disso.

A partir dessas experiências compreendi que por mais que se tenha avançado nos aspectos técnicos de manejo das situações clínicas, os de natureza subjetiva permanecem velados, obscurecidos e pouco ou nem sempre priorizados pelas metodologias de cuidar adotadas. Segue-se ainda paradoxalmente na manutenção discursiva da humanização e na realização factual da biomedicalização (AMORIM, 2013).

Diante de tal questão que reflete meu *espanto*, recorro a um referencial teórico, filosófico e metódico que não circunscreva a mulher gestante e portadora de cardiopatia apenas às questões fisiopatológicas, mas também a considere como *ser* que é, dotada de subjetividades e da necessidade e possibilidade de interlocução, permitindo a manifestação acerca de si a partir da sua vivência/vivido.

Assim, a fenomenologia como abordagem de pesquisa ancorada no pensamento de Martin Heidegger surge como proposição metodológica, uma vez que ilumina o caminho do investigador na busca do desvelamento possível de facetas do fenômeno de interrogação. Para isso, o sujeito pesquisador vai ao encontro do *ser* a fim de compreender seus movimentos existenciais na direção ontológica que lhe é original (AMORIM, 2013; SILVA, 2012; HEIDEGGER, 2011; ALMEIDA E SOUZA, 2011; MELO, 2009; SALIMENA, 2007; SILVA, 2002; SOUZA, 1993).

Ao perscrutar a essência daquele que é cuidado apresenta-se para o enfermeiro a possibilidade de transcender a *posição prévia* centrada no biologicismo. Este comportamento é prelúdio de maior autonomia profissional e visibilidade do cuidado de enfermagem (AMORIM et al, 2012; AMORIM et al, 2014; HEIDEGGER, 2011).

Entendendo que em sua atuação o enfermeiro assim como os demais profissionais de saúde devem procurar novos modos de produzir conhecimentos que agreguem valor às perspectivas do ser do humano, refletindo nas propostas ministeriais de prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, surge para mim a inquietação acerca de qual caminho assistencial deve ser percorrido a fim de subsidiar com maior eficácia as múltiplas necessidades em saúde das mulheres portadoras de cardiopatia que engravidam.

Ciente de que tal resposta dar-se-á a partir de quem vivencia o fenômeno de ser portadora de cardiopatia e tem ou teve a vivência ou vivido de uma gestação de risco, **interrogo**: Como os sentidos possíveis de serem desvelados, a partir do movimento

existencial, contribuem para o cuidado de enfermagem e para a atenção a saúde da mulher portadora de cardiopatia que vivencia ou vivenciou a gestação?

Assim, tem-se como **objeto de estudo**: a vivência/vivido de gestar para a mulher portadora de cardiopatia. Ancorada na fenomenologia de Martin Heidegger esta pesquisa apresenta como **objetivo**: desvelar os sentidos da mulher que gestou sendo portadora de cardiopatia.

1.2 Justificativa

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), foram notificados e informados 1.142 óbitos maternos em 2013, 1.552 óbitos em 2014 e até o primeiro semestre de 2015 foram contabilizadas 521 mortes maternas. A região Sudeste é a de maior prevalência seguida das Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Norte e Sul. Dentre as etiologias destaca-se a cardiopatia considerada a maior causa de morte materna indireta na gravidez, com incidência em território nacional de até 4,2%, oito vezes maior quando comparada a outros países (BRASIL, 2013).

Em face disto, as diretrizes brasileiras atentam-se aos aspectos fisiopatológicos, considerados prioritários na vigilância de todo o ciclo gravídico-puerperal, além da monitoração fetal constante pelo risco aumentado de herdar alguma disfunção do coração, especialmente em se tratando de doença congênita (LAGE E BARBOSA, 2012). Por isso, “sempre que possível, as mulheres com lesões cardíacas já diagnosticadas devem ser orientadas, previamente, sobre os riscos durante a gravidez” (BRASIL, 2012a, p. 197).

Paradoxalmente, ao lado desta situação do cotidiano assistencial de profissionais e mulheres portadoras de cardiopatia que desejam engravidar tem-se relevante a discussão política em torno dos direitos sexuais e reprodutivos, incluídos no rol de direitos humanos a serem respeitados e garantidos pelo governo (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2005a).

Para o cumprimento de tais propostas, entre os anos de 2002 e 2005, o Ministério da Saúde elegeu prioritariamente a “capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência em planejamento familiar” e o “pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal” (BRASIL, 2005a). Cabe ressaltar que mais recentemente a concepção de planejamento familiar foi ampliada para planejamento reprodutivo (BRASIL, 2010a).

Assim, enfermeiros foram orientados e capacitados por meio de parcerias ministeriais com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e pelas Secretarias Municipais de Saúde de quinze capitais das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Corroborando com a proposta de qualificação da “atenção obstétrica e neonatal” o pacto nacional em 2004 também articulou ações entre entidades civis e governamentais (BRASIL, 2005a).

Entretanto, apesar da consideração precípua do planejamento reprodutivo como direito do cidadão e das inúmeras ações que norteiam a atenção integral à Saúde da Mulher no ciclo gravídico-puerperal, diante da classificação da gestação como de alto risco por doença cardíaca, os índices de morbimortalidade materna ainda se mantêm elevados contrariando os preceitos da Lei nº 9.263/1996 que prediz:

“A assistência deve incluir acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para concepção e anticoncepção cientificamente aceitos, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas” (BRASIL, 2005a, p. 15; BRASIL, 1996).

Nesta perspectiva, é esperado do profissional da atenção básica que compreenda as expectativas e respeite as escolhas reprodutivas das usuárias e de seus companheiros, auxiliando-os em suas concretizações, embora se evidencie que o planejamento reprodutivo está mais direcionado às mulheres no pré-natal e no pós-parto em detrimento daquelas que ainda não gestaram (BRASIL, 2010a; HEILBORN et al., 2009).

Paralelamente a estas discussões e contradições, em face ao interesse explicitado pelo desenvolvimento desta investigação, realizou-se a busca e levantamento dos estudos científicos que ora a justificam e, que ao mesmo tempo alicerçarão o solo de *Tradição*. Para tal, foram combinados descritores a partir do objeto pretendido contemplando o recorte temporal de janeiro do ano 2000 a novembro de 2013, em bibliotecas virtuais e bases de dados nacionais e internacionais. O marco inicial tangencia o ano do compromisso para a redução RMM em $\frac{3}{4}$.

Neste sentido, compôs-se a Revisão Integrativa como parte da produção acadêmica requerida pela disciplina obrigatória Pensamento Contemporâneo II do primeiro período do curso de doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, marco que justifica o recorte final.

A pergunta norteadora da revisão foi: *Qual conhecimento tem sido produzido por enfermeiros que ateste a assistência de enfermagem dispensada à mulher que vivencia uma gestação classificada como alto risco?* A perspectiva de abranger o maior número possível de estudos que evidenciassem o modo pela qual a ciência volve o olhar para a gestação da mulher portadora de cardiopatia direcionou as combinações de palavras e descritores. Por isso, elegeram-se termos lexicais e booleanos que privilegiassem associações entre as questões fisiopatológicas de interesse (gravidez de alto risco, complicações cardiovasculares na gravidez, cardiopatias) no plano assistencial/profissional pretendido (enfermagem obstétrica, enfermagem, cuidados de enfermagem) considerando a área temática (saúde da mulher) e a abordagem metódica desejada (fenomenologia).

A base LILACS reúne produções da América Latina e Caribe. A BDENF constitui-se em um acervo de publicações científicas de enfermagem em periódicos, teses, capítulos de livros, entre outras. Por sua vez, os catálogos de Teses e Dissertações da ABEN-CEPEn e TESEnF agrupam estudos nacionais de pós-graduação *stricto sensu*.

As buscas internacionais concentraram-se nas bases Pubmed, produto da base Medline que contém referências da área médica e de saúde em geral; e CINAHL PLUS with FULL TEXT/EBSCO, cuja indexação de diversos trabalhos científicos da enfermagem em diferentes partes do mundo permite ampla busca.

Os critérios de inclusão contemplaram artigos de pesquisas publicados em periódicos nacionais e internacionais; nos idiomas português, inglês, espanhol e francês; com aderência à temática objetivada. Foram incluídos estudos indexados em bases de dados, com resumos e textos completos disponíveis online. Excluíram-se artigos escritos apenas por profissionais não enfermeiros.

As tabelas 1 e 2 ilustram as combinações de palavras e descritores utilizados e o quantitativo de referências encontradas.

Combinação de descritores/palavras	LILACS	BDENF	CEPEn TESEnF
“Gravidez de Alto Risco” [Palavras] OR “Complicações Cardiovasculares na Gravidez” [Palavras] AND “Enfermagem Obstétrica” OR “Enfermagem” OR “Cuidados de Enfermagem” [Palavras]	35	406	15
“Gravidez de Alto Risco” [Descritor de Assunto] OR “Complicações Cardiovasculares na Gravidez” [Descritor de	16	-	5

Assunto] AND “Enfermagem Obstétrica” OR “Enfermagem” OR “Cuidados de Enfermagem” [Descritor de Assunto]			
"Gravidez de Alto Risco" [Palavras] OR "Complicações Cardiovasculares na Gravidez" [Palavras] AND "Saúde da Mulher" AND "Enfermagem Obstétrica" [Palavras]	4	-	5
"Gravidez de Alto Risco" [Descritor de Assunto] OR "Complicações Cardiovasculares na Gravidez" [Descritor de Assunto] AND "Saúde da Mulher" AND "Enfermagem Obstétrica" [Descritor de Assunto]	4	-	5
"Gravidez de Alto Risco" [Palavras] OR "Cardiopatias" [Palavras] AND "Cuidados de Enfermagem" [Palavras]	15	26	4
"Gravidez de Alto Risco" [Descritor de Assunto] OR "Cardiopatias" [Descritor de Assunto] AND "Cuidados de Enfermagem" [Descritor de Assunto]	24	-	4
"Gravidez de Alto Risco" [Palavras] OR "Cardiopatias" [Palavras] AND "Saúde da Mulher" [Palavras]	21	74	3
"Gravidez de Alto Risco" [Descritor de Assunto] OR "Cardiopatias" [Descritor de Assunto] AND "Saúde da Mulher" [Descritor de Assunto]	21	-	3
"Fenomenologia" [Palavras] AND "Saúde da Mulher" [Palavras]	38	74	9

Tabela 1. Combinação de descritores nas bases LILACS, BDENF, Catálogos de Teses e Dissertações da ABEN-CEPEn e TESEnF e quantitativo de referências.

Combinação de descritores/palavras	Cinahl	Pubmed
("Pregnancy, High-Risk"[Mesh]) OR "Pregnancy Complications, Cardiovascular"[Mesh] AND "Nursing" [Subheading] AND "Nursing Care"[Mesh]	27	28
“Phenomenology AND “women’s health”	99	94

Tabela 2. Combinação de descritores nas bases CINAHL e Pubmed e quantitativo de referências encontradas.

Assim, a partir das combinações de descritores resultaram 1050 produtos de pesquisa, entre artigos, dissertações e teses. Após aplicação dos critérios de inclusão do recorte temporal, idiomático, de repetições, incompletude e temático, identificaram-se 348 estudos. As leituras integrais dos textos foram realizadas de modo flutuante em um primeiro momento, e em seguida de maneira mais aprofundada e crítica. Finalmente, foram selecionados 47 estudos sendo 25 nacionais e 22 internacionais. A tabela 3 (Apêndice A) traz em destaque os títulos das produções, autores, periódicos/programas de afiliação, objetivos, métodos, principais conclusões e os níveis de evidência segundo classificação de Stetler et al (1998).

Dentre as produções acadêmicas nacionais referentes ao *stricto sensu* destacaram-se quatro teses de doutorado e três dissertações de mestrado. Nestas, predominou o tema gestação de risco. Apenas uma tese investigou a condição de risco específica, a saber, o *diabetes mellitus*. Duas dissertações foram de abordagem quantitativa descritiva sendo uma delas de caráter exploratório, transversal. Todas as teses configuraram-se no aspecto metódico qualitativamente. Destaca-se uma dissertação que teve como referencial a fenomenologia de Merleau Ponty.

No âmbito dos artigos nacionais, dez abrangeram a gestação de risco e oito explicitaram a Doença Hipertensiva Específica da Gestação como objeto investigativo. Os delineamentos qualitativos predominaram (doze publicações) seguidos de quatro estudos quantitativos e dois de revisão/reflexão teórica. Dentre os referenciais teóricos da enfermagem foram contemplados os de Madeleine Leininger, Imogenes King e Dorothea Orem. Também se observou a utilização da teoria das representações sociais e da fenomenologia. No âmbito metódico estudos transversais, descritivos, documentais e correlacionais, além de estudos de caso, de história oral, com análise temática e do discurso do sujeito coletivo estiveram presentes.

Em relação ao nível de evidência prevaleceu o nível IV que considera estudos descritivos ou qualitativos. Ressalta-se que não foi encontrado na busca nacional nenhuma publicação ou estudo que tenha avaliado especificamente a doença cardíaca na gestação.

As buscas internacionais revelaram-se opostas às nacionais em relação ao interesse investigativo, pois foi encontrado um número maior de pesquisas das especificidades causais da gestação de risco (doze artigos), entre estas a ruptura prematura de membranas (PROM), o lúpus eritematoso sistêmico e a cardiopatia. Dez artigos se ocuparam com a gestação de risco de modo geral. Em consideração ao desenho de pesquisa dez estudos foram qualitativos, sendo um ancorado na fenomenologia; seis quantitativos e outro seis artigos de

revisão/reflexão teórica. Relativo ao método apontaram-se estudos de coorte, descritivos, correlacionais, transversais e ensaios controlados randomizados, bem como estudos de caso, de investigação naturalista com análises temáticas. O nível de evidência de maior expressão, segundo Stetler et al. (1998), também foi o IV.

Apesar das publicações internacionais preocuparem-se com a associação entre cardiopatia e gravidez de alto risco, a inquietação dos autores se deteve nos aspectos biológicos, relatando estudos de caso e dissertando acerca das implicações e complicações hemodinâmicas a que estão sujeitas as mulheres portadoras de doença cardíaca que engravidam. Notou-se expressiva menção à importância do trabalho do enfermeiro na identificação e acompanhamento do ciclo gravídico puerperal diante da cardiopatia, a fim de prevenir complicações e favorecer a recuperação da saúde materna e do recém-nascido. Porém, no tocante às dimensões sócio-psico-espirituais os trabalhos mostraram-se lacunares.

Deste modo, tomaram-se como ponto de partida as seguintes considerações:

- Que o enfermeiro, o enfermeiro obstetra e os especialistas em Enfermagem obstétrica atuam como “partícipes da equipe de saúde no planejamento da assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera” independente da classificação do risco gestacional (COFEN, 1999; BRASIL, 1986);

- Que em nível nacional, malgrado a gama de políticas institucionais, protocolos e manuais disponíveis, a cardiopatia ainda se apresenta como causa importante de morbimortalidade materna revelada pelos Sistemas de Informações Nacionais;

- Que é direito da mulher e de seu companheiro “planejar a vida de acordo com as suas necessidades” e, que em torno deste direito, constante dos direitos sexuais e reprodutivos, tem-se que “nenhuma mulher, em virtude da gravidez, deve ter a sua vida ameaçada ou em risco” (IPPF, 2012; BRASIL, 2010a);

- Que as pesquisas de enfermagem que orientam a prática profissional não tem considerado a especificidade da mulher portadora de cardiopatia nos trabalhos desenvolvidos atualmente que contemplam a gestação de alto risco e;

- Que o Sistema Único de Saúde (SUS) intenciona a formação de profissionais de saúde que transcendam os aspectos biomédicos em face do atendimento integral à Saúde da Mulher no ciclo gravídico-puerperal (LUCCHESI, VERA E PEREIRA, 2010).

Logo, os significados da vivência/vivido de gestar para a mulher portadora de cardiopatia torna-se problema de pesquisa relevante para a Enfermagem, uma vez que este foi compreendido pela ciência de modo explicativo, causal, em conformidade com o enfoque

quantitativo. Por isso, a abordagem qualitativa sustentada na fenomenologia amplia as possibilidades de olhar para o fenômeno interrogado.

Nesta acepção, reside a singularidade deste estudo ao diferir dos demais produtos intelectuais, por pretender dar voz a quem vivenciou o fenômeno, apreendendo o *como* e contribuindo para retificar e/ou ratificar os modos de cuidado de enfermagem e, quiçá, de atenção à saúde da mulher adotados presentemente.

Em tal direção, configura-se epistemologicamente apropriado o referencial filosófico e metódico da fenomenologia de Martin Heidegger. Tal referencial guarda ainda estreita aproximação com a intencionalidade da investigadora e permite nexos com a ciência em construção da Enfermagem.

Portanto, elaborou-se como tese/prenúncio desta investigação que a compreensão da vivência/vivido de mulheres que engravidaram sendo portadoras de cardiopatia contribui para o cuidado que transcende os aspectos biológicos em direção à integralidade em Saúde da Mulher.

SOLO DE TRADIÇÃO

A partir do objeto de estudo pretendido, buscou-se a posição prévia que é da ciência no que já revela acerca da temática inicialmente contextualizada por meio da doença cardíaca e a mulher.

Neste plano, a tradição científica aponta que as cardiopatias são usualmente divididas em quatro tipos: as de origem congênita, valvar, infecciosas e isquêmicas, sendo o diagnóstico e tratamento precoces fundamentais na redução da morbidade e mortalidade decorrentes de tais agravos (WODDS, FROELICHER E MOTZER, 2005).

Dados do Ministério da Saúde evidenciam a alta prevalência das doenças do aparelho circulatório, com destaque substancial para as doenças isquêmicas cardíacas (BRASIL, 2009). Os fatores de risco que concorrem para estas dividem-se entre os modificáveis (relacionados ao estilo de vida/comorbidades) e os não modificáveis como a hereditariedade, gênero, idade, entre outros (ALVES E MARQUES, 2009).

A partir do enfoque de gênero consideram-se distintos no homem e na mulher os eventos deflagradores da patologia cardíaca, bem como suas manifestações às terapêuticas. Além disso, as estimativas futuras têm alertado sobre o aumento das cardiopatias nas mulheres, tornando-se fundamentais ações profissionais que protagonizem aspectos preventivos da doença e promocionais da saúde (SANCHO E SOLANO, 2011).

As diferenças de reação à cardiopatia nos dois gêneros não se encontram somente arriadas às questões fisiopatológicas, mas também no que diz respeito às questões emocionais e sociais. Para a mulher que enfrenta, por exemplo, uma cirurgia cardíaca, sentimentos como o medo do desamparo familiar e o temor em relação à morte estão mais presentes (MUSSI, FERREIRA E MENEZES, 2006).

Neste contexto, ser cardíaca traz uma série de implicações para a mulher, uma vez que esta condição é permanente. O cuidado biomédico impõe uma cadeia de protocolos e rotinas que devem ser seguidos por ela: consultas periódicas, terapêutica medicamentosa, restrições sociais, pessoais e laborais. Nesta dimensão, a mulher está no Sistema de Saúde à feição de todos que também são cardiopatas. Sentimentos de inutilidade, tristeza e medo permeiam o cotidiano feminino impactando desfavoravelmente na melhora psicofísica (AMORIM, 2013).

Dentre as inúmeras restrições que são impostas à cardiopata destacam-se aquelas que podem agravar a doença, tais como as relativas ao consumo alimentar, prática de exercícios

físicos para além da capacidade funcional miocárdica, hábitos tabágicos e atividades laborais específicas (AMORIM, 2013; WODDS, FROELICHER E MOTZER, 2005).

Nesse sentido, têm-se uma produção científica significativa em torno de diretrizes, manuais técnicos e pesquisas de abordagem quantitativa que conduzem ao saber-fazer biologicista. Todavia, há que se considerar “quem” engravida sendo-portadora-de-cardiopatía a fim de extrair a essência, o que funda e confere sentido à vivência/vivido de uma gestação considerada de alto risco, compreendendo então os modos pelos quais o cuidado de enfermagem e em saúde da mulher devem se dar em tal situação, atendendo à integralidade do ser-mulher.

A partir destas considerações, do estado da arte e do objeto de estudo desta tese, constituíram-se subitens do solo de tradição: **a Política de prevenção e controle da morbimortalidade materna; A gestação de alto risco, suas implicações e significados; A gestação de alto risco a partir da doença cardíaca da mulher; O processo de cuidar em enfermagem à mulher que vivencia a gestação de alto risco.**

2.1 A Política de prevenção e controle da morbimortalidade materna

O contexto da assistência à saúde da mulher se revela ao longo da história em uma série de movimentos sociais, culturais e políticos. Atentos em um primeiro momento à questão do ciclo gravídico-puerperal, os responsáveis pelo desenvolvimento de políticas públicas tiveram de incrementar outras ações que contemplassem as necessidades integrais da mulher e transcendessem as questões de gênero.

Ao longo desta trajetória, a saúde da mulher foi sofrendo alterações e agravos provocados pela sua inserção no mercado de trabalho a partir do progresso industrial sem, contudo, abandonar as funções que a caracterizavam socialmente (mãe-esposa-dona de casa). Com esta sobrecarga, doenças crônico-degenerativas aumentaram significativamente acompanhando a mulher em idade fértil e trazendo consequências para a condição reprodutora feminina (SALIMENA, 2007).

Com o movimento feminista e suas reivindicações de igualdade foram incorporadas menções governamentais de cunho preventivo e promotor da saúde, nos âmbitos de melhor qualidade de vida, anticoncepção/reprodução, prevenção de agravos transmissíveis por via sexual, entre outros (CARVALHO et al, 2008).

A partir de então, a mulher passa a ser vista além da função reprodutora, adquirindo o direito de acesso aos serviços de saúde para atendimento das reais necessidades que

experimenta ao longo da vida. Assim, tópicos relacionados às doenças sexualmente transmissíveis (DST), violência doméstica, climatério, menopausa e exames para detecção precoce de tumores de mama e colo uterino tornaram-se, gradativamente, possíveis (CARVALHO et al, 2008; SALIMENA, 2007).

Neste panorama, a partir de 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), impulsionou a valorização de novas diretrizes assistenciais por meio das atividades educativas que contemplavam o autoconhecimento acerca do corpo feminino, bem como de outras questões relativas à saúde e à sexualidade (BRASIL, 1984).

Nos anos 90, houve um investimento maciço do Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Nacional do Câncer em torno da estimulação do segmento feminino à realização de ações de prevenção e controle do câncer cérvico uterino mediante a busca do exame conhecido como Papanicolau. O ponto alto desta ação se dá a partir de 2006 com a criação do Pacto pela Vida através da Portaria Ministerial 399/06, em que as formas de controle dos tumores de colo e mama constituíram-se objetivos prioritários dos gestores em saúde nas diferentes esferas governamentais (INCA, 2010; BRASIL, 2006).

A operacionalização das atividades previstas no I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres teve como escopo o respeito à igualdade, diversidade, autonomia, universalidade política, transparência pública, participação, justiça e controle social. Importa o destaque conferido ao item que trata do aporte para a redução da morbimortalidade feminina em quaisquer ciclos de vida da mulher (BRASIL, 2005).

O Brasil vem sendo acompanhado pela Comissão Internacional de Informação e Responsabilidade para a Saúde da Mulher e da Criança, mostrando uma taxa de decréscimo de mais de 50% da razão de mortalidade materna (RMM) nas últimas duas décadas. Entretanto, nosso país ainda configura-se entre as 88 nações em que faltam dados advindos de registros completos acerca dos óbitos maternos e suas causas (WHO, 2012).

A despeito destas, a identificação dos fatores de risco reprodutivo que podem agravar o curso da gestação e classificá-la como de alto risco contribui para a otimização da assistência pré-natal e conseqüente redução das taxas de mortalidade. Por isso, o Ministério da Saúde têm apresentado ao longo das últimas décadas diversas estratégias baseadas em portarias, programas e protocolos que visam à maior eficácia na atenção à saúde integral da mulher (BRASIL, 2008; BRASIL, 2006c).

Um ponto de investimento político que merece destaque foi a criação dos Comitês de Mortalidade Materna, sendo os primeiros em São Paulo, Paraná, Goiás e Rio de Janeiro ainda

na década de 80. Porém, foi entre os anos de 1993 e 1996 que houve a implantação dos Comitês em todos os Estados da Federação. Estes contavam com o suporte ministerial no planejamento das ações, direção dos recursos orçamentários e disseminação dos preceitos de prevenção aos óbitos maternos junto às autoridades sanitárias. Dentre as representações institucionais que os integravam à época e que permanecem inseridos ainda nos dias atuais estão os Conselhos Regionais de Enfermagem e as seccionais da Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (ABENFO) reconhecida como sociedade científica (BRASIL, 2007a).

A ideia central dos comitês era a de “uma atuação técnico-científica, sigilosa, não coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa e de acompanhamento da execução de políticas públicas” e, para tal, apoiava-se em comissões interinstitucionais e multiprofissionais localizadas nos hospitais, nas secretarias municipais e estaduais de saúde (BRASIL, 2007a, p. 22).

Neste ínterim, a razão de mortalidade materna permaneceu constante entre 1988 e 1997, com discreto aumento por causas obstétricas indiretas. Preocupado com tal questão, o Ministério da Saúde reforçou as políticas em torno dos processos investigativos das ocorrências letais, inserindo na declaração de óbito questões específicas relativas à gravidez para as mulheres de 10 a 49 anos (BRASIL, 2007a).

O acompanhamento pré-natal reconhecido como benéfico para a saúde da mulher e do conceito levou, na década de 90, à elaboração dos manuais técnicos que normatizavam procedimentos de ordem clínica e educativa. O objetivo principal era assegurar a manutenção da atenção profissional na evolução da gravidez e promoção da saúde do binômio mãe-filho mediante os encaminhamentos imediatos ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1998).

Com o intuito de regulamentar diversas ações, a Portaria MS/GM 569 de 01 de junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, articulando o Ministério e as Secretarias de Saúde. Apoiada pelas Portarias MS/GM 570, 571 e 572, apresentava como escopo: o desenvolvimento de ações promocionais, preventivas e assistenciais à saúde das grávidas e de seus filhos, considerando o acesso ampliado e a capacitação profissional (Componente I); a organização de recursos necessários ao atendimento da demanda obstétrica/neonatal e a regulação no SUS (Componente II); e a sistematização de pagamento da assistência ao parto (Componente III) (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2000b; BRASIL, 2000c; BRASIL 2000d).

Dentre as prioridades elencadas pelo programa encontrava-se a valorização dos registros mínimos dos indicadores de processo e resultado nas esferas do estado e município. Estes deveriam refletir a qualidade assistencial no ciclo gravídico-puerperal, o que já pôde ser notado entre 1999 e 2001, período em que as taxas de mortalidade materna apresentaram um declínio relacionado ao aumento da qualidade assistencial nos âmbitos obstétricos e de planejamento familiar (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2000).

Dois anos mais tarde, em 2003, registrava-se a RMM de 51,7 com as maiores concentrações de óbitos nas regiões Nordeste e Centro-Oeste. Ademais, ainda observavam-se dificuldades no preenchimento correto da declaração de óbito, relacionando a causa de morte à gestação, parto e puerpério (subinformação), além da ausência de registro do óbito em cartório (sub-registro), comum nas regiões mencionadas (BRASIL, 2007a).

Face a isto, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi aprovado em 2004 e ocupou-se da qualificação dos profissionais na detecção precoce das gestações de risco, fornecendo o apoio técnico e financeiro para a formação especializada em Enfermagem Obstétrica (BRASIL, 2004).

Já os Planos Nacionais de Políticas para as mulheres (I e II), delineados respectivamente nos anos de 2005 e 2007, reforçavam a motivação governamental e registravam o aumento das consultas pré-natal para cada parto. O II Plano em especial, ratificou a inquietação quanto à falta de identificação das gestantes que manifestavam maior possibilidade de evolução desfavorável, o grupo cognominado de gestantes de alto risco (BRASIL, 2008c; BRASIL, 2005).

Por conseguinte, foi regulamentada pela Portaria GM nº 1119 de 5 de junho de 2008, a Vigilância Epidemiológica da Morte Materna que instaurou fluxos e limites de tempo para a disponibilização das informações acerca dos óbitos maternos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Também definiu a logística sobre a qual se apoiou o grupo técnico responsável pela investigação das mortes, envolvendo as secretarias municipais de saúde, a equipe da atenção básica, os comitês hospitalares e demais profissionais de saúde indicados pelas autoridades da referida vigilância nas três esferas governamentais. Pela Portaria, com base na análise da causa do óbito poder-se-iam eleger critérios que evitassem novas ocorrências letais, dentre os quais se apontavam a negligência, imperícia e imprudência profissionais na detecção dos fatores de risco gestacionais (BRASIL, 2009a).

O reforço desta situação foi abordado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM. Segundo as evidências ministeriais, apesar do quantitativo de

consultas pré-natais corresponderem ao preconizado, o mesmo não se pode dizer da qualidade assistencial, pois aumentaram os casos de sífilis congênita, hipertensão gestacional e de falhas na cobertura vacinal durante a gestação. Outro senão residia na alta incidência de cesariana e intensa medicalização durante o trabalho de parto, parto e nascimento. Relativo ao período do puerpério, também se revelam insatisfatórios os aspectos quantiquantitativo de retorno por centrarem no recém-nascido os enfoques da consulta (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, a Rede Cegonha surge como um “programa-resposta” que objetivou estender os cuidados à mulher desde os primeiros dias de gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê. Sob esta ótica, adotou o acesso em menor tempo ao pré-natal de alto risco a fim de minimizar as possíveis intercorrências, dada a condição de vulnerabilidade materno-fetal (BRASIL, 2011). A Casa das Gestantes também foi considerada importante iniciativa governamental vinculada ao nível terciário em uma perspectiva multiprofissional, assistindo a gestante de alto risco de modo humanizado, promovendo a saúde e prevenindo complicações (PIMENTA et al, 2010).

A fim de mensurar o número de óbitos maternos, utiliza-se da Razão de Mortalidade Materna (RMM), a qual relaciona as mortes diretas ou indiretas com o número de recém-nascidos vivos. É sob este parâmetro que a OMS considera os avanços do Brasil, embora ainda persigamos a meta de redução da RMM em 3/4. Alicerçado por todas as políticas instituídas, nos primeiros dez anos deste século o Ministério da Saúde registrou uma taxa de decréscimo da RMM em cerca de 7%, número considerado ainda insuficiente para atingir a meta da OMS, que em 2010 deveria ter sido de 35 e esteve próxima de 70 (BRASIL, 2012).

Estrategicamente, com o intuito de auxiliar em uma maior capacitação na detecção, condução e notificação de problemas decorrentes ou não da gravidez e que se manifestem no período gravídico, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde elaborou ao longo dos últimos anos vários manuais técnicos que são revisados e ampliados frequentemente (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2010; BRASIL, 2009a).

O mais recente destes manuais foi publicado no ano de 2012 e por meio de normativas conceituais e criteriosas pretende uniformizar as ações profissionais no manejo das gestações classificadas como de alto risco (BRASIL, 2012a).

Todavia, apesar do esforço governamental, os índices de morbimortalidade materna ainda são crescentes em nosso país apontando muitos desfechos preveníveis. A rede de atendimento às gestantes apresenta falhas estruturais importantes e falta de capacitação dos recursos humanos que a compõem. Conforme destacam Noronha, Torres e Kale (2012), 65%

dos óbitos da coorte de nascimentos do Estado do Rio de Janeiro poderiam ter sido evitados caso a gestante houvesse recebido atendimento qualificado desde a Unidade Básica de Saúde até à atenção hospitalar.

A peregrinação pelas diversas maternidades no momento do trabalho de parto é outro fator considerado como propiciador da mortalidade materna e neonatal, especialmente em se tratando da gestante de alto risco residente na periferia ou interior de grandes cidades. Trajetos longos, dificuldade de transporte, falta de comunicação, falhas no sistema de referência e contra referência, constantes idas e vindas às maternidades por falta de vagas em leitos especializados como Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal retardam o atendimento e revelam a precariedade do Sistema de Saúde. Deste modo, torna-se sem utilidade a classificação do risco diante da falta de acessibilidade (DOMINGUES et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2012; BARBASTEFANO, GIRIANELLI E VARGENS, 2010).

Portanto, há que se considerar que o avanço em torno dos aspectos biomédicos expressos pelos estudos que apontam as causas, protocolos que direcionam as ações e guias que auxiliam as notificações são ainda insuficientes diante de toda a adequação estrutural e de pessoas de que a Rede de atendimento à gestante de risco carece para reverter a razão de mortalidade materna firmada no acordo com a OMS.

2.2 A gestação de alto risco, suas implicações e significados

A gestação é um processo natural do organismo feminino que implica em alterações fisiológicas, sociais e emocionais condizentes com cada etapa, sendo considerada saudável quando sua evolução não implica desfavoravelmente à mulher e ao feto/recém-nascido. Não obstante, quando o contrário ocorre, conceitualmente temos instalada uma gestação de alto risco (BRASIL, 2012a).

A classificação usual divide os fatores de risco em relação às condições pré-existentes e as que se manifestam ao longo da gravidez, conferindo responsabilidades à equipe de saúde em todos os níveis de atenção, a fim de identificar precocemente as possíveis alterações, realizar os registros e encaminhamentos necessários, além de desenvolver ações educativas direcionadas aos agravos individuais (BRASIL, 2012a).

Dentre os fatores de risco gestacionais têm-se aqueles que podem se desenvolver na gestação como agravos obstétricos diretos, exemplificados pela hipertensão arterial, hemorragia, infecção puerperal e aborto. Por outro lado, existem as causas obstétricas indiretas representadas por fatores anteriores à gravidez e caracterizadas por condições

sociodemográficas desfavoráveis, perfil individual, história reprodutiva anterior e patologias preexistentes entre as quais se destacam as doenças cardíacas. O primeiro caso pode levar à ocorrência classificada como morte materna obstétrica direta e, no segundo, à morte materna obstétrica indireta (BRASIL, 2012a).

Logo, diante da gestação de alto risco, as recomendações ministeriais priorizam a assistência pré-natal com detecção dos riscos o mais precocemente possível. Na dinâmica avaliativa de acompanhamento da gestante/puérpera, o profissional deve permanecer vigilante para a reclassificação do risco a cada consulta, durante o trabalho de parto e ao longo do puerpério. Assim, torna-se imprescindível o seguimento meticuloso das etapas de anamnese, exame físico geral, ginecológico e obstétrico, além das atividades educativas desenvolvidas individualmente com a paciente, de forma a atendê-la em suas necessidades e particularidades. Derivam também destas o número de consultas na rede primária, visitas domiciliares e referência para a utilização de recursos profissionais e tecnológicos dos níveis secundário e terciário (BRASIL, 2012a).

Independente do encaminhamento, o vínculo e responsabilização entre a mulher e os profissionais da Unidade Básica de referência se mantêm por ser esta a zona de confluência das informações pertinentes à usuária e seus familiares, além de conter possibilidades de acesso ampliadas, proximidade de sua residência e de atendimento prioritário diante de alguma complicação no curso gestacional (BRASIL, 2009).

Importante menção do manual técnico da gestação de alto risco relaciona-se ao correto preenchimento do cartão da gestante, pois por este instrumento obtêm-se informações importantes acerca do pré-natal (BRASIL, 2012a).

Outra questão relevante centra-se na tendência cada vez maior de ocorrência da gestação acima dos 35 anos, associando esta com patologias crônicas como o diabetes, hipertensão, entre outras que contribuem para muitos dos desfechos estatísticos indesejáveis. Em mulheres com idade superior a 42 anos a probabilidade de morte fetal é de 50% e a de aborto espontâneo alcança 70% (CAETANO, NETTO E MANDUCA, 2011).

No sentido de explorar a especificidade do risco gestacional, a produção de enfermagem confere maior ênfase à hipertensão na gestação, com elevada produção *stricto sensu* a partir da década de 90. Apoiados em marcos teóricos de enfermagem os estudos em sua maioria detiveram-se na compreensão dos aspectos subjetivos das gestantes, revelando-os pouco considerados pelos enfermeiros, malgrado o avanço técnico no manejo das situações clínicas sob forte influência biomédica (MARTINS et al, 2012).

Sob esta perspectiva, Moraes et al (2010) alertam que a alta prevalência da Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHEG) demanda do enfermeiro conhecimento adequado para assistir a paciente nos diversos cenários em que se encontra, sejam de pequena, média ou alta complexidade. A efetividade da consulta de enfermagem evidencia-se pelo reconhecimento precoce de sinais e sintomas que possam colocar em risco a vida da mãe e do filho, além das orientações educativas e encaminhamentos que se mostrem necessários (SPINDOLA, LIMA E CAVALCANTI, 2013).

Entretanto, ao lado das demandas de aspecto fisiológico são contundentes as abordagens das dimensões sócio-psico-espirituais, porquanto se tem descrito a associação entre a DHEG e sentimentos negativos como a angústia, sofrimento, dúvida, o medo pela condição de prematuridade do concepto e culpa pelo não seguimento dos conselhos médicos relativos à alimentação e repouso durante a gestação. Desde a identificação do diagnóstico de risco, o estresse e a ansiedade fazem-se presentes no cotidiano da paciente e de seus familiares, imprimindo maior vulnerabilidade durante o ciclo gravídico puerperal (SOUZA, ARAÚJO E COSTA, 2013).

Por meio da Teoria das Representações Sociais, detectou-se que a percepção da gravidade do risco por parte da gestante somente ocorreu quando da referência para um serviço de maior complexidade ou diante da hospitalização, denotando falta de informações/orientações às pacientes durante o pré-natal. A partir de então, os sentimentos desfavoráveis agravavam-se implicando ineficazmente na terapêutica para redução da pressão arterial (Op. cit., 2011).

Cita-se que neste contexto, deve-se considerar que as questões de relacionamento interpessoal do mundo doméstico da mulher também a influenciam agravando ou deflagrando manifestações clínicas de intensidade variadas (AZEVEDO et al, 2009). Cabe destacar que as hospitalizações imprimem uma separação do ambiente domiciliar e contribuem com a perda de autonomia da mulher, apesar de em alguns casos ser vislumbrada como um importante momento de recuperação e manutenção da gravidez (QUEVEDO, 2010).

Black (2007) destaca que durante a permanência no hospital as gestantes com doença hipertensiva vivenciam níveis de estresse aumentados, especialmente na proximidade do término gestacional ou, quando planejada a interrupção, na última semana antes do parto. Corroborando com esta assertiva, não somente no caso de DHEG, mas em todas as gestações classificadas como de alto risco, Gupton et al (2001) apontam a necessidade da combinação de esforços entre a paciente e os profissionais de saúde em direção aos melhores resultados

possíveis por meio da troca de informações e percepções de todos os envolvidos no processo decisório.

De fato, ao ouvir as vozes de treze pacientes de alto risco hospitalizadas na unidade pré-parto, Richter, Parkes e Chaw-Kant (2007) puderam comprovar que estar em repouso “absoluto” estressa e confere às gestantes sentimentos depressivos relacionados a ansiedade e ao tédio, além de queixas somáticas. Ratificando estes resultados, Dunn et al (2007) ao entrevistarem 180 gestantes ressaltaram que quanto maior forem os níveis de estresse e ansiedade, menores os de bem estar espiritual, sustentando que a saúde integral está fortemente vinculada ao acesso e consideração terapêuticas das dimensões psíquicas, sociais, emocionais e espirituais. Então, encorajar as mulheres a falarem de si e por outro lado mostrar-se disponível para ouvi-las possibilita ao enfermeiro delinear o planejamento de ações redutoras de estresse, minimizando consequentes desconfortos advindos da desarmonia entre mente-corpo-espírito.

Neste sentido, Price et al (2007, p. 67) consideram que a dimensão humana da espiritualidade é “profundamente pessoal, universal e inerente à experiência da gestação de alto risco”. A pesquisa realizada com 12 pacientes internadas na unidade de pré-natal canadense identificou seus valores, percepções e práticas espirituais. Segundo as depoentes o hábito da oração e de outros recursos congruentes com suas crenças, especialmente nos momentos de maior temor, angústia e incerteza, conferiam a calma e o conforto que nenhuma outra intervenção ou mesmo a presença de familiares e amigos eram capazes de proporcionar.

A revisão de literatura realizada por Price et al (2007) elencou as conexões existentes entre espiritualidade-saúde-gestação de alto risco. Apesar da carência de pesquisas sobre o tema, o levantamento de 25 anos de estado da arte subsidiou a discussão em torno da tangibilidade entre o tríptico aspecto mencionado, pois de modo geral a mulher que vivencia a gravidez de risco encontra na espiritualidade modos de enfrentamento peculiares e amenizadores de dúvidas e estresse.

Apontamento de cunho relevante deste estudo foi o de que embora os hospitais possuam serviços de apoio espiritual, estes se detêm na oferta do culto religioso, que revela apenas uma parte da dimensão espiritual do ser humano. Da mesma forma, os profissionais de saúde que são orientados para atender à gestante holisticamente não possuem diretrizes que os norteiem em relação ao atendimento da dimensão espiritual (PRICE et al, 2007).

Em se tratando da Enfermagem, existem teorias específicas capazes de ampliarem a visão do enfermeiro em direção à integralidade do cuidar com vistas à manutenção de um

ambiente de cuidado terapêutico dos pontos de vista físico, emocional e espiritual. Entre as estas estão a Teoria Humanística de Paterson e Zderard e a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson.

Nesta conjuntura, destaca-se a situação de *near miss* em que a gestante adoece mais gravemente a ponto de quase falecer, porém sobrevive. Sua ocorrência está relacionada à enfermidade específica, internação em unidade de cuidados intensivos ou disfunção do sistema orgânico. O interesse pelas percepções de treze mulheres que sobreviveram à morbidade obstétrica grave moveu o estudo de Godoy et al (2008).

Neste, as autoras compreenderam que o significado de *near miss* existiu para cada uma das participantes a partir do momento em que sensações físicas de que algo não ia bem na gestação começaram a ocorrer. Algumas de suas falas perpassando a dimensão física atribuíam a causa dos sintomas aos seus estados emocionais e à vontade de Deus.

Assim, os diferentes significados das gestações de alto risco convidam os enfermeiros que assistem a gestante desde o pré-natal a identificar as peculiaridades bio-psico-socio-espirituais de cada paciente, valorizando seu modo de pensar e conferindo espaços em que a troca de informações e o provimento de orientações possam ocorrer com maior efetividade.

2.3 A gestação de risco a partir da doença cardíaca da mulher

Reconhecer as mudanças hemodinâmicas fisiológicas da gestação constitui-se premissa básica do cuidado multiprofissional, pois é a partir desta identificação que o diagnóstico diferencial de agravos e complicações pode ser estabelecido com segurança.

Em relação à fisiologia do sistema cardiocirculatório da grávida observa-se o aumento do débito cardíaco (DC) de até 20% da 5^a à 11^a semana gestacional e de até 50% no segundo trimestre, com conseqüente diminuição da resistência vascular sistêmica (RVS). A espessura da parede ventricular esquerda também aumenta resultando em hipertrofia concêntrica. A demanda de oxigênio normalmente excede a oferta, em parte explicada pela anemia considerada fisiológica pela gravidez. Durante o trabalho de parto as variações orgânicas dependem da posição anatômica da mulher - débito cardíaco se expressa maior em posição supina do que em decúbito lateral esquerdo – e dos tipos de anestesia e analgesia utilizados. A ansiedade e a dor podem imprimir aumento de até 60% do D.C., ocorrendo o mesmo durante as contrações uterinas (BRASIL, 2012a; BRIDGES et al, 2003).

Interessante observar que mesmo após o parto sem complicações a frequência cardíaca (FC), volume sistólico, pressão arterial média e débito cardíaco permanecem elevados

retornando para os valores mensurados durante o trabalho de parto em cerca de uma hora até 24 horas. O decréscimo total esperado do DC pode ocorrer em até 14 dias e o da FC em até 12 semanas, assim como o volume sistólico/diastólico final e da RVS. Contudo, estes parâmetros podem permanecer aumentados por até um ano após o parto (BRASIL, 2012a; BRIDGES et al, 2003).

Ao considerar estas modificações naturais e esperadas em quaisquer gestações no plano de agravos cardiológicos preexistentes ou desenvolvidas ao longo do ciclo gravídico puerperal, reconhece-se implicados neste os desafios de ordem multidimensional tanto para a gestante portadora de cardiopatia e seus familiares, quanto para a equipe de saúde que os assistem.

Dobbenga-Rhodes e Privé (2006) sugerem que o manejo da gestação de alto risco por cardiopatia deve iniciar antes mesmo da concepção por meio do exame cardiovascular minucioso, levantamento do histórico de saúde/doença da paciente com avaliação do estilo de vida e de fatores de risco existentes.

No Brasil, a doença cardíaca prévia à gestação apresenta alta incidência e responsabiliza-se por ser a maior causa de morte materna indireta. O sistema cardiocirculatório é naturalmente impelido ao aumento da ejeção ventricular com vistas à oxigenação e nutrição placentárias satisfatórias. Diante de algum comprometimento de origem cardíaca e conseqüente redução da funcionalidade do órgão tem-se acrescida a possibilidade de óbito materno-fetal especialmente no período do parto (CAVALCANTE, GUANABARA E NADAI, 2012).

Diante disto, torna-se importante delimitar as condições mais ou menos favoráveis dentre as gestantes portadoras de cardiopatia. Para tal, é utilizada a classificação da American Heart Association (AHA) que mensura a capacidade funcional do coração nos níveis de I a IV, sendo os dois primeiros correspondentes às limitações mais discretas para atividades físicas, o terceiro com deflagração aumentada frente ao esforço e, o nível IV de maior preocupação por associar-se à manifestação sintomática diante de qualquer atividade (CAVALCANTE, GUANABARA E NADAI, 2012).

Outro tipo de classificação relaciona a cardiopatia ao risco de mortalidade materna. São alguns exemplos das que envolvem alto risco, a Síndrome de Marfan, cardiopatia congênita cianogênica não reparada e cardiopatia dilatada. As de risco intermediário compreendem o infarto prévio do miocárdio e o uso de anticoagulante por implante de prótese valvar. E as

cardiopatias de baixo risco, por sua vez, exemplificam-se pelo prolapso de válvula mitral e cardiopatias congênitas sem repercussão hemodinâmica (BRASIL, 2012a).

Há ainda o escore de risco da doença cardíaca na gravidez (CARPREG) desenvolvido por Siu et al (2001) e aceito mundialmente. A mensuração se dá ao conferir um ponto a cada uma das seguintes situações: história pregressa de cardiopatia ou arritmia; classificação funcional da AHA maior que dois ou cianose; obstrução do coração esquerdo (diminuição da área valvar mitral/aumento do gradiente da via de saída ventricular esquerda); fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) menor que 40%. Pelo CARPREG, acima de dois pontos, o risco de complicações cardíacas na gestação é de 75%.

Nesta acepção, Franklin, Benton e Parekh (2011) apontam a existência de algumas situações clínicas que contraindicam a gravidez, tais como a Síndrome de Marfan com dilatação aórtica maior que quatro centímetros, hipertensão pulmonar, obstrução do fluxo ventricular esquerdo moderado a severo e FEVE menor que 30%. Diante destas, a probabilidade de óbito materno-fetal alcança 50%. Por isso, uma das considerações por parte dos profissionais de saúde diante da mulher grávida é a da interrupção do processo gestacional.

Atualmente, com o avanço dos tratamentos e tecnologias disponíveis, aumentou o número de mulheres portadoras de cardiopatia congênita que chegam à idade fértil. Durante a gravidez as lesões obstrutivas são menos toleradas do que as regurgitantes. Dentre as principais repercussões da doença de base, tem-se o edema agudo de pulmão e as taquiarritmias não sustentadas. As taxas de aborto nestes casos giram em torno de 15% (FRANKLIN, BENTON E PAREKH, 2011).

A perspectiva de melhor evolução materna diz respeito ao tipo de cardiopatia, correção cirúrgica já realizada ou não, presença de cianose e função ventricular comprometida. As cardiopatias não cianogênicas são mais frequentes que as cianogênicas. Dentre as primeiras, destacam-se a comunicação interatrial e interventricular e no segundo grupo a tetralogia de Fallot, anomalia de Ebstein e a Síndrome de Eisenmenger (BORN, 2009).

A Doença de Chagas acomete até 16% das gestantes em áreas endêmicas. A vigilância dos profissionais de saúde nestes centros deve estar aumentada em virtude dos riscos decorrentes da patologia, inclusive de transmissão congênita. O melhor prognóstico para a mulher está associado com a forma clínica da doença, grau/tipo de arritmia, acometimento do sistema de condução elétrica e mecânica cardíacas (ACHÁ, 2009).

Faz-se mister considerar que a cardiopatia tem a possibilidade de concorrer com a gestação em mulheres sem doença cardíaca prévia. Neste caso, em havendo a morte materna esta se denomina “morte materna obstétrica direta”. Neste ponto, alertas ministeriais tem sido recorrentes, pois alguns agravos como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva ou por estenose mitral, miocardiopatia e falência miocárdica constam da lista de máscaras que “devem ser pesquisadas na busca ativa dos óbitos maternos” (BRASIL, 2007a, p. 13).

Os principais sintomas que se relacionam à manifestação da cardiopatia no decorrer da gravidez são: “presença de sopro diastólico, cardiomegalia inequívoca ao raio X de tórax, presença de sopro sistólico grau III/IV e com irradiação, presença de fibrilação atrial ou arritmia cardíaca grave, progressão rápida da dispneia, dispneia paroxística noturna, dor precordial ou síncope após esforço físico, cianose e estertores pulmonares”. Por meio destes parâmetros, o médico obstetra pode diagnosticar a doença cardíaca etiológica, anatômica e funcionalmente além de referenciar a gestante para o atendimento especializado que julgar necessário (BRASIL, 2012a, p. 199).

Apesar de relativamente raro (1 em cada 10.000 a 30.000), o infarto agudo do miocárdio (IAM) leva à condição letal 37% das gestantes. A parede anterior é a mais frequentemente acometida, sendo o espasmo coronário a causa mais comum de IAM durante a gestação. Já no puerpério considera-se a dissecação de artéria coronária. O diagnóstico se apoia em dados eletrocardiográficos com presença de ondas Q e inversão de ondas T além de elevação da enzima troponina I. É necessário que obstetras, cardiologistas, anestesistas e enfermeiros trabalhem em equipe. No tocante à enfermagem e mais especificamente ao enfermeiro perinatal são exigidas atenção e vigilância quanto às possíveis alterações hemodinâmicas e respiratórias, índices precípuos para o planejamento e tomada de decisão junto ao binômio mãe-filho (BAIRD E KENNEDY, 2006).

Outro agravo com altos índices de morbimortalidade materna é a cardiomiopatia periparto (CP). Apresentando curso e prognósticos variáveis e incertos, esta patologia pode acometer a mulher entre o último mês de gestação até o quinto mês após o parto. Neste período, o diagnóstico é realizado através da identificação de insuficiência cardíaca por meio ecocardiográfico o qual indica falência ventricular esquerda com fração de ejeção menor que 45%. Dentre a etiologia da CP destacam-se as miocardites, respostas imunes e/ou de adaptação ao estresse hemodinâmico anormais à condição gravídica, infecções virais, uso de cocaína e de agentes tocolíticos (PALMER, 2006).

Independente da doença cardíaca ocorrer antes da gestação ou no curso desta a assistência pré-natal cardiológica segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia inicia-se pelo diagnóstico anatomofuncional da cardiopatia, sendo a anamnese etapa inicial deste percurso. Importa a valorização de queixas condizentes com a piora da capacidade funcional e elétrica do coração por meio da diferenciação entre o que também é comum às gestantes de baixo risco, como edemas, palpitação, entre outros (TEDOLDI E ZOLVI, 2009).

Estes autores recomendam dentre os exames específicos, o eletrocardiograma, ecodopplercardiograma, ecocardiograma transesofágico, ressonância nuclear magnética, teste ergométrico e eletrocardiograma de longa duração (Holter). A angiografia deve ser evitada nas primeiras 14 semanas. As consultas simultâneas com o médico obstetra e o cardiologista estão indicadas mensalmente até a metade da gestação, quinzenalmente após a 21ª semana e semanalmente nas últimas semanas.

As orientações gerais predizem dieta rica em ácido fólico, pobre em sal e gordura; manutenção do peso saudável, abandono do tabagismo, alcóolicos e uso correto das medicações prescritas. Dentre estas, destacam-se os anti-hipertensivos, diuréticos, antiarrítmicos, hipolipemiantes, anticoagulantes, antitrombóticos e trombolíticos (OLIVEIRA et al, 2009).

Bub (2009) aponta os critérios a serem considerados diante da gestante com história de doença reumática pelo risco de recidiva que a patologia apresenta. Assim, administra-se antibioticoterapia profilática com ampicilina/cefalosporina de primeira geração em pacientes submetidas à cesariana, curetagem em caso de aborto e histerectomia vaginal ou abdominal.

Em vista da realização de procedimentos cardiológicos na gravidez, Ávila (2009) assinala que a valvotomia percutânea por cateter balão está indicada para as pacientes com estenose mitral que não respondem ao tratamento clínico. Já a cirurgia cardíaca surge como opção diante da contraindicação à valvotomia. As causas mais comuns para a realização cirúrgica são a insuficiência cardíaca, endocardite infecciosa, trombose de prótese valvular e dissecação de aorta.

No tocante à assistência ao parto o manual técnico de gestação de alto risco recomenda que se permita o trabalho de parto e que a avaliação da via de parto se faça em detrimento da cardiopatia, uma vez que a sobrecarga cardíaca é semelhante tanto no parto normal quanto no cesáreo. Todavia, os riscos inerentes à cesariana tais como infecções e outras complicações tornam o parto normal assistido mais seguro. Em ambos os casos, porém a equipe de saúde deve monitorar cuidadosamente a díade mãe-filho, controlar o volume de líquidos infundidos

e atentar-se para as alterações hemodinâmicas previstas como o aumento da pré-carga, da pressão arterial média e a perda sanguínea (BRASIL, 2012a).

Ilustram-se por meio da Figura 1 as demais advertências ministeriais.

<p>Seguimento no Trabalho de Parto</p> <p>Primeiro período</p> <ul style="list-style-type: none">• Decúbito elevado (Semi-Fowler).• Alívio da dor (analgesia).• Controle da frequência cardíaca e respiratória.• Monitoração cardíaca nos casos graves.• Monitoração fetal.• Controle rigoroso dos fluidos (equipamento de microgotas). <p>Segundo período</p> <ul style="list-style-type: none">• Abreviar o período expulsivo: Fórcepe da Alívio.• Analgesia (peridural).• Posição ginecológica semissentada. <p>Terceiro período</p> <ul style="list-style-type: none">• Grande perda sanguínea.• Aumento acentuado do Retorno Venoso.• Aumento abrupto do espaço intravascular.• Pode ocorrer descompensação cardíaca. <p>Quarto período</p> <ul style="list-style-type: none">• Não usar ergotamina (devido ao efeito vasopressor).• Ocitocina (microgotas).• Monitoração cardíaca 12 a 24 horas.• UTI se necessário. <p>Assistência ao Puerpério</p> <ul style="list-style-type: none">• Deambulação precoce.• Controle com ecocardiograma.• Profilaxia de trombose venosa profunda, se necessário• Assistência ambulatorial.• Planejamento familiar.
--

Figura 1. Seguimento no Trabalho de Parto.
Fonte: BRASIL (2012a, p. 206).

De fato, a assistência à gestante portadora de cardiopatia requer capacitação, habilidade e efetividade profissionais no manejo de situações emergenciais ou potencialmente complicadoras durante o ciclo gravídico puerperal. O enfermeiro assiste a gestante de alto risco em todos os níveis do sistema de saúde, inclusive durante a realização de exames que colaborem com a precisão diagnóstica. Entretanto, nota-se que apesar da menção de algumas atividades de orientação à grávida e de acolhimento às manifestações de cunho psicoemocional, os *guidelines*/manuais técnicos são expressivamente centrados na assistência do médico com forte tendência medicalizadora.

A partir disto, pode-se compreender o crescimento das pesquisas de enfermagem em torno da assistência às gestantes de alto risco ao longo das últimas décadas, como uma forma de trazer visibilidade e reconhecimento ao trabalho do enfermeiro, despertando as autoridades governamentais para a consideração da importância deste profissional no contexto do pré-

natal, parto e puerpério de riscos. Ressalta-se que a questão multiprofissional já tem considerável avanço no contexto internacional como evidenciado nos estudos agrupados na Tabela 3 (Apêndice A).

2.4 O processo de cuidar em enfermagem à mulher que vivencia a gestação de alto risco

A preocupação com os aspectos que conferissem cientificidade ao contexto laboral da enfermeira moveu, pioneiramente, Florence Nightingale à elaboração do Processo de Enfermagem (PE), meio pelo qual até os dias atuais se operacionaliza a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Ao possibilitar a práxis, a SAE constitui-se em instrumento basilar da atuação dos enfermeiros, pois permite a tomada de decisões embasada em critérios científicos (BARROS E LOPES, 2010).

A resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) prima pela extensão da SAE a todos os serviços públicos e privados onde sejam prestados cuidados profissionais de enfermagem. Prevê o desenvolvimento e registro formal do PE em cinco fases dinâmicas sustentadas por marcos teóricos/conceituais e taxonomias que classificam os “fenômenos de enfermagem” (NANDA®, NIC®, NOC®, CIPE). Assim, seguem-se ao histórico de enfermagem, as etapas de diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (COFEN, 2009).

Ademais, a aplicação do Processo de Enfermagem responde às necessidades legais da profissão ao subsidiar as atividades de cunho privativo do enfermeiro, tais como o “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem”. Corroborando, no tocante à Enfermagem Obstétrica, ao artigo 2º, alínea a, que versa acerca da competência assistencial que deve ser direcionada à mulher no ciclo gravídico-puerperal (COFEN, 1999; BRASIL, 1986, p. 01).

Uma vez que a condição de gestar, com maior possibilidade de resultados desfavoráveis, exige do enfermeiro a ampliação da capacidade de correlacionar sinais e sintomas prenunciadores de complicações, o PE ilumina a dinâmica assistencial requerida pela díade mãe-feto bem como seu contexto familiar. Contudo, nas publicações científicas de enfermagem acerca da gestação de alto risco a SAE têm sido considerada objeto relevante de pesquisa se atendo à paciente com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG), o que indica certo reducionismo.

Farias e Nóbrega (2000) realizaram estudo de caso que objetivou a identificação de diagnósticos de enfermagem em gestante de risco, tomando por base a teoria do autocuidado de Dorothea Orem, considerando visitas antes do parto, no domicílio e no puerpério, em ambiente hospitalar. Foram apontados déficits de autocuidado e diagnósticos relativos à ingesta de líquidos, segurança, estilo de vida, comunicação, integridade da pele, proteção, conhecimento, higiene, eliminação e conforto.

Corroborando com a proposição teórica e metódica mencionada, Herculano et al (2011), construíram a SAE de uma gestante com diagnóstico médico de pré-eclâmpsia acompanhada por 6 dias consecutivos. Verificaram-se a dor aguda, ansiedade, risco de intolerância à atividade, disposição para o aumento do autocuidado, risco de díade mãe/feto perturbado e conforto prejudicado por ansiedade como julgamentos clínicos. Os resultados de enfermagem alcançaram o sistema apoio-educação, revelando o sucesso do plano assistencial a partir das intervenções propostas.

O estudo de Gouveia e Lopes (2004) apresentaram os diagnósticos de enfermagem mais comuns em 71 gestantes de risco internadas: manutenção da saúde e de conforto alterados, risco para amamentação ineficaz, risco para infecção, medo, dor e distúrbio no padrão do sono. Em relação aos problemas colaborativos predominaram o trabalho de parto prematuro, taquicardia materna, hipotensão e sofrimento fetal.

Ao considerar as assertivas em torno da SAE aplicada a 15 gestantes com doença hipertensiva, Aguiar et al (2010) elencaram como diagnósticos o risco para infecção, dor aguda, baixa autoestima situacional, volume de líquidos excessivo, náusea, privação do sono, risco de função hepática prejudicada, eliminação urinária prejudicada, constipação, nutrição desequilibrada e ansiedade. A prescrição dos cuidados de enfermagem concentrou-se em atividades técnicas, detendo-se na monitoração de sinais e sintomas com avaliação de parâmetros corporais por meio do exame físico, administração de medicações e fornecimento de orientações às participantes do estudo.

No tocante a estas últimas, destacam-se pesquisas que primam pela dimensão educativa como atividade que propicia abertura para falar de si, conforme aponta Zampieri (2001; 2002). Segundo a autora, o enfermeiro deve oferecer suporte emocional e educativo durante todos os momentos de cuidado no decorrer da gestação, parto e puerpério a fim de garantir o bem-estar da mulher e de seus familiares. Quer individualmente ou em grupo, a troca de experiências, a livre expressão de sentimentos, a possibilidade de refletir junto ao profissional

acerca das situações que envolvem a gestação de risco, permitiu maior enfrentamento desta condição, na qual a gestante/puérpera ocupa lugar de destaque.

Corroborando com os estudos nacionais as pesquisas internacionais que se ocupam com o processo de cuidar em enfermagem às gestantes de alto risco, também imprimem aos cotidianos laborais possibilidades de pensar nas intervenções implementadas a partir de novos modelos de cuidado, como destaca o estudo de Biró et al (2003) desenvolvido com mil mulheres em maternidade australiana. Neste ensaio clínico, o grupo de mulheres com gestações classificadas como de risco recebeu intervenções por meio de um plano de cuidados individualizado desenvolvido em consulta multiprofissional que contava com médicos e enfermeiras obstetras. A pesquisa constatou o aumento do nível de satisfação da mulher em relação à continuidade dos cuidados no período periparto pelo mesmo profissional, tendo maior impacto no pré-natal.

Em outro locus do sistema de saúde nos EUA, os resultados de Morrison et al (2004) evidenciaram a eficácia e eficiência das intervenções de enfermagem em nível ambulatorial direcionadas às gestantes com risco de parto prematuro. Mais de 90% dos episódios de aumento de contrações uterinas ou de outros sintomas foram solucionados pelas prescrições de enfermagem sem a necessidade de hospitalização, demonstrando o valor das Intervenções da Prática Avançada de Enfermagem (APN - semelhante ao PE no Brasil) na atenção secundária e sua influência direta na redução de custos governamentais.

Nesta concepção, no estudo de Brooten et al (2007) foram descritos os problemas pré e pós parto de 85 gestantes de risco, bem como as intervenções da APN correspondentes. Os aspectos fisiológicos detiveram em torno de 60% das problemáticas evidenciadas contra 33% de problemas comportamentais relacionados à saúde. Em relação ao quantitativo de intervenções cerca de 70% ocorreram no pré-natal e somente 28% no puerpério. Dentre as atividades mais comumente prescritas constaram as de vigilância, educação em saúde, orientações e intervenções de aconselhamento no ciclo gravídico puerperal. Em contrapartida, os tratamentos e procedimentos técnicos constituíram-se em menor número, denotando expressivo avanço do processo de cuidado em enfermagem às gestantes de alto risco neste cenário investigativo.

Porém, apesar da ciência considerar relevante a SAE aplicada à condição de risco na gestação, parto e puerpério, os relatórios disponibilizados para a comunidade científica revelam-se limitados por não se aterem às causas específicas do risco, e quando o fazem, desconsideram o PE direcionado à gestante portadora de cardiopatia. Além disso, é

conveniente refletir a respeito do foco biologicista das pesquisas em enfermagem, primando por diagnósticos e intervenções em sua maior parte de cunho fisiológico, com menor ênfase nos aspectos sociais, psíquicos e emocionais, importantes influenciadores do curso gestacional.

Neste contexto, é imperioso considerar que a produção científica já expressa um direcionamento para estudar a temática gestação de alto risco a partir da dimensão subjetiva alicerçada teórica e metodicamente pelo referencial fenomenológico.

Sustentadas por esta abordagem, Oliveira, Madeira e Penna (2011) esclarecem que muitas vezes a gestante de alto risco sente-se vulnerável diante das incertezas que a circundam, trazendo a ambiguidade de por um lado estar contente com a gravidez e, por outro, temerosa quanto aos eventos que possam acontecer, como por exemplo, os que trazem limitações impostas pelas internações hospitalares. Logo, independente do nível de atenção em saúde que a gestante demande o enfermeiro deve estar capacitado para atuar frente às diversas demandas que a mulher apresente.

Seja na escuta atenta que busca captar as singularidades da mulher, bem como no exercício técnico da execução de procedimentos, o cuidado de enfermagem precisará aproximar-se ao máximo da proposta de integralidade que proporciona a qualidade assistencial (OLIVEIRA, MADEIRA E PENNA, 2011). Considerando este princípio do SUS destacam-se as apreciações em torno do processo educativo realizado de modo intersubjetivo, que minora dúvidas e ansiedades das gestantes, além de capacitá-las para a identificação precoce de novas crises.

Nesta perspectiva, durante a internação hospitalar gestantes diabéticas revelaram que a possibilidade de ser mãe ainda que na condição de risco, com histórias pregressas de aborto e de interrupção médica da gestação conferia-lhes felicidade e bem estar. Ao compartilharem seus sentimentos positivos e negativos com a equipe de saúde sentiram-se ouvidas e creditadas pelos profissionais, minimizando as repercussões emocionais de estarem afastadas de seus familiares (ARAÚJO et al, 2012).

A reflexão de Lara Vásquez, Pulido Acuña e Castiblanco Montañez (2012) em torno dos estudos fenomenológicos que intentaram compreender a mulher que vivenciou a gestação de alto risco considerou que a aproximação dos enfermeiros às necessidades da gestante-puérpera permitiu o pensamento crítico e consequente direcionamento dos cuidados de enfermagem sob a perspectiva essencial do ser-cuidado.

Mu (2004) também investigou treze casais de duas unidades obstétricas de Taiwan visando compreender a transição do papel materno sob a condição de estresse motivado pelo risco gestacional de ruptura prematura de membranas (PROM). A partir da compreensão cultural dos valores familiares e da forte relação paternal o estudo forneceu importantes resultados para a prática clínica das enfermeiras chinesas. Diante do risco de PROM a abordagem profissional deve considerar o estabelecimento de vínculo com o cliente e seus familiares que traduza para estes, confiança e apoio.

Embora a relevância que tais avanços de pesquisa apresentem a ciência da enfermagem ainda se mostra velada no que concerne à abordagem fenomenológica da vivência/vivido da gestação de risco por cardiopatia. Assim, considerando que a doença cardíaca em mulheres na idade fértil é causa de gestação de risco e pode agravar a epidemiologia da morte materna, movimenteimei-me na *pré-ocupação* em estudar este fenômeno a fim de desvelá-lo, buscando as possibilidades de iluminar o cotidiano assistencial, em grande parte ofuscado pela prática que se atenta sobremaneira aos aspectos ônticos, que parecem ainda insuficientes para diminuir as estatísticas nacionais evidenciadas ao longo da história das Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher.

Portanto, considerando os aspectos intrínsecos do mundo-vida da gestante, cabem estudos que busquem iluminar as lacunas existentes até então, ressignificando o modo de compreensão acerca deste fenômeno por parte dos gestores e profissionais a partir de quem o vivencia e nos moldes das implicações biopsicossociais que o envolve.

REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO-METÓDICO

3.1 A fenomenologia como corrente de pensamento e sua aproximação ao objeto de investigação

3.1.1 A fenomenologia no pensar de Edmund Husserl e Martin Heidegger

Epistemologicamente, a fenomenologia se coloca como contrapensamento ao positivismo e ao empirismo. Em oposição às ideias axiomáticas de Descartes e Spinoza, a corrente emergente no final do século XIX e início do século XX critica a dicotomia entre subjetividade e objetividade humanas, por considerá-las como elementos indissociáveis. Sua preocupação está na explicitação e descrição das estruturas essenciais de determinada experiência que emerge de atos conscienciais (PEIXOTO, 2011; CAPALBO, 1996).

De fato, para a fenomenologia, a consciência é sempre consciência que visa algo, que se dirige a alguma coisa a fim de abarcá-la, intencionalmente. As novas ideias foram difundidas em várias partes do mundo, sendo inicialmente divulgadas por Edmund Husserl, seu criador, e posteriormente conhecidas, em especial, pelas obras de Martin Heidegger, Alfred Schutz, Jean Paul Sartre e Maurice Merleau-Ponty e outros (SILVA, LOPES E DINIZ, 2008).

O tema da fenomenologia existencial foi desenvolvido por Kierkegaard. Porém, com Husserl adveio a vertente de corrente filosófica e sua utilização como possibilidade metódica. Na perspectiva husserliana a motivação para investigação encontra-se nas “próprias coisas”, em seus caracteres essenciais, sendo o fenômeno aquilo que aparece, que se manifesta. Estes representam o lócus para onde o investigador deve dirigir sua atenção a fim de buscar a essência que se revela como o fundamento oriundo da “consciência intencional”. Logo,

“ [...] todos os conceitos, todos os termos devem permanecer, de uma certa maneira em devir, sempre prontos a se diferenciar conforme o próprio progresso da análise da consciência e do conhecimento de novos níveis fenomenológicos no interior daquilo que já foi primitivamente reconhecido numa unidade não composta” (GILES, 1989, p. 56).

Para tal, utiliza-se a redução eidética em que os pressupostos ou preconceitos devem permanecer alheios ao processo, constituindo-se isso premissa da fenomenologia. Na visão de Husserl, ao perscrutar a essência como doação original do objeto fenomênico, tem-se não o fim, mas a introdução imperiosa à busca ciente do mundo factual, pois é do *mundo da vida*, em que o homem porque dotado de consciência intencional é figura central, que a

objetividade origina. Sua irrelevância por parte das correntes positivistas e afins permite o estudo meramente pragmático (PEIXOTO, 2011; GILES, 1989).

Husserl considerou que a colocação entre parênteses (*Epoché*) permite a distinção entre os fatos e as essências, posto que ao colocar em suspensão os primeiros surgem os sentidos, as ideias que se relacionam com a experiência, vivência ou vivido e que podem ser descritas e revelarem de modo situacional, o mundo (CAPALBO, 1996).

Relevante se faz a menção acerca do transcendentalismo que Husserl propõe, desconsiderando qualquer aproximação com o psicologismo. Em seu pensar, a redução deve se dar além dos níveis dos fatos, considerando também o Eu natural, humano. Mediante este afastamento, há a possibilidade de alcançar o Eu puro que se encontra no campo dos ideais inteligíveis. Neste exercício, segundo o seu pensamento, torna-se possível o alcance das evidências que não podem ser contestadas (LYOTARD, 2008). É também a este modo de redução que Martin Heidegger, seu discípulo, expressou discordância.

Heidegger nasceu no sul da Alemanha em 26 de setembro de 1889 e obteve considerável cultura clássica por meio dos estudos com jesuítas. Seu interesse pela fenomenologia despertou após a leitura da obra de Franz Brentano *Sobre os diversos Sentidos do Ente segundo Aristóteles*. Após o ingresso na Faculdade de Teologia da Universidade de Freiburg, estudou detidamente a obra Husserliana intitulada *Investigações Lógicas*, em que o autor se contrapõe ao pensamento psicologista. Desde aí, Heidegger se orienta por estudiosos como Rickert, Lask, Nietzsche, Kierkegaard, Hegel, Schelling e Dilthey, o que o levou questionar a “orientação metafísica do pensamento ocidental” (GILES, 1989, p. 84).

Filosoficamente elegeu como norte para seu pensar a Teoria do ser como Ser de Aristóteles e o método fenomenológico de Husserl, do qual se tornou acólito em 1919. Todavia, assumiu um posicionamento diverso de seu professor no que tange ao transcendentalismo das ideias, intencionado a desligá-lo do método em si. Foi nomeado em 1915 livre-docente em Freiburg, sendo catedrático e reitor da mesma Universidade respectivamente em 1923 e 1933, demitindo-se em 1935 e vindo a falecer em 26 de maio de 1976 em Messkirch, sua cidade natal (SAFRANSKI, 2005).

A reflexão filosófica de Heidegger centra-se no paradigma que tem como tema o *Ser* no modo de pensamento ocidental. Então, constitui-se da interrogação contínua que busca compreender o objeto do qual se interroga e que direciona os seus passos e movimentos rumo à “questão sobre o Ser [...] no sentido daquilo que permanece fundamentalmente velado” (HEIDEGGER, 2011; GILES, 1989, p. 85). Em face disto, procuram-se as pistas por meio da

atitude fenomenológica. Ao permitir que nesta se manifeste o que permanece oculto à reflexão a partir e em si mesmo pode-se alcançar o ser do ente que todos nós somos, testificando os constantes velamentos e desvelamentos implícitos no Ser.

O pensamento de Martin Heidegger considera a descrição dos fenômenos que contemplam o Ser a partir das questões a ele direcionadas do que se conserva velado. Para tal, parte da premissa de que o que é capaz de se manifestar por si mesmo tem a possibilidade de estar oculto na movimentação de ser do *ente* em seu cotidiano *sendo-no-mundo* (HEIDEGGER, 2011).

Em *Ser e Tempo*, obra que publicou em 1927, o filósofo se dedicou a mostrar preliminarmente que apesar de universal e evidente o conceito de *Ser* é indefinido, fazendo-se necessário sua interrogação por meio da pesquisa que busca o fenômeno de interesse a partir de sua dimensão ôntica (ente) tendo em vista o acesso à dimensão ontológica. Para tal, considera como ponto de partida a realidade concreta, factualmente dada, histórica e temporalmente passível de compreensão (HEIDEGGER, 2011).

Assim, Heidegger toma a fenomenologia em sua possibilidade metodológica embasado no “como entramos em contato com as coisas”, em um movimento interpretativo denominado de “hermenêutica da facticidade” capaz de anunciar “o ser do *ente* para que o próprio *Ser* venha a parecer” (HEIDEGGER, 2011; GILES, 1989, p. 81). Todavia, sendo o conceito de *Ser* inatingível, o acesso que almeja o desvelamento, quando o alcança o faz na aparência.

Em vista de sua proposição, Heidegger se utiliza da linguagem buscando termos, por vezes hifenizados, os quais revelam radicais fundamentais capazes de mostrar os sentidos que o filósofo destaca como a matriz significante de cada vocábulo (HEIDEGGER, 2011; LOPES, OLIVEIRA E DAMASCENO, 1996). Logo, as expressões utilizadas diferem do vocabulário usual e, por isso, merecem aqui alguns destaques que se pretendem facilitadores para a melhor compreensão ao longo da tese.

No pensar Heideggeriano, o ser humano constitui-se *Dasein*, *ente* privilegiado ou *ser-aí* lançado no *mundo* das coisas, dos fatos e das pessoas. Este *mundo* é um *aí* dado que abrange não somente os espaços geograficamente delimitados, mas também e principalmente, os constructos que a *copresença*, o *ser-com* inerente ao humano estabelece consigo e com os outros por meio das relações de *cuidado*, quer sejam *autênticas*, *inautênticas*, *libertadoras* ou *substitutivas* (HEIDEGGER, 2011; BOEMER, 2011; GILES, 1989).

A fim de constituir o *ser-aí* originariamente, Heidegger concebe não a história e o tempo tradicionais, mas sim a historicidade radicada na temporalidade que fundamenta a *cura*

- ser de cuidado consigo e com outros - possibilitando os modos de ser, onde passado, presente e futuro conjugam-se em *ekstases temporais* (AMORIM et al, 2015; AMORIM, 2013; AMORIM et al, 2013; HEIDEGGER, 2011).

Na medida em que o *ser-aí* se depara com as questões fáticas inerentes ao *mundo público* (de todos), *circundante* (dos mais próximos, familiares) e *próprio* (do ser em si), se interroga, assumindo-se como *presença* por meio da abertura de possibilidades para sua *existência*. De modo *histórico* e *temporal*, o ser se mostra adotando *modos de ser* na *facticidade*, *decadência* e *transcendência* (HEIDEGGER, 2011).

Na *facticidade* está lançado sem escolhas, se comporta à maneira de todos, *sendo* situado em relação ao mundo e ao outro que aí também *ek-siste*. Na *decadência*, o ser se afasta de si como fundamento, *projeto originário*, mostrando-se na *cotidianidade* de modo *inautêntico*, *sendo* como todos e ao mesmo tempo, ninguém. Já na *transcendência*, lançando-se para além de si, o ser tem a possibilidade de buscar seu sentido, compreendendo-se como *poder-ser* mais próprio (HEIDEGGER, 2011; GILES, 1989).

A *estranheza* ou *espanto* de encontrar-se em situações *intramundanas* que afetam seus interesses e necessidades expõe o *ente* à *preocupação* e *solicitude*. Neste enfoque, Heidegger considera que o *ser* é chamado pela consciência para retirar-se do *impessoal* e, ao ouvir a voz interna, se lança na *angústia* que lhe é própria, anunciando-se em *essência*, o sentido do *Ser-aí*, ainda que por momentos fugazes (HEIDEGGER, 2011; GILES, 1989).

Em paralelo, o filósofo considera a *morte* como elemento que também constitui a existência e que, por sua vez, a conclui. A análise prévia da *cotidianidade* revela o *ser-aí* visualizando a morte dos outros *entes* como se a sua não fosse possível. Destarte, diante da *ameaça* adota os *modos de temor* conforme as maiores ou menores aproximações com os fatos e fenômenos que encobre o *ameaçador* no tempo cronológico de sua ocorrência. Compreender-se como *ser-para-a-morte* confere a abertura para *poder-ser* em sentido mais próprio (HEIDEGGER, 2011). Descobre-se assim, na autotransparência, como verdadeiro acontecimento do ser.

Neste sentido, a Enfermagem, no desenvolvimento de pesquisas, tem utilizado o referencial fenomenológico para a compreensão do *ser* de quem se propõe a cuidar, quer em situação de doença, em seu “sendo doente”, quer na promoção à saúde com vistas a permanecer saudável. Assim, os enfermeiros se movimentam na construção de estudos que englobam a Saúde Mental, do Trabalhador, do Adulto, Idoso, Criança, Adolescente e Mulher

em suas diversas facetas, utilizando-se expressivamente do pensamento de Martin Heidegger (ARAÚJO et al, 2012; BOEMER, 2011; ALMEIDA, et al, 2009).

Neste estudo, o enfoque é a vivência/vivido da gestação como fenômeno que se anunciou para a mulher portadora de cardiopatia em um dado momento de sua vida. Tendo em vista o desvelar de facetas deste fenômeno que na maioria das vezes permanece encoberto pelo modo como a ciência trata esta condição, examinam-se as singularidades que revelam o caráter fenomênico do estudo, de sorte que a mulher portadora de cardiopatia tem diversas possibilidades, dentre elas: a de não gestar; a de gestar e não parir; a de gestar e parir com complicações e até a de gestar e parir saudavelmente.

3.1.2 A fenomenologia Heideggeriana como caminho investigativo para a tese

O método em Heidegger não se dissocia de sua reflexão filosófica, mas se revela por meio desta. Por isso, em primeira instância, há a necessidade da interrogação sobre o sentido do Ser, no fenômeno situado e de interesse. Na medida em que se interroga acerca deste fenômeno, o ser-pesquisador abre a possibilidade do caminho investigativo, pois, segundo Heidegger (2011):

“Todo questionar é um buscar. Toda busca retira do que se busca a sua direção prévia. Questionar é buscar cientemente o ente naquilo que ele é e como ele é. A busca ciente pode transformar-se em “investigação” se o que se questiona for determinado de maneira libertadora (p. 40).”

Deste modo, a posição prévia que é da tradição científica e as experiências da pesquisadora no mundo de cuidados de enfermagem junto às mulheres portadoras de cardiopatia conjecturam-se no pré-reflexivo como pensamento que envolve a interrogação da tese. Porém, em busca do fenômeno, há que se considerar a suspensão (*epoché*) destas ideias *a priori*, visualizando atentivamente o que é que se busca, a “coisa mesma”, para que de fato a condução do estudo se mostre na perspectiva fenomenológica (HEIDEGGER, 2011; BOEMER, 1994).

Face a isto, o movimento desta investigação se iniciou no *espanto* provocado pelos relatos verbais e não-verbais das pacientes durante sua trajetória profissional. A *admiração* acerca das possibilidades de engravidar sendo portadora de doença cardíaca culminou em um interesse autêntico de se debruçar sobre este fenômeno que emergia aos poucos como fenômeno possível de iluminação e desvelamento, a partir da esfera dos fatos (ôntica) em direção à dos sentidos (ontológica).

Em paralelo a essa visão, Heidegger (2011, p. 42) incita ao investigador a “assegurar previamente um modo adequado de acesso ao ente”. Nesta proposta de tese, o ente é, à primeira vista, o que abriga em si o ser-mulher portadora de cardiopatia que poderá significar a vivência/vivido de sua gestação. Acessá-la envolveu além das questões relativas à esfera ôntica (implicações institucionais e éticas), a *pré-ocupação* em *ser-com* ela de modo autêntico, a fim de favorecer a doação originária dos significados que constituem o fenômeno de interesse para posterior captação das essências advindas do momento de encontro.

Para tal, utilizou-se da entrevista na modalidade fenomenológica (SIMÕES E SOUZA, 1997; CARVALHO, 1991) mediada pela atitude empática do pesquisador como meio de abertura de possibilidades para o *mostrar-se* das depoentes, favorecendo a historiografia que revela o *quem*. Lançando a questão de abertura do encontro, o questionamento se apresentou em três “pólos” (PAULA et al, 2012, p. 985):

- Interrogou-se o ente, a mulher portadora de cardiopatia que vivenciou ou vivencia a gestação;
- Questionou-se o ser-mulher que gestou sendo-portadora-de-cardiopatia, a qual expressou os significados da vivência/vivido desta gestação;
- Buscando-se o sentido do ser-mulher-que-gestou-sendo-portadora-de- cardiopatia.

A imersão na busca de pistas por meio da linguagem do *ser* que se mostrou, propiciou a captação das estruturas essenciais que constituíram as Unidades de Significação. Estas, por sua vez, possibilitaram a construção da ponte ôntico-ontológica mediante a historicidade que emergiu da historiografia, no primeiro momento metódico, ainda na esfera dos fatos ou de compreensão vaga e mediana que,

“Não pretende proporcionar uma ontologia completa [...] A análise da presença, porém, não é somente incompleta, mas também provisória. Ela começa apenas explicitando o ser deste ente, sem interpretar-lhe o sentido. O que lhe compete é liberar o horizonte para a mais originária das interpretações de ser (HEIDEGGER, 2011, p. 54).”

Pois, “esse estado indeterminado de uma compreensão de ser já sempre à disposição é, em si mesmo, um fenômeno positivo que necessita de esclarecimento” (HEIDEGGER, 2011, p. 41). Logo, o filósofo direciona sua reflexão em torno da interpretação deste primeiro momento compreensivo o qual deve culminar na conquista do fio condutor que estrutura o conceito de ser. Para Heidegger,

“É à luz desse conceito e dos modos de compreensão explícita nela inerentes que se deverá decidir o que significa essa compreensão de ser obscura e ainda não esclarecida e quais espécies de obscurecimento ou impedimento são possíveis e necessários para um esclarecimento explícito do sentido de ser” (HEIDEGGER, 2011, p. 41).

Portanto, mediante esta decisão do ser-mulher que foi interrogada e questionada, tornou-se possível avançar para o segundo momento de compreensão interpretativa ou hermenêutica. A dimensão ontológica é a instância de possibilidades de desvelamento do fenômeno de interesse - que se origina na esfera factual - conferindo-lhe sentidos possíveis de serem desvelados (AMORIM et al, 2013; HEIDEGGER, 2011).

4.0 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 O caminhar metodológico

Esta é uma investigação de natureza qualitativa, descritiva e interpretativa, ancorada na abordagem fenomenológica de Martin Heidegger, na medida em que trata de questões subjetivas e permite a compreensão dos sentimentos e emoções vivenciados no cotidiano, através da descrição que possibilita voltar o olhar às coisas nelas mesmas (HEIDEGGER, 2011).

Assim,

“o enfoque fenomenológico compreende o humano enquanto ser no mundo, na situação de estar lançado sendo presente e presença. A presente abordagem possibilita-nos, ser no modo do crescimento pessoal e profissional, sobretudo à compreensão do ser, em sua subjetividade enquanto ser ex-sistencial, valorizando-o e se permitindo ser presença no lidar com-o-outro, considerando-o em sua vivência, a seu modo, o ser-em-si” (SILVA, LOPES e DINIZ, 2008, p. 256).

Os enfermeiros que se movimentam na dimensão da pesquisa em enfermagem têm encontrado no referencial heideggeriano a possibilidade de compartilhar os fenômenos vivenciados pelo outro através da escuta que valoriza a essência e construindo suas ações de cuidado a partir dela (ALMEIDA et al., 2009).

4.2 Cenário de desenvolvimento da etapa de campo

O movimento de busca a fim de mostrar o potencial do cenário de estudo inicialmente pretendido, deu-se por meio do diálogo com a Coordenadora do Alto Risco Gestacional do município de Juiz de Fora, uma vez que era preciso saber para qual local da Rede de Saúde o projeto deveria ser encaminhado em condições de aprovação para posterior desenvolvimento da etapa de campo. Seus apontamentos me conduziram ao levantamento primário dos prontuários no hospital considerado de referência para o atendimento às gestantes de risco.

Neste momento, constatei a ausência de relatos escritos que evidenciassem anamneses mais completas, com a descrição da condição patológica prévia deflagradora do risco gestacional, embora os profissionais médicos e de enfermagem se lembrassem de algumas mulheres portadoras de cardiopatia que internaram ao longo do ciclo gravídico puerperal naquela instituição.

Surgiu então o pressuposto de que a Atenção Básica pudesse deter dados do Sistema de Pré-Natal SUS (SISPRENATAL) que apontassem o motivo da referência das gestantes para o nível secundário. Então, de posse de um ofício assinado pela diretora do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, que me apresentava como doutoranda e, de modo sumário, indicava o objetivo do estudo e a necessidade de busca destes registros iniciais, dirigi-me à Coordenação Municipal do referido nível de atenção.

Em resposta ao ofício entregue alegou-se que os registros do Sistema de Informação da Atenção Básica não contemplavam as informações desejadas em suas fichas, planilhas ou cadastros, mas sim que estas pertenciam ao nível secundário. Buscou-se mais uma vez a gestora do alto risco gestacional a fim de dissertar-lhe sobre os movimentos empreendidos e respostas obtidas dos níveis primário e terciário, intencionando a sua abertura para o levantamento do segundo nível de atenção à saúde. Entretanto, anunciou-se a possibilidade de dispersão do atendimento destas mulheres por vários hospitais e ambulatórios (municipais e estaduais), além da declaração verbal da falta de especificação da condição de risco nos prontuários e/ou outros impressos ambulatoriais.

Após análise dos fatos, compreendi a momentânea fragilidade do lócus investigativo almejado e suas limitações metódica e metodológica. Ademais, foi possível refletir acerca da invisibilidade que se dá à condição de gestar sendo portadora de cardiopatia, constituindo-se esta no *não dito* do panorama municipal de planejamento reprodutivo e de risco gestacional, o que ratifica o seu caráter fenomenal. E, ainda que desejosa de contribuir com o município que originou a inquietação para este estudo, local onde resido e exerço atividade laboral, percebi-me receosa em empreender a etapa de campo em meio às lacunas apontadas.

Por isso, buscou-se ampliar as possibilidades de um novo cenário no Estado do Rio de Janeiro. Inicialmente, fez-se o contato telefônico com o Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão de uma Maternidade Escola de âmbito Federal, considerando o vínculo institucional do Programa de Pós Graduação. Todavia, desconsiderou-se este cenário por que o mesmo não é referência para a gestação de alto risco por cardiopatia. De maneira semelhante, o *per-curso* de campo foi realizado no departamento referido, em um Instituto de referência no atendimento às gestações de alto risco. Contudo, também se tornou inviável por que seu foco de atenção se concentra no risco fetal.

Finalmente, realizou-se o contato telefônico e via e-mail com a Enfermeira Responsável pelo gerenciamento de pesquisas institucionais de uma Maternidade Escola de âmbito Estadual referência no atendimento à gestação de alto risco. Por meio destes contatos iniciais

e das indicações dos processos de pesquisas institucionais, encaminhou-se o projeto de tese e formulário de solicitação para o desenvolvimento de pesquisas no hospital. Conforme o interesse de investigação acessou-se o site institucional para obtenção de maiores informações.

O Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) está localizado no bairro de Vila Izabel, na cidade do Rio de Janeiro. A escolha deste cenário tem por justificativa o fato de tratar-se de Hospital Universitário vinculado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com missão, visão e valores congruentes à proposta de relevância e contribuição deste estudo, com destaque para a integralidade, humanização e excelência à saúde através da pesquisa. Investe em ciência e tecnologia, possui área construída de 44.000 m², atende várias especialidades/subespecialidades em níveis ambulatorial e de internação, dispondo de 525 leitos.

No âmbito da assistência ao ciclo gravídico puerperal, obteve em 1998 o título de Hospital Amigo da Criança pelo incentivo ao aleitamento materno. No ano de 2006, o Núcleo Perinatal foi inaugurado e iniciou suas atividades objetivando clarificar questões acerca da mortalidade materna e perinatal, constituindo-se referência no Estado do Rio de Janeiro para o atendimento às gestações de alto risco, tanto em nível ambulatorial no acompanhamento pré-natal como na prestação de cuidados hospitalares.

Considerando a intenção do estudo concentrar-se na vivência/vivido da gestação para a mulher portadora de cardiopatia, aspirou-se em um primeiro momento à autorização Institucional para o acesso aos registros de prontuários ambulatoriais e hospitalares e/ou outros instrumentos, com vistas à identificação quantitativa e qualitativa das mulheres que foram acompanhadas na Instituição em condição de risco por doença cardíaca durante a gravidez, parto ou puerpério entre os anos de 2009 a 2014. Esta limitação temporal se justificou pela necessidade de demonstração da potencialidade do campo pretendido como cenário de pesquisa.

A partir de então, mediante aprovação por parte dos Comitês de Ética em Pesquisa do cenário e da Escola de Enfermagem Anna Nery e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, realizou-se a ambientação no cenário de estudo a fim de conhecer a infraestrutura que este oferecia à etapa de campo, bem como os profissionais lotados no serviço.

Foram critérios de inclusão:

1. Mulheres portadoras de cardiopatia que estavam vivenciando ou haviam vivenciado a gestação em algum momento de suas vidas; cardiopatias estas que poderiam ser de ordem isquêmica ou congênita, com suas manifestações estruturais ou do sistema de condução elétrica cardíaca desde que tivessem sido diagnosticadas anteriormente ou no curso gestacional;

2. Que realizaram o acompanhamento pré-natal no ambulatório hospitalar do referido cenário ou internado na instituição durante o ciclo gravídico-puerperal;

3. Que tenham gestado na condição de risco, independente da gravidez ter sido interrompida ou não;

E de exclusão:

1. Mulheres portadoras de agravos mentais;

2. Menores de 18 anos.

Observaram-se as disposições existentes na Resolução 466/2012 e foram respeitados individual e coletivamente as questões relacionadas à “bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade”, com vistas a garantir os deveres e direitos das depoentes deste estudo, bem como da “comunidade científica e do Estado” (BRASIL, 2012, p. 01).

As participantes foram previamente informadas sobre a pesquisa e seu objetivo, sendo garantido o anonimato, privacidade e sigilo das informações observadas ou reveladas de forma a resguardar e preservar os direitos e a sensibilidade das depoentes. Um pseudônimo foi oferecido a cada uma delas mediante um código alfanumérico representado pela letra “P” seguido do número correspondente e sequencial das entrevistas (P1, P2, P3... P17).

Foi esclarecido que a interrupção da participação poderia se dar a qualquer momento sem que houvesse qualquer prejuízo ou dano. Todos esses itens estavam descritos de forma simples e clara no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO III), sendo elaborado em duas vias: uma para a participante e uma para a pesquisadora e somente mediante a aceitação e assinatura deste foi colhido e registrado seu depoimento. O TCLE foi lido em conjunto com a depoente e trouxe em seu bojo informações relativas ao objetivo, justificativas e procedimentos que foram adotados na realização da pesquisa.

Conforme a resolução 466/2012, também explicitou-se às depoentes que se tratava de uma pesquisa com riscos psíquicos e emocionais associados ao processo de depoimento, em que suas emoções poderiam aflorar de modo conflitivo (BRASIL, 2012). Em ocorrendo tais situações, previu-se a interrupção da entrevista com posterior retomada no momento mais

adequado para a participante. Todavia, destaca-se que em nenhuma entrevista houve a necessidade de interrupção.

Ressaltou-se que a guarda do material da entrevista em mídia eletrônica ou em papel após a transcrição, dar-se-á por cinco anos sob a responsabilidade da investigadora e que após este prazo, o material será destruído conforme recomenda a referida resolução (Op. cit., 2012).

No estudo em tela, a ocorrência de algum dano se justificou pelo benefício esperado, uma vez que acerca do tema de interesse a ciência se pronunciou em silêncio, apartada do fenômeno, focalizando a doença cardíaca e a condição de risco pela gestação. A repercussão da desatenção à dimensão subjetiva inibe as possibilidades de repensar os modos de cuidado de enfermagem e de cuidado à saúde a este *quem*. Assim, tornou-se importante e fundamental trazer novas respostas com potencial para iluminar tanto o cotidiano assistencial do enfermeiro no cenário investigativo, como nas dimensões de ensino, pesquisa e extensão.

4.3 O movimento da investigadora na etapa de campo

Após aprovação e deferimento do Comitê de Ética em Pesquisa, por meio dos pareceres número 713.725 e 1.139.507 (ANEXOS IV e V), iniciou-se o movimento de ambiência na secretaria do Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Em primeira instância, buscou-se a aproximação com a Enfermeira Coordenadora do Serviço a fim de obter informações acerca das mulheres que haviam sido atendidas no cenário de pesquisa segundo os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Preocupou-se também com as respostas acerca de como ocorria o encaminhamento da gestante para a instituição, bem como o seu acompanhamento e seguimento após o parto na rede de cuidados em saúde.

Foi informado que os profissionais de saúde utilizam o Sistema de Regulação do SUS - SISREG - direcionando a mulher com a gestação classificada na rede básica como de risco, para o Núcleo Perinatal, a fim de iniciar o pré-natal no HUPE. A primeira consulta institucional é realizada pelo médico que confirma ou não o risco gestacional. Se o risco é confirmado, intercalam-se consultas médicas e de enfermagem conforme a necessidade da gestante. No caso da mulher portadora de cardiopatia, há também a previsão de consulta mensal com o cardiologista.

O serviço disponibiliza momentos de práticas educativas, cognominados Cegonha e Planejamento Familiar. Estes ocorrem semanalmente em dias fixos e tem por escopo a orientação das mulheres acerca do parto e de seus direitos. O parto em sua maior parte ocorre

no próprio hospital. Em termos estruturais, a instituição dispõe de dezessete leitos de enfermaria para gestantes, quatro leitos de pré-parto e quatro leitos de cuidados especiais no centro obstétrico, além de dois leitos de recuperação pós-anestésica. O Centro Cirúrgico disponibiliza duas salas de operação para os partos cesáreos. No alojamento conjunto, vinte e três leitos para bebês e vinte leitos para as mães. Ademais, dispõe do Banco de Leite e de alojamento para as mães que tem seus bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Após sete a dez dias da alta hospitalar da mulher e do bebê é agendada a consulta de enfermagem pós-natal denominada “acolhimento mãe-bebê”, assim como consulta médica com o obstetra e com o cardiologista. A contrarreferência para a rede primária acontece após estas três consultas, podendo também ocorrer da mulher e seu filho continuarem a serem acompanhados ambulatorialmente na instituição.

Foi oportunizado pela Enfermeira Coordenadora o estabelecimento de contato com outros profissionais do serviço, como as secretárias do núcleo e do alojamento conjunto, enfermeiras lotadas na secretaria, enfermeiras e técnicas de enfermagem do setor de pré-natal. Destaca-se a disponibilidade de todos em contribuir com o movimento de campo por meio da abertura e compartilhamento de informações.

Posteriormente e de modo a facilitar a inserção da pesquisadora no setor a Coordenadora do núcleo direcionou-me ao serviço de pré-natal de alto risco. Este lócus possui um livro de registros contendo a data de entrada para o acompanhamento da gestante, números de matrícula e prontuário, idade gestacional do momento de entrada, diagnóstico médico que embasou a classificação do risco, contato telefônico e data provável do parto. Após o parto, conforme o seguimento da puérpera e retorno para a consulta pós-natal, segue-se o preenchimento do livro com a confirmação do seu retorno.

Esta organização *entificada* permitiu o modo de acesso às possíveis depoentes sem ter de levantar inicialmente os prontuários, sendo este um posicionamento da investigadora que intencionou a redução de pressupostos. Destarte, utilizou-se como estratégia inicial a busca de mulheres com o vivido da gestação cujas informações constavam no livro de registros partindo das mais recentes e de modo retrospectivo - julho de 2014 a julho de 2013.

Como ponto de partida, tomou-se o diagnóstico de cardiopatia e/ou febre reumática (considerando a cardiopatia reumática), independente deste registro conter o retorno da mulher ao serviço após o parto. A partir de julho de 2013 a março de 2013, a busca ateve-se às confirmações registradas do comparecimento da mulher à consulta de pós-natal. As

gestantes que estavam em acompanhamento foram consideradas neste levantamento em virtude de suas datas prováveis do parto (DPP) abarcarem o limite estabelecido pelo cronograma da tese para o cumprimento da etapa de campo.

Assim, doze mulheres portadoras de cardiopatia tiveram o acompanhamento pré-natal no HUPE de janeiro a julho de 2014 e trinta e três de março a dezembro de 2013. Dentre as doze mulheres do ano corrente à etapa de campo, três estavam gestando com DPP para o 2º semestre de 2014.

Foram realizadas tentativas de contato telefônico com as quarenta e cinco mulheres. Destas tentativas, vinte e duas redundaram em mensagens telefônicas de inexistência do número de contato. Das vinte e três possíveis depoentes contactadas, dezenove concordaram em participar da pesquisa, porém compareceram no dia e horário agendados catorze mulheres.

Alguns dos motivos que as mulheres alegaram para a não participação no estudo foram os de locomoção dificultada até o HUPE por não estarem mais sendo acompanhadas pela instituição e recusa em receber a pesquisadora em seus domicílios, por julgarem suas áreas residenciais inseguras. Nas cinco situações de não comparecimento houve contato posterior da pesquisadora. Nestas oportunidades, duas alegaram impedimentos pessoais de continuidade de tratamento no HUPE e uma declarou que não queria mais falar sobre a gestação. As demais não atenderam a ligação de retorno.

A frequência de comparecimento ao campo foi em média de duas a três vezes por semana nos meses de agosto e setembro e uma vez por semana em outubro e novembro. Este movimento reiterado possibilitou a aproximação de mais gestantes, uma vez que eram encaminhadas pela rede de saúde e adentravam o setor de pré-natal durante a etapa de campo. Sendo assim, foi possível encontrar e conversar com mais duas possíveis depoentes.

As ligações telefônicas efetuadas para sete gestantes permitiram que emergisse da etapa de campo novas possibilidades, pois convidadas a participar do estudo após o parto, preferiram que a entrevista fosse feita durante a gestação. Notadamente em um dos contatos, a mulher declarou-se temerosa quanto a não conseguir depor após o parto, preferindo antecipar o encontro. Determinada gestante pariu prematuramente e, por residir em localidade distante no estado do Rio de Janeiro, não pôde ser entrevistada.

Em Heidegger (2011), o vivido é a vivência refletida e a partir disto, compreendeu-se que estas mulheres, bem como outras a partir de julho de 2014 que advieram do serviço na mesma condição, parindo ou não até dezembro de 2014, poderiam ser ouvidas por serem portadoras do vivido da gestação até o dia do encontro com a pesquisadora.

No contato telefônico inicial, preocupou-se com o uso da linguagem informal por meio da apresentação nominal, situando as mulheres em relação à posição acadêmica da investigadora, sua relação com o cenário de estudo que disponibilizou as informações para acessá-las e apresentação do objeto e objetivos da tese. Mediante o aceite, agendou-se o encontro de acordo com suas preferências. A maior parte delas preferiu que a entrevista ocorresse na instituição hospitalar, mediante seus retornos para consultas pré e pós-natal, consultas pediátricas, com o cardiologista ou outros especialistas.

Algumas mulheres iniciaram seus depoimentos pelo telefone, significando suas compreensões acerca do fenômeno de gestar sendo portadora de cardiopatia. Nestes momentos, permitiu-se que dessem vazão ao seu pensar tomando-se o cuidado ético de não registrar o conteúdo da conversa telefônica na tese.

Esta visualização primária do ser permitiu confirmar a "elaboração de modo genuíno de acesso a este ente", denotando que o movimento inicial de busca e de aproximação alinhava-se aos polos epistemológico, teórico, morfológico e técnico da tese. Assim, os questionamentos e criações deste momento estiveram permeados pelas atitudes heideggerianas de visualizar o ser que se anunciava desde o primeiro contato, compreender as possibilidades de encontro (ou des-encontro) com este ser, escolher estratégias que conferissem sua abertura e por fim aceder à sua concordância em seu tempo e a seu modo.

Nesta acepção, promoveram-se os encontros existenciais permeados pela empatia e intersubjetividade, movimento que favoreceu o colocar-se da investigadora no lugar das depoentes, demonstrando respeito pelos seus sentimentos e perspectivas, permitindo que as expressões fossem livres e destituídas de interferências.

Os locais dos encontros foram em seus domicílios, nos consultórios dos setores ambulatoriais de pré-natal, pediatria, cardiologia e oftalmologia do HUPE, nos bancos externos a estes setores, zelando-se em todas as circunstâncias pela privacidade das depoentes.

As múltiplas singularidades que envolveram estes momentos podem ser exemplificadas pelo comparecimento das mulheres com seus filhos mais velhos, bebê e seus companheiros/maridos fazendo questão de que todos acompanhassem a entrevista.

O Quadro 1 expressa a caracterização das participantes do estudo e encontra-se descrito na apresentação da historiografia.

Pt	Idade	Estado civil	Tipo de Cardiopatia	G	P	A	Menor Intervalo Interpartal	Data do parto	Data da entrevista	Entrevista realizada na vivência ou vivido da gestação
P1	19	Solteira	Cardiopatia Reumática	1	1	0	-----	01/06/2014	01/08/2014	Vivido
P2	36	Casada	Síndrome de Wolff-Parkinson- White	2	2	0	6 anos	16/07/2014	01/08/2014	Vivido
P3	33	Divorciada	Miocardiopatia dilatada	2	1	0	9 anos	08/10/2014	01/08/2014	Vivência
P4	35	Casada	Insuficiência Mitral	3	2	1	P1 a A1: 1ano 8 meses P1 a P2: 14 anos	17/07/2014	11/08/2014	Vivido
P5	40	Casada	Cardiopatia reumática Lesão valvar mitral	3	2	0	21anos	01/10/14	09/09/2014	Vivência
P6	19	Solteira	Insuficiência Mitral	2	1	0	3 anos	4/11/2014	13/08/2014	Vivência
P7	24	Casada	Cardiopatia reumática Sopro cardíaco	1	1	0	-----	20/05/2014	14/08/2014	Vivido
P8	27	Solteira	Cardiopatia reumática	4	2	2	4 anos	21/05/2014	14/08/2014	Vivido
P9	24	Solteira	Arritmia	1	1	0	-----	20/02/2014	19/08/2014	Vivido
P10	39	Solteira	Cardiopatia Isquêmica	3	3	0	6 anos	13/12/2013	19/08/2014	Vivido
P11	25	Casada	Cardiopatia reumática	1	1	0	-----	25/10/2013	22/08/2014	Vivido
P12	28	Solteira	Cardiopatia isquêmica	4	3	1	P1 a A1: 1ano	01/04/2013	02/09/2014	Vivido

			Arritmia				3meses P1 a P2: 4 anos			
P13	35	Solteira	Cardiopatia Congênita	4	2	1	2 anos	03/01/2015	09/09/2014	Vivência
P14	28	Solteira	Cardiopatia reumática Insuficiência Mitral	2	2	0	11 anos	26/08/2013	22/09/2014	Vivido
P15	31	Casada	Miocardiopatia dilatada e cardiopatia periparto	3	2	1	P1 a A1: 2 anos P1 a P2: 8 anos	29/06/2014	03/10/2014	Vivido
P16	33	Solteira	Insuficiência Mitral	2	2	0	13 anos	20/09/2013	16/10/2014	Vivido
P17	31	Casada	Insuficiência Mitral	2	0	1	11 anos	29/11/14	27/11/14	Vivência

Quadro 1. Caracterização das participantes. Fonte: Amorim e Souza, 2015.

Legenda: Pt(Participante); G(nº de Gestações); P(nº de Partos); A (nº de abortos); P1 a A1 (intervalo entre o primeiro parto e o primeiro aborto); P1 a P2 (intervalo entre o primeiro parto e o segundo parto).

4.4 Descrição do movimento analítico-hermenêutico Heideggeriano

Em busca de apresentar o movimento analítico-hermenêutico Heideggeriano desta tese e com isto promover de modo didático a compreensão da análise sustentada no referencial metódico, recorreu-se ao estudo de Paula et al (2012) (ANEXO I) conforme elucidada a Figura 2.

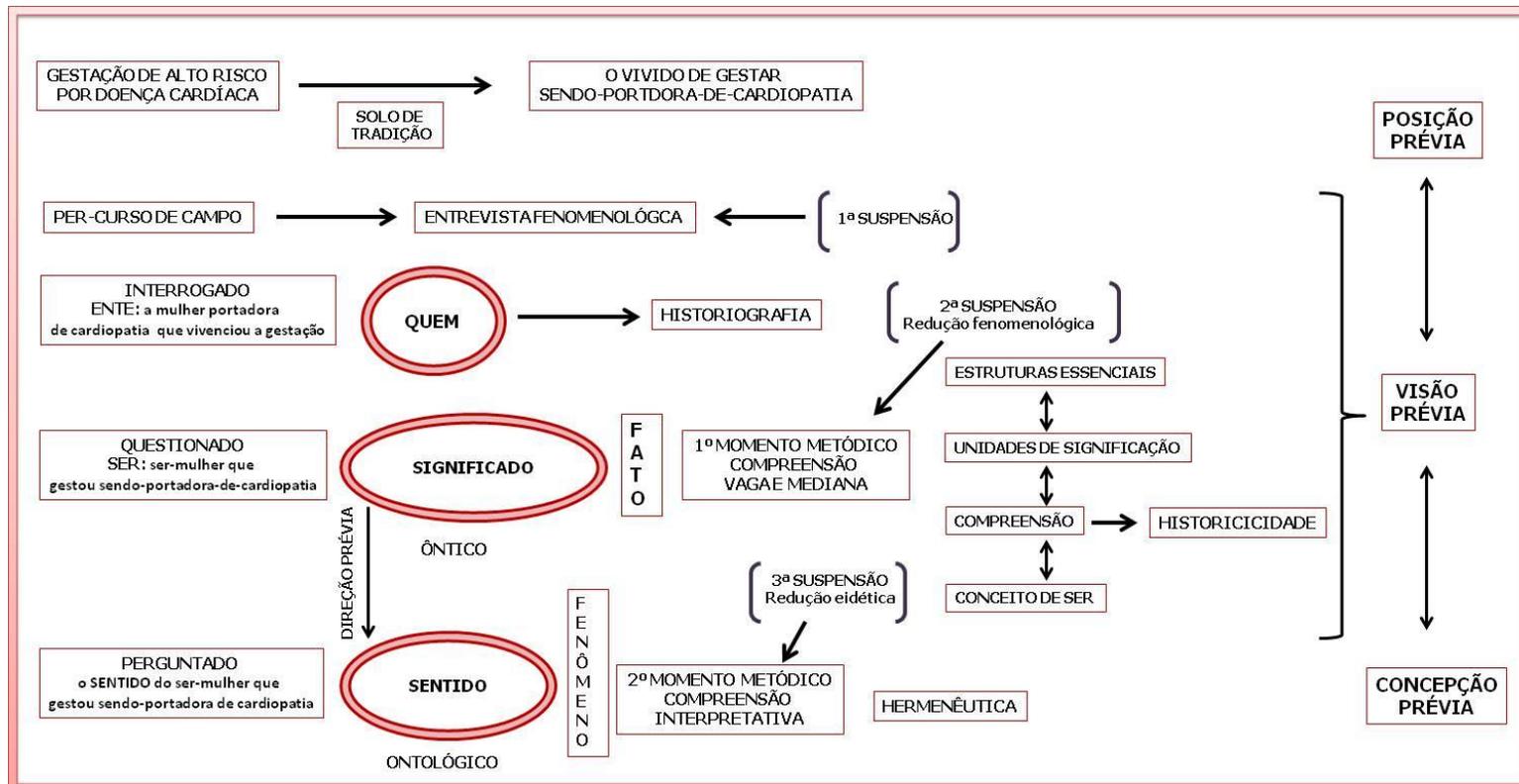


Figura 2. Representação esquemática do movimento analítico-hermenêutico da pesquisa. Adaptado de PAULA et al, 2012.

Após investigar o objeto de estudo à luz da *tradição* e do que esta revela como *posição prévia* que é da ciência, compôs-se o *Solo de Tradição* a partir dos fatos que já estão dados, evidenciados e publicados acerca da gestação de alto risco por doença cardíaca. Assentada esta base, intencionou-se buscar o fenômeno em estudo – o vivido de gestar-sendo-portadora-de-cardiopatia.

Em face disto, dirigi-me atentivamente em busca de pistas do *quem* se mostrava por meio do dito e do não dito, conservando a atitude fenomenológica em alinhamento aos pólos epistemológico, metódico e técnico desta tese. Este *quem* em Heidegger é “aquilo que nas mudanças de atitude e vivência, mantém-se idêntico, e assim, refere-se a essa multiplicidade[...] sendo sempre o mesmo, possui nas muitas alterações o caráter de *si-mesmo*” (HEIDEGGER, 2011, p. 170).

Os depoimentos foram transcritos na íntegra conservando-se os equívocos ortográficos originários. Os silêncios, choros, gestos e demais expressões paraverbais foram registradas no diário de campo tão logo a entrevista fenomenológica findou. Este instrumento auxiliou expressivamente a retomada dos momentos de depoimento por meio da imaginação durante e após as transcrições, sendo possível re-viver em um tempo fenomenológico o encontro existencial com cada uma das participantes deste estudo.

Destarte, foi possível dimensionar onticamente o *quem* das mulheres que se anunciaram desde o contato telefônico e que significaram no depoimento suas possibilidades de *ser-aí*, permitindo a construção de suas historiografia e historicidade. Preferiu-se, a fim de elucidar o movimento fenomenológico de tal construção, aproximar por meio de representação esquemática, o modo como as mulheres se mostraram em detrimento de como o Sistema de Saúde as (re)conhece (dados advindos do livro de registros). Este movimento intentou a visualização e compreensão da ponte ôntico-ontológica, a qual possibilitou a abertura de horizontes para as demais instâncias metódicas.

Em paralelo, fizeram-se pertinentes leituras e escutas exaustivas e atentas dos depoimentos, em um movimento de ir às coisas mesmas, do que se mostrou, na realidade em que se mostrou o que *é*, como essencial. Destaca-se o exercício desafiador, insistente e permanente de re-pensar e considerar a todo instante a suspensão de pressupostos que emergiam da experiência profissional do ser-aí enfermeira junto às mulheres portadoras de cardiopatia. Esta necessária redução fenomenológica inaugurou o rigor científico da etapa analítica, pois que se atentou à relação sujeito e sujeito a partir da experiência vivida com vistas a compreendê-la e descrevê-la, sem explicá-la, porquanto disto a tradição já se ocupou.

A redução ainda fenomenológica possibilitou a emersão das essências distinguindo-se estruturas ocasionais e essenciais. Estas, captadas por meio da objetividade das subjetividades, em primeira instância por intuição a partir da abertura da pesquisadora para perscrutar na linguagem da mulher o que se afinizou com os objetivos da investigação. E, a partir de então, por reflexão intencionalmente direcionada às facetas que se revelavam e se ocultavam por meio das falas do ente interrogado em seu ser questionado em busca do sentido perguntado.

A imaginação e a reflexão permitiram assim, a significação em situação de ter engravidado sendo portadora de cardiopatia. Foram constituídas oito unidades que mostram o movimento de aproximação e convergência dos significados das depoentes, sendo estes denotados em síntese nos cabeçalhos dessas estruturas de significação também nominadas por Heidegger como categorias *à posteriori*.

O desdobramento compreensivo da instância dos fatos - o modo como a mulher compreendeu a sua vivência/vivido - ensejou a compreensão vaga e mediana alcançando a visão prévia, que para Heidegger (2011) libera o horizonte em virtude do sentido do Ser, na dimensão interpretativa desenvolvida por meio da conquista do fio condutor advindo da elaboração do conceito de ser rumo à concepção prévia.

ANÁLISE COMPREENSIVA

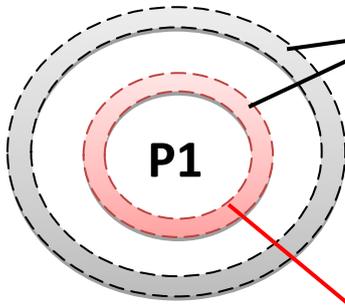
5.1 O caminhar na ponte ôntico-ontológica: historiografia e historicidade das depoentes

A historiografia se dá a partir da esfera factual, dimensionando onticamente o *quem* da mulher na vivência/vivido da gestação sendo portadora de cardiopatia. A historicidade como modo de ser da história, torna-a objeto possível da historiografia. E, uma vez que a presença existe histórica e temporalmente, possibilita a abertura e apreensão de sua existência (AMORIM, SALIMENA E SOUZA, 2015; SALIMENA E SOUZA, 2010).

Em sua existência, sendo no mundo, o ser do ente se constitui de historicidade como modo de ser e de acontecer em sua história. Emerge da compreensão dos fatos, não obstante apontar a dimensão fenomenal e se revela na medida em que se questiona o ser e este doa significados acerca do fenômeno situado e de interesse. A historicidade possibilita ao investigador um caminhar seguro na ponte ôntico-ontológica reduzido de pressupostos, uma vez que perscruta o *quem* que se mostra em detrimento do *o que* que se mostra (AMORIM, SALIMENA E SOUZA, 2015; AMORIM et al., 2013; PEDREIRA E LOPES, 2012; MOREIRA E SALES, 2010).

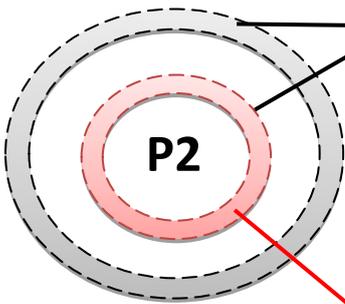
Neste sentido, procurou-se uma demonstração esquemática que transmitisse para o visual as buscas de pistas das depoentes considerando duas vertentes: os dados advindos dos registros da instituição e das questões iniciais da entrevista para sua caracterização e; os movimentos do ser mulher que vivenciou ou que vivencia a gestação sendo portadora de cardiopatia no momento do encontro existencial e intersubjetivo inerente à entrevista fenomenológica.

Para tal, coloriu-se de cinza a circunscrição do sistema de saúde, refletido aqui como rede de cuidados à gestante de risco, desde sua referência para o HUPE até a alta institucional. De vermelho, representou-se a circunscrição da mulher. As linhas pontilhadas indicam possibilidades de interlocução na medida em que a rede de cuidados se abre para o *quem* em detrimento do ente. O espaço que se interpõe entre o **ser** e o sistema pode ser preenchido pela disposição do profissional.



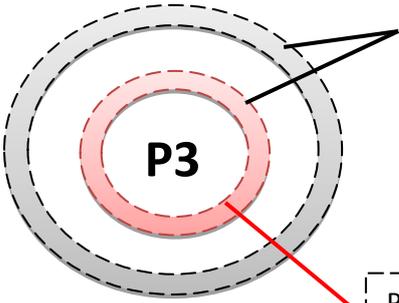
P1, solteira, 19 anos, gesta 1, para 1, aborto 0. A gestação foi posterior ao diagnóstico de cardiopatia reumática. Internou em enfermaria por dois dias durante a gestação. O parto ocorreu há dois meses da data da entrevista.

P1 mostrou-se inicialmente tímida e surpresa. O encontro ocorreu em núcleo de atendimento adjacente ao cenário de pesquisa. Afirmou não esperar que a entrevista de fato acontecesse. Com seu filho nos braços e amamentando, solicitou que a investigadora aguardasse um pouco. Em breves minutos, sentaram-se lado a lado em um banco anexo ao local de consulta. Solicitou que seu companheiro segurasse o bebê e permanecesse a uma pequena distância de modo a possibilitar-lhe a visão de ambos. No transcorrer do encontro, P1 agitava as mãos e os pés. Bradava com orgulho e projetava o corpo para frente ao falar de sua decisão em gestar. Sorria ao se referir aos apelos profissionais e familiares para que não engravidasse por ser portadora de cardiopatia. Por vezes, desviava o olhar, atenta aos seus amores. Um forte abraço marcou sua despedida e finalização do depoimento.



P2, casada, 36 anos, gesta 2, para 2, aborto 0. As duas gestações foram posteriores ao diagnóstico de arritmia cardíaca (Síndrome de Wolf-Parkinson-White). O segundo filho nasceu há dois meses da data da entrevista. Internou em enfermaria e em Unidade Coronariana por onze dias durante a gestação.

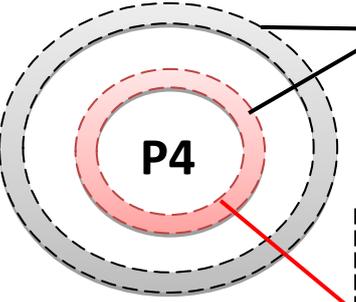
P2 mostrou-se receptiva, espontânea e com vontade de falar sobre si. Fez questão que o marido, o filho mais velho e o bebê, participassem do encontro. Naturalmente, dispôs as cadeiras do consultório do serviço de pré-natal em semicírculo, permanecendo o filho mais velho desenhando à mesa. Emocionou-se em vários momentos, especialmente ao significar a relação com os profissionais de saúde. Suas mãos tocavam o marido solicitando sua confirmação em alguns momentos do depoimento. Ao término abraçou a investigadora e seguiu para sua consulta, desta vez, sozinha.



P3, divorciada, 33 anos, gesta 2, para 1, aborto 0. No dia do encontro, estava na 30ª semana de gestação. Esta segunda gestação deu-se posteriormente ao diagnóstico de miocardiopatia dilatada. Não havia internado até o momento da entrevista.



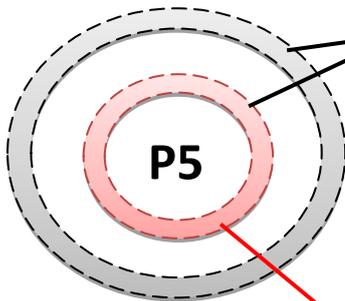
P3 adentrou o consultório serviço de pré-natal ofegante e declarando que a gestação estava lhe trazendo muito cansaço. Sentou-se de frente para a pesquisadora, bebeu água e após expressar-se que estava mais tranquila, indicou que a entrevista poderia iniciar. Mostrou-se tranquila e comunicativa, gesticulando bastante. Acariciava a barriga a todo instante. Emocionou-se ao falar da possibilidade de morrer no parto. Interrogou várias vezes sobre suas dúvidas. Após o gravador ser desligado, retomou de modo mais veemente seus anseios e incertezas quanto ao futuro. Um abraço carinhoso marcou o momento do término do encontro.



P4, casada, 35 anos, gesta 3, para 2, aborto 1. As gestações foram posteriores ao diagnóstico de insuficiência mitral, sendo que a terceira gestação ocorreu após seis anos da correção cirúrgica valvar. Internou duas vezes em enfermaria durante a gestação mais recente. Na primeira internação permaneceu por cerca de 17 dias e na segunda, por 31 dias culminando no parto, ocorrido há dois meses da data da entrevista.

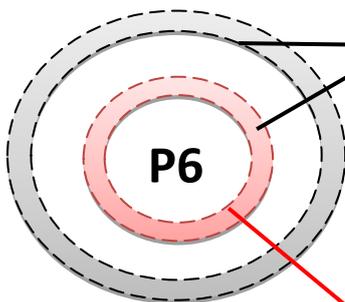


P4, sorridente, sentou-se ao lado da pesquisadora, em um banco externo ao serviço de pré-natal. Ao lado, estava seu filho mais velho e em seus braços, sua bebê. Mostrou-se receptiva e desinibida ao falar de si, olhando para ambos os filhos quando pronunciava a felicidade de ser mãe. Emocionou-se ao lembrar-se do alerta médico quanto à possibilidade da filha morrer no parto. Afirmava que com o que tinha para contar, escreveria um livro. Conversou por longo tempo após o término da entrevista, abordando aspectos pessoais e familiares anteriores à última gestação. Abraçou a investigadora e agradeceu por ser ouvida.



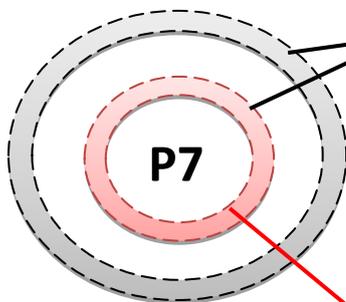
P5, casada, 40 anos, gesta 3, para 2, aborto 0. No dia do encontro, estava na 36ª semana da 3ª gestação. As gestações foram posteriores ao diagnóstico de cardiopatia reumática e lesão valvar mitral. Não havia internado até o momento da entrevista.

P5 dirigiu-se ao consultório do serviço de pré-natal mostrando-se preocupada e apressada para começar a entrevista em virtude do horário de chegada em seu emprego. Sentou-se de frente para a investigadora. Inicialmente, revelou-se tímida, reservada, de fala pausada e de poucas palavras. Porém, ao longo do depoimento abriu-se mais, sorrindo e disposta a permanecer pelo tempo que lhe fosse necessário. Durante o encontro, acariciou sua barriga, segurando-a firmemente ao expressar o desejo de ter o bebê. Um forte abraço de despedida evidenciou o final do encontro.



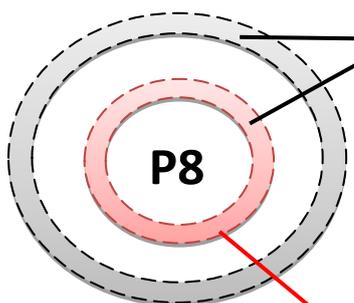
P6, solteira, 19 anos, gesta 2, para 1, aborto 0. No dia do encontro, estava na 30ª semana de gestação. Esta segunda gestação foi posterior ao diagnóstico de Insuficiência mitral. Internou em enfermaria e em Unidade de Terapia Intensiva por quinze dias durante a gestação atual.

P6 sentou-se lado a lado da pesquisadora em um banco externo ao serviço de pré-natal. O tom de sua voz era baixo e mostrava-se tímida para falar de si. Olhava constantemente para sua barriga, acariciando-a e sacudindo-a ao significar que a filha lhe disse que nasceria. Suas mãos apertavam-se ao falar da internação e da cirurgia que ocorreu durante a gestação. Abraçou a investigadora e despediu-se.



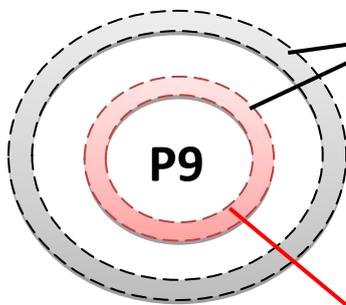
P7, casada, 24 anos, gesta 1, para 1, aborto 0. A gestação foi posterior ao diagnóstico de cardiopatia reumática e sopro cardíaco. Internou em enfermaria e Unidade de Terapia Intensiva por cinco dias durante o período gestacional. O parto ocorreu há cinco meses da data da entrevista.

P7 reconheceu a investigadora prontamente. Sentaram-se lado a lado no setor de pediatria. Segurava sua filha em seus braços e preocupou-se em amamentá-la durante a entrevista. Mostrou tranquilidade para falar de si durante todo o depoimento. Fez questão de virar o corpo de frente para significar seu vivido. Sorria expressivamente e ao falar da futura cirurgia que teria de fazer, olhava a filha com emotividade. Um longo abraço marcou o final do encontro.



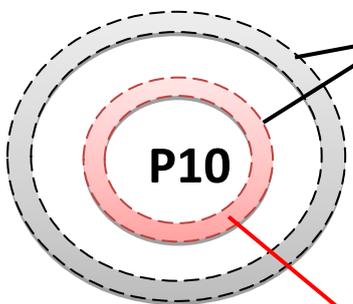
P8, solteira, 27 anos, gesta 4, para 2, aborto 2. As gestações foram posteriores ao diagnóstico de cardiopatia reumática. Não internou durante a gestação mais recente. O parto ocorreu há três meses da data da entrevista.

P8 adentrou o setor de pediatria com o filho nos braços e logo se dirigiu à pesquisadora, mostrando-se apressada para realizar a entrevista. Sentou-se lateralizada em um banco externo ao setor. Tímida e reservada manteve-se por longo tempo cabisbaixa, verbalizando pouco sobre si. Ao significar a gravidez, emocionou-se, especialmente ao falar da violência doméstica que sofrera. Após o término da entrevista, abriu-se um pouco mais, mostrando-se entristecida com a distância do seu primeiro filho. Findou abraçando a pesquisadora.



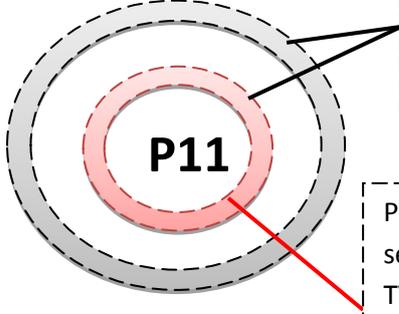
P9, solteira, 24 anos, gesta 1, para 1, aborto 0. A gestação foi posterior ao diagnóstico de arritmia. Não internou durante a gestação mais recente. O parto ocorreu há seis meses da data da entrevista.

P9 apressou-se e correu ao encontro da investigadora, reconhecendo-se de pronto. Sentaram-se frente a frente em um dos bancos externos ao serviço de pediatria. Mostrava-se tão expressiva em seu olhar, sorria com os lábios e com os olhos. Gesticulava bastante e verbalizou estar muito feliz em poder participar da pesquisa. Portava bolsas de bebê, mas sua filha estava com a avó realizando um exame do coração. P9 confidenciou que não suportava ver a filhinha sendo submetida a exames. Emocionou-se ao falar da doença da filha. Neste momento sua mãe chegava com a bebê, solicitando que a amamentasse. Com a filha no seio materno, continuou significando seu vivido. Despediu-se emocionada.



P10, solteira, 39 anos, gesta 3, para 3, aborto 0, 1 filho falecido. A terceira gestação foi posterior ao diagnóstico de cardiopatia isquêmica (Infarto agudo do miocárdio). Não internou durante esta gestação. O parto ocorreu há oito meses da data da entrevista.

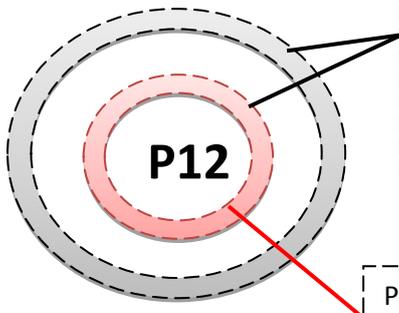
P10 trouxe para o encontro sua filha mais velha e sua bebê. Sentou-se lado a lado da investigadora em um banco externo ao serviço de pediatria. A filha mais velha procurou entreter a neném enquanto falava de si, de modo sorridente e tranquilo. Ao perceber a agitação da filhinha, acalmava-a e continuava seu depoimento. Ao findar, solicitou que ligasse novamente o gravador, pois havia lembrado de outras coisas. Na despedida, o olhar das filhas para a mãe foi marcante.



P11

P11, casada, 25 anos, gesta 1, para 1, aborto 0. A gestação foi posterior ao diagnóstico de diagnóstico de insuficiência aórtica e mitral leves secundárias à cardiopatia reumática. Não internou durante a gestação. O parto ocorreu há 10 meses da data da entrevista.

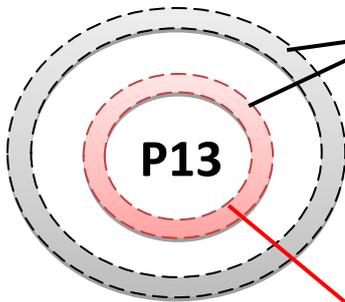
P11 foi a única depoente que preferiu encontrar-se com a pesquisadora em seu domicílio. Recebeu-a gentilmente e sentaram-se lado a lado na sala de TV. Preocupou-se em amamentar o filho. Sorridente durante toda a entrevista dispôs-se a falar de si com naturalidade. Acariciava o rosto da criança com ternura ao significar seu vivido. Gesticulava e segurava nos bracinhos do filho. Um abraço terno de P11 findou o depoimento.



P12

P12, solteira, 28 anos, gesta 4, para 3, aborto 1. A primeira gestação culminou no aborto e as três gestações subsequentes foram posteriores ao diagnóstico médico de cardiopatia isquêmica. Internou em enfermaria e Unidade de Terapia Intensiva durante a última gestação por três vezes permanecendo no hospital por cerca de um mês em cada internação. O parto ocorreu há 17 meses da data da entrevista.

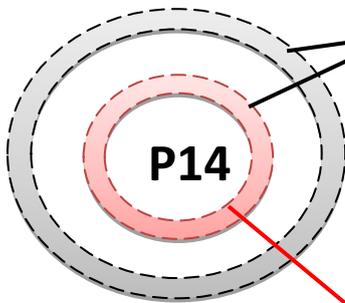
P12 apressou-se e correu ao encontro da investigadora com o filho nos braços. Ambas reconheceram-se de pronto. Mostrou toda a sua preocupação em iniciar o mais depressa possível seu depoimento em virtude de seu atraso. Tão expressiva em seu olhar, sorria com os lábios e com os olhos. Gesticulava bastante e verbalizou estar muito feliz em poder participar da pesquisa. Priorizou a amamentação de seu filho, por este estar de jejum. Declarou-se pronta para o depoimento após aconchegá-lo em seu seio. Mostrou-se à vontade para falar de si. O encontro foi permeado por sorrisos e lágrimas. Agitava as mãos no ar, ora para ratificar sua fala, ora para brincar e distrair o filho.



P13, solteira, 35 anos, gesta 4, para 2, aborto 1. As gestações foram posteriores ao diagnóstico de fístula coronariana. No dia do encontro, estava na 23ª semana de gestação. Não havia internado até o momento da entrevista.



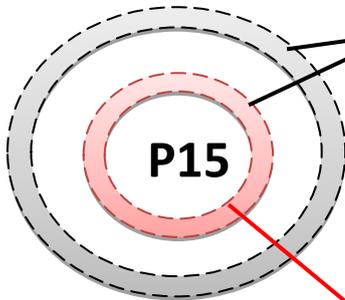
P13 caminhou na direção da investigadora e sentou-se ao seu lado, aceitando de pronto participar da entrevista, a qual foi realizada no consultório do serviço de pré-natal. Mostrava-se risonha e solícita, porém ao começar a significar seu vivido seus olhos permaneceram marejados de lágrimas durante todo o tempo, especialmente ao falar do câncer da filha caçula. Alegou que precisava conversar, falar de si nesta gestação. Este foi o único momento em que P13 colocou a mão na barriga e a acariciou. Despediu-se emocionada com um longo abraço.



P14, solteira, 28 anos, gesta 2, para 2, aborto 0. As gestações ocorreram posteriormente ao diagnóstico de cardiopatia reumática com insuficiência mitral moderada. Não internou durante a gestação mais recente. O parto ocorreu há 13 meses da data da entrevista.

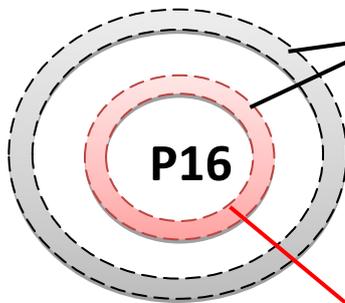


P14 chegou para a entrevista com a filha adormecida nos braços. O encontro se deu no banco externo do serviço de pediatria. Ao longo do depoimento, alternou sorrisos e lágrimas ao falar da gestação. Acariciava o rostinho da bebê constantemente. Preocupou-se com a investigadora a todo momento, desde o horário agendado para começar até o findar do encontro. Sua despedida foi permeada por emoção e contentamento por poder falar de si.



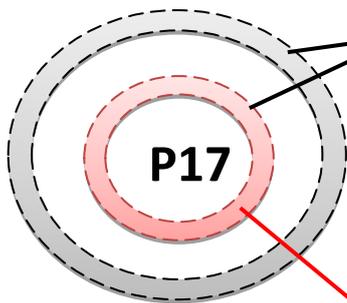
P15, casada, 31 anos, gesta 3, para 2, aborto 1. A gestação que culminou no aborto e a gestação mais recente foram posteriores ao diagnóstico de miocardiopatia dilatada e cardiomiopatia periparto. Internou três vezes em enfermaria por cerca de quatro dias durante a última gestação. O parto ocorreu há quatro meses da data da entrevista.

P15 chegou correndo com o filho nos braços em um dia frio e chuvoso. Relatou que mesmo de ônibus e com o filho gripado, não poderia deixar de vir. Sorridente do início ao fim do encontro mostrou-se desinibida ao falar. A entrevista ocorreu em um dos bancos do serviço de cardiologia. Quando o bebê começou a chorar, rapidamente ofertou o seio e acariciou-o com muita ternura. Seus gestos ratificavam suas expressões verbais. No momento de despedida, mãe e filho trocaram olhares e sorrisos após um longo abraço na investigadora.



P16, solteira, 33 anos, gesta 2, para 2, aborto 0. As gestações foram posteriores ao diagnóstico de insuficiência mitral moderada. Internou uma vez em enfermaria e na Unidade de Terapia Intensiva por cerca de catorze dias durante a gestação mais recente e após o parto advindo desta. O parto ocorreu há 13 meses da data da entrevista.

P16 chegou pontualmente para o encontro que ocorreu na sala de espera do setor de oftalmologia. Sentou-se ao lado da investigadora, em uma fileira mais afastada dos demais pacientes. Despreocupou-se de outras pessoas ouvirem-na depor. Suas mãos entrelaçadas apertavam-se ao falar de si. No momento de relatar sua passagem pela UTI, emocionou-se e chorou. Ao rememorar a gestação, surgiram inúmeros sorrisos em sua face. Despediu-se com um longo abraço e desejo de sucesso para o trabalho.



P17, casada, 31 anos, gesta 2, para 1, aborto 1. No dia do encontro, estava na 37ª semana de gestação. As gestações ocorreram posteriormente ao diagnóstico de insuficiência mitral leve. Internou uma vez em enfermaria por cerca de sete dias durante a gestação.



P17 estava internada há um dia na enfermaria de gestantes e aguardava a entrevista no hall de entrada desta enfermaria. Logo que foi chamada, apresentou-se sorridente e dirigiu-se a uma poltrona localizada em um espaço mais reservado daquele ambiente e indicou ao seu lado, o assento para a entrevistadora. P17 caminhava lentamente e mantinha as mãos na barriga. Durante o depoimento, sentiu-se à vontade para falar de si, sem pressa, sem timidez. Gesticulava em alguns momentos ratificando sua fala. Movimentava o olhar em torno e por vezes, fixava-o no corredor de acesso à enfermaria, especialmente ao falar da internação e do parto. Despediu-se de modo carinhoso e terno, com um abraço fraterno e desejo mútuo de sucesso.

5.2 Unidades de Significação e Compreensão Vaga e Mediana

A reunião dos textos constituintes dos depoimentos permitiu a construção de oito Unidades de Significação intituladas pelos *caputs* que contém em síntese os significados doados pelas participantes, a saber:

1. **Saberem do risco e tanto planejar quanto não saberem como evitar... e se surpreenderem ao se descobrirem grávidas.**
2. **Falarem como se sentiram física e emocionalmente na gestação.**
3. **Sentirem-se seguras pela rotina de acompanhamento pré-natal.**
4. **Terem familiares preocupados pelo problema do coração e contar com apoio.**
5. **Terem sido cobradas pelos médicos por engravidarem.**
6. **Ficarem preocupadas com o bebê e pedirem ao médico para dar prioridade em salvá-lo.**
7. **Terem sentido medo de morrer no parto... saberem que o cardiologista dá o parecer, mas o obstetra decide a via de parto.**
8. **Terem mais vontade de viver e cuidarem mais de si porque o problema continua o mesmo... compreenderem que chegaram no limite e buscarem fazer ligadura.**

Ressalta-se que tais textos expressam as estruturas essenciais orientadas pelos objetivos da presente tese em busca do fenômeno interrogado ao qual se pretende desvelar. Ao final de cada Unidade tem-se a compreensão vaga e mediana como *continuun* do movimento investigativo situado em sua primeira etapa metódica a qual alcançou a compreensão dos significados de gestar sendo portadora de cardiopatia.

Apesar de didaticamente a historicidade ter sido apresentada como um primeiro movimento analítico em busca do *quem*, destaca-se que essa emerge no terreno da compreensão vaga e mediana, posto que se depreende da esfera factual. Assim, o caminhar da investigadora ainda se situa na ponte ôntico-ontológica devendo ser atestado pela redução fenomenológica em vista do mostrar-se das coisas em si mesmo.

Para Heidegger (2011) a compreensão de ser abre a possibilidade de interpretação do ser. Por isso, ao buscar pistas na linguagem dos entes que foram interrogados (as mulheres portadoras de cardiopatia que vivenciaram a gestação), foi possível expressar como estas em

sua totalidade (mediana) se compreenderam na dimensão dos fatos (vaga) enunciando a visão prévia.

Tal visão se constitui como indicação formal situada como “um conceito ou estrutura que está entre o fluxo temporal da vida e um conceito ou estrutura justificada, a qual serve para indicar uma direção preliminar de investigação que pode ser seguida”. Porquanto, “a autocompreensão do *Dasein* encobre seu modo real de ser” (SCHMIDT, 2013, p. 89).

Heidegger (2011) considera que a compreensão vaga e mediana está imbuída de conceitos da *tradição* e em verdade o que se busca na investigação fenomenológica é algo desconhecido, que não se repete e que, portanto, não se esgota e nem alcança o todo. Por isso expõe que

“o que é buscado é a resposta à questão acerca do sentido de ser em geral e, antes de tudo, a possibilidade de uma elaboração mais radical dessa questão fundamental de toda a ontologia. A liberação do horizonte, porém, no interior do qual algo assim como ser em geral se torna de início compreensível, confunde-se com o esclarecimento da possibilidade da compreensão de ser em geral, que pertence ela mesma à constituição do ente que nós chamamos ser-aí” (HEIDEGGER, 2011, p. 303).

Deste modo, as mulheres que gestaram sendo portadoras de cardiopatia significaram:

5.2.1 Unidade de Significação 1

Saberem do risco e tanto planejar quanto não saberem como evitar... e se surpreenderem ao se descobrirem grávidas.

Eu pensei em tudo, foi planejada [...] como eu já tava no tratamento não tinha muito mais risco, risco sempre ia ter, aí por isso que eu decidi ter o meu filho. Foi bom, porque quando eu descobri eu fiquei feliz [...] mas, depois eu fiquei pensando também nos maus que podia trazer pra esta gravidez. P1

Já tenho esta cardiopatia desde 2001 [...] Mas, era bem mais leve do que eu tenho hoje [...] Aí até que eu consegui vaga no X (Hospital), me internei pra fazer a ablação e no dia seguinte de manhã quando ia fazer, nós descobrimos que eu estava grávida, aí para tudo, faz o uso de Verapamil [...]. E aí foi isso, aí comecei a minha luta pra um hospital de grande porte pra alto risco, isso é o que mais demorou. P2

Eu fiquei muito desesperada quando eu descobri, porque esta gestação foi fruto de uma aventura [...] eu usava camisinha desde quando eu descobri a cardiopatia, parei de tomar remédio, eu usava camisinha e tava usando camisinha no dia, não sei como que eu fiquei grávida. Eu assustei assim, porque eu lia: mulher, que tem o problema de coração não poderia nunca ficar grávida [...] Ah eu nem sei como foi que eu me senti, na mesma hora que eu ficava feliz, ficava triste, pensei até em fazer aborto, pensei em vim aqui no hospital pedir pelo amor de Deus pra fazer um aborto, mas depois eu me controlei [...] É, depois no decorrer da gestação que eu fui procurando outras coisas que eu descobri que não, hoje em dia não tem mais isso [...] Agora tem outros tratamentos, muito acompanhamento pra mulher. P3

Quando eu fui pra médica, a ginecologista, ela falou pra mim que eu tava com um cisto, só que quando eu fui ver, o cisto era uma perninha, um bracinho, um pescocinho, aí foi que fiquei apavorada [...] eu chorei, fiquei desesperada, falei que eu não podia ser mais mãe, porque os médicos falavam que eu não tinha mais condições de ser mãe por causa do problema cardíaco que eu tenho, porque forçava a válvula mecânica... eu pensei que fosse morrer. P4

Olha, eu não planejei essa gravidez [...] Quando eu descobri agora, nessa gravidez eu fiquei preocupada pela idade, essa foi a minha preocupação [...] Como é que vai ser agora? Será que eu vou ter, como se diz, vou ter forças pra continuar trabalhando? Como é que vai ser essa gestação agora? P5

Pra mim na verdade tá sendo um pouco mais difícil porque eu não posso fazer as coisas que eu fazia antes [...] É difícil né, porque na verdade eu sempre tive o sonho de ter uma menina, aí agora consegui, aí descobri essa doença, aí o médico falava que eu tinha risco de vida, não tinha como eu levar a gestação até o final, então teria que interromper enquanto tava no começo pra poder fazer essa cirurgia de peito aberto que era muito mais arriscada. [...] Eu fico nervosa, porque agora eu tenho dois filhos, não posso partir não. Tenho dois filhos agora pra cuidar, não posso não [...]P6

[...] A cardiopatia nunca foi um problema assim na minha vida [...] porque às vezes eu até me esqueço que eu tive problema de coração e que eu tenho febre reumática, que eu tomo Benzetacil, só lembro quando tem que ter o dia de tomar. P7

Eu já sabia já que corria o risco, entendeu? Ela (médica) falou que eu ia ter que tomar Benzetacil até os vinte e um anos e se tivesse um filho eu teria o risco na hora do parto o coração acelerar, mas graças a Deus não aconteceu nada. P8

Eu quis engravidar [...] Quando eu descobri, eu achei assim, isso não vai ser nada (cardiopatia), vou fazer os exames e não vai ser, e quando eu fiz os exames que eu caí na real, eu falei assim: agora eu tenho que me cuidar, vou ter que me cuidar, tomar os remédios e ver o que vai ser daqui pra frente, vamos ver, se Deus quis assim, quem sou eu pra falar alguma coisa? Aí foi prejudicando [...] Então assim a minha gravidez praticamente deitada, não podia fazer esforço nenhum até ganhar minha filha. Pra mim foi calma, mas também foi um pouco turbulenta. P9

Não foi uma gravidez planejada, foi positivo, foi bom. Assim, no comecinho foi uma surpresa, porque eu não podia evitar com remédio, nem com injeção, então não foi desejada assim no comecinho [...] Tive muito medo quando descobri que tava grávida, mas ao mesmo tempo foi uma das melhores gravidez. Medo porque eu sabia que eu corria risco de vida na gravidez, tinha medo por eu não estar tomando medicamento, eu achava que eu poderia morrer, eu achava que eu poderia ter outro infarto. Eu fiquei, eu tinha vontade de, eu não sabia o que eu fazia com essa gravidez, quando descobri que eu tava grávida e que eu não poderia engravidar de novo. P10

Ah foi novidade, porque eu pensava até que eu não podia engravidar [...] de imediato quando eu soube, eu fiquei meio perdida, meio surpresa [...] fiquei meia não sabia o que fazer, não assim que eu fiquei desesperada, fiquei pensando poxa e agora? Como vai ser? [...] Porque assim que eu descobri, mas eu descobri já com dois meses, e até eu conseguir uma consulta de imediato foi meio complicado um pouquinho. P11

Foi um susto, foi bom assim quando eu soube, que comecei a fazer o primeiro ultrassom, ver que era um bebê que tava formado, mas foi preocupante porque a minha primeira gestação eu passei mais dentro do hospital do que fora curtindo a gravidez [...]quando eu descobri

que tava grávida eu falei: caraca, e agora? Eu passando mal desse jeito com uma criança dentro da barriga [...] então eu fiquei preocupada por causa disso, eu tinha medo de passar mal e não suportar, quanto mais assim que o médico falava que na gravidez a gente tem que tomar cuidado, porque o nosso corpo tá mais, como é que ele fala, tá mais vulnerável. P12

Essa gestação foi pior, porque eu já tenho trinta e cinco anos, já tô com uma idade mais avançada, naturalmente eu já sei que me prejudica a idade, por ser cardíaca e por estar grávida é pior [...] e aí até quando eu descobri que estava grávida, demorei pra fazer meu pré-natal [...] isso também me deixou muito ansiosa. Agora que eu tô começando a me refazer, até aceitar o neném mesmo, porque até um certo período eu ficava me culpando muito, poxa grávida, na idade, cardíaca [...] Fiquei também passando a mão na barriga, pedi mil desculpas pra minha filha pelas coisas que eu já tinha pensado [...] P13

[...] eu descobri a gravidez, foi um susto muito grande porque eu não tava me cuidando e eu não sabia como fazer pra poder me cuidar, porque tem hospitais que tem muito medo de até pegar em mim, assim pra poder cuidar [...] mas o início foi muito ruim pra mim, muito difícil porque a gente fica numa expectativa muito grande por ser portadora desse problema. P14

Foi muito difícil, eu tive muito medo, mas ao mesmo tempo do medo, tinha o desejo de ser mãe, eu sabia que eu não podia engravidar de novo, se eu engravidasse a criança corria o risco de ser abortada por causa dos remédios que eu tomava e poderia causar até a minha morte, poderia vir a morrer, mas foi um risco que eu decidi correr, porque eu queria muito mais um filho [...] Mas, eu tinha muito medo de morrer, porque eu me considero muito nova pra morrer e ao mesmo tempo que esse medo vinha, vinha a vontade de superar esse

medo. Porque isso vai me parar? Porque que eu vou ficar com o não?

P15

Inclusive quando eu engravidei eu engravidei porque eu quis, não foi um acidente, eu me senti decidida a vir pra cá, porque o meu primeiro filho também nasceu aqui, então eu sabia que se acontecesse alguma coisa, que eu tava segura. E a primeira coisa que eu fiz, engravidei ciente, eu falei: não, quero engravidar, vai ser agora. E procurei vim pra cá, sabendo que era uma gravidez de alto risco. P16

É claro que o início preocupou [...] Não planejei, foi uma surpresa para mim, mas também não tava me prevenindo não, tava tranquila quanto a isso. Foi no momento bom, certo, tranquilo, mesmo com todas as complicações, a cardiopatia fazendo uso de medicação, mas assim, a gente conhecendo um pouco também e se informando [...] Eu dei uma investigadazinha, uma lida a respeito e a gente vê alguns riscos e alguns cuidados que tem que ter para que corra tudo bem, então fiquei mais tranquila. P17

As mulheres significaram que tanto planejaram a gestação cientes do risco quanto não souberam como evitar. Aludiram que o médico cardiologista informou-as sobre o risco e explicou a gravidade.

Ao planejarem a gestação as participantes fizeram-no a partir de si mesmas, do que já compreendiam acerca do quão era arriscado engravidar com problema cardíaco. Explicitaram que já estavam em tratamento com o cardiologista e que o risco sempre existiria, por isso decidiram engravidar, não sendo um acidente. Ainda que planejando e tendo o desejo de serem mães referiram fazê-lo com medo de morrer, pois sabiam que não poderiam engravidar novamente que era muito arriscado para elas e para os bebês. Explicaram que para se sentirem seguras com a gravidez de alto risco, procuraram a mesma instituição de saúde que as acompanhou na gestação anterior. De outro modo, houve situações que não planejaram, mas também não se preocuparam em evitar.

Por outro lado, as mulheres compreenderam que evitaram mesmo querendo ter mais filhos. Mencionaram os modos de prevenção que utilizaram: preservativo e pílula.

Verbalizaram não saber como engravidaram já que estavam se prevenindo ou até mesmo por se considerarem estéreis. Descreveram como souberam da gestação: a partir da internação para a realização de procedimentos da cardiopatia e por meio da realização de exame solicitado pela ginecologista para avaliar um cisto.

Ao descobrirem-se grávidas referiram ter sido bom, ficaram felizes. Apesar disto, também pensaram nas complicações, nos maus da doença para a gravidez. Significaram que após a realização de exames e consulta médica se informaram sobre os cuidados que deveriam ter para não ser tão problemático, como o uso de medicação para a cardiopatia. Ainda assim, ao longo da gestação foi prejudicando e tiveram de ficar sem fazer esforço.

Ademais, ficaram assustadas e desesperadas porque sabiam que não poderiam engravidar tendo cardiopatia, tiveram medo de morrer por não estarem se cuidando nem tomando remédio. Leram que mulher com cardiopatia não poderia nunca ficar grávida. O médico também falou que não poderiam por causa do problema cardíaco que tinham e por arriscarem suas vidas poderiam até ter de interromper a gestação.

As participantes se compreenderam preocupadas se esta gestação seria como outras em que estiveram mais internadas do que fora do hospital, pensaram que poderiam infartar novamente, passar mal e não suportar. Preocuparam-se também com a questão da idade e significaram que sendo cardíaca e com uma idade mais avançada é pior. Rememoraram que se perguntavam se teriam disposição para trabalharem durante a gestação e para cuidar dos filhos. Porém, ao verem o bebê formadinho acharam até bom estar grávida. Fizeram referência à demora em iniciarem o pré-natal ora por questões pessoais, ora pela espera por uma vaga.

Em paralelo, revelaram que de início não sabiam o que fazer com a gravidez, ficaram perdidas, felizes e tristes ao mesmo tempo. Por conta do risco de engravidar tendo problema de coração, pensaram em abortar, mas depois se controlaram, se acalmaram, descobriram que agora tem outros tratamentos, pediram desculpas para o neném e o aceitaram.

As mulheres mencionaram ter sido difícil pararem de fazer coisas que antes faziam e terem de se adaptar às mudanças. Todavia, quando a cardiopatia não as atrapalhava no dia a dia, nem passava pela mente que tinham este problema e somente se lembravam no dia de tomar a Benzetacil.

5.2.2 Unidade de Significação 2

Falarem como se sentiram física e emocionalmente na gestação.

A gestação foi normal, pressão boa, foi tudo bom [...] Só tive assim muitos enjoos, o resto foi normal, minha gestação. P1

Nos primeiros meses que foi com muito vômito, passando muito mal, queda e toda maternidade que a gente chegava: ai você não pode ficar aqui, você é alto risco [...] eu chegava passando mal de muito nauseada e tudo, não tinha nada ver com o coração, porque eu tava tomando a medicação, então meu coração tava tranqüilinho, mas eu tava vomitando demais, mas eles me deixavam apavorada com o medo da minha síndrome, entendeu? [...]P2

Tá tudo controladinho [...] tá legal, colesterol tá controlado, glicose não tive até agora, e tá tudo bem. É, porque eu tô cansando, cansando, balançando no ônibus, ai dá enjoô, tudo isso. É sintoma físico mesmo, cansaço, coisa leve nas pernas, só. A parte emocional tá controlada. E eu já tô no sétimo mês e graças a Deus a pressão não sobe, o inchaço das pernas é bem pouquinho. P3

Na gravidez ela ficou baixa (pressão) [...] na gravidez dela eu senti muito cansaço, comia pra caramba. Tinha o cansaço [...]. P4

Não me afetou em nada assim minha disposição, só que é aquilo, eu sei que eu não posso correr se não eu fico cansada, não posso pegar peso [...] Que meu cardiologista sempre falou: P5, você não pode pegar peso, e nem pode fazer nada muito rápido, faça lentamente as coisas. Tudo que eu faço na correria a respiração já fica, então eu procuro fazer tudo bem devagar pra não me cansar muito. P5

Eu me sinto muito mais cansada, não posso pegar peso, tem que ficar de repouso o tempo todo [...] não posso mais trabalhar por enquanto [...] só de começar a subir uma escada já fico cansada de novo, falta

de ar, até pra dormir é difícil, falta de ar, dificuldade pra respirar [...]a médica falou que seria normal, falou: você não vai ter uma gestação como as outras grávidas, você vai ser um pouco diferente, por isso você precisa de repouso. P6

Turbulenta. É, bastante estresse. Mas, no finalzinho ficou, eu fiquei mais calma, entendeu? [...] foi estressante, mas foi uma gravidez tranqüila, que eu consegui andar, não fiquei inchada, entendeu? P8

O remédio, o meu cardiologista não podia mais trocar porque eu ficava muito cansada devido a gestação em si. Ocorreu assim, foi normal, eu passava só mal assim direto, tava no calor essas coisas assim [...] O coração assim, se eu subia e descia escada eu cansava, se eu andasse muito, o cansaço era demais, eu já não tava mais aguentando o peso da barriga também. Pra mim foi calma, mas também foi um pouco turbulenta. Eu chorava muito, eu queria fazer minhas coisas e não podia. P9

Olha assim, emocionalmente no começo, que já descobri eu tava entrando no quarto mês, eu tinha muito medo de tudo e assim fisicamente eu me sentia muito bem até o sétimo mês [...] eu parei com todos os meus medicamentos de pressão, do coração e não senti nada [...] a pressão deu uma subidinha porque a gente teve uma discussão (marido) semanas antes deu entrar no sétimo mês, mas até o sétimo mês foi tranqüila. P10

A minha pressão não é fácil [...] Era sempre uma preocupação de tá com a pressão alta, sofrer um aborto, ou perder meu bebê por algum motivo ou até eu mesma falecer, porque o médico falou que corre esse risco [...] aí foi muita conversa com o psicólogo que eu faço acompanhamento com psicólogo pra poder assim ficar mais tranqüila, não se deixar levar muito pela neurose de passar mal e acontecer alguma coisa, porque toda vez que eu sentia dor de cabeça,

que a dor é na nuca e nas fontes, é horrível, dali a pressão vai subindo e não para de subir. P12

Porque uma coisa que eu tenho muito ao meu favor é que minha pressão é baixa, isso pra mim colabora, então eu não posso ter pressão alta essas coisas assim, senão vai atrapalhar no problema cardíaco, porque o que fica estável é eu ter a pressão baixa [...] e às vezes eu me sinto meia agitada, querendo fazer tudo ao mesmo tempo e também de não conseguir. Não gente, eu tenho que parar, e tem que relaxar, isso também me dá um certo desconforto, ter que parar sabendo que eu tenho um monte de coisa pra fazer, tem essa parte, é ruim [...] Então, eu tô tentando levar da melhor maneira possível, mesmo assim mesmo pra eu não estressar tanto e não ter mais esse problema de mudar esse meu quadro de pressão baixa pra uma pressão alta, que eu sei que aí eu tô ferrada. P13

[...] passei muito mal, muito mal, não agüentava trabalhar, não agüentava fazer nada, eu tinha muita crise de desmaio [...] P14

Em todo tempo eu oscilava, porque que nem eles explicam: chega um momento que o nosso coração tem que trabalhar pros dois, pra mim e pra ele, o meu não tem condições de trabalhar nem pra mim quanto mais pro bebê, e aí eu sentia muita falta de ar, muito cansaço. P15

Minha pressão ficou baixa, fiquei um tempo sem medicação [...] eu vinha em pé no trem, me sentia super bem, eu não tive problema de perda de líquido, sangramento, não tive nada, foi uma gravidez tranquila. P16

Assim, eu tive uma gestação correu muito tranqüila [...] Os sinais é mais assim, quando você tá muito agitada, muita correria ou algum estresse, algum nervoso, realmente gera uma arritmiazinha, que no caso o meu problema maior é a arritmia, que no caso a insuficiência

mitral leve, ela gera aquele descontrole dos batimentos [...] Mas, tudo controladinho com remédio desde o início da gestação. P17

As mulheres descreveram o que sentiram fisicamente e emocionalmente em relação a gravidez e ao coração. Detalharam que nos primeiros meses passaram mal com enjôos, náuseas e vômitos. Aludiram que estes sintomas nada tinham a ver com a cardiopatia explicando que eram normais da gestação, que o coração estava tranqüilo controlado com remédio desde o início. Houve situações em que até mesmo ficaram um tempo sem medicamentos e ainda assim sentiram-se bem, não tiveram nada, a pressão ficou boa e as pernas incharam pouco.

Expuseram que se por um lado a gestação foi calma por outro também foi turbulenta, estressante. Apesar de tentarem manter suas atividades normais significaram que gestar tendo cardiopatia fez com que sentissem muito cansaço, falta de ar até para falar e descontrole dos batimentos. Apontaram que isto acontecia quando subiam escada, pegavam peso, andavam muito, sentiam dor e quando estavam mais agitadas.

As participantes mencionaram que faziam o que os médicos lhes haviam dito que podiam ou não fazer, para evitarem o cansaço. E que, com o passar da gestação, a dificuldade de respirar aumentou porque o coração tinha de trabalhar por elas e pelos bebês. Contaram que os profissionais ainda expuseram que elas não teriam uma gravidez como a de outras mulheres, que seria um pouco diferente e por isso recomendaram-nas fazerem lentamente as coisas e até ficarem sem trabalhar, de repouso. Comentaram que se sentiram desconfortáveis por não conseguirem fazer o que faziam antes e que foi ruim terem de parar com tanto por fazer.

Significaram que tanto a pressão ficou boa quanto deu uma subida. Aludiram suas preocupações com a mudança no quadro de pressão tanto por ser baixa e saberem que teriam de manter baixa para colaborar no problema cardíaco, quanto por já terem pressão alta e isso representar um risco de perderem o bebê ou falecerem. Mostraram seus movimentos para tentar manterem a calma diante das situações que poderiam alterar a pressão: por vezes conversaram com outro profissional (psicólogo) e em outros momentos falaram para si mesmas que teriam de relaxar e levar a vida da melhor maneira possível.

5.2.3 Unidade de Significação 3

Sentirem-se seguras pela rotina de acompanhamento pré-natal.

Mas assim, o apoio que eles dão, a primeira consulta que eu tive aqui foi com a enfermeira, foi uma consulta maravilhosa, os médicos aqui no pré-natal a gente não tem um certo [...] Eu me senti muito segura aqui, por causa disso, porque eles fazem tudo, qualquer tipo de exames tem um profissional que eles podem te oferecer [...] Quando eu me internei, eu me senti muito mais segura com a enfermagem do que com os médicos [...]teve um dia que eu pensei que eu nem tinha sido visitada por nenhum médico e quando eu fui ver, eu já tinha sido até evoluída [...] A enfermeira sim, todo plantão quando entra, a enfermagem [...]vão até você, faz os sinais vitais, a enfermeira vem, bota aquele aparelhinho do CTG pra ausculta, e pergunta sobre você. Então assim, elas te acolhem melhor [...] Então quando a gente tá muito internada acaba fazendo amizade, e ela só tinha 21 anos e como eu tenho 36, você meio que acolhe, né? [...] Então assim ficar internada foi difícil pra mim, porque eu tenho um filho pequeno e ele ligava pra mim e falava: mãe eu tô chorando porque eu tô com tanta saudade e ele chorava lá, e eu ficava aqui, eu tenho que me controlar porque meu coração não pode disparar... P2

Aí a médica foi, deu o encaminhamento pra procurar aqui o pré-natal. Passei primeiro pela consulta de enfermagem, aí já fui falando: eu vou morrer, eu já sei, então não precisa de me esconder nada. A enfermeira: o que? Você não vai morrer não! Aí elas foram conversando comigo, explicando direitinho, aí passou mais o medo [...] Ah tá sendo ótimo, maravilhoso, com a obstetra, com cardiologista, nutricionista, não quis psicólogo, já tinha superado parte do meu medo, então tá sendo ótimo. P3

Ah profissional foi muito bem. Olha na minha gravidez elas foram super atenciosas, não me deixaram faltar nada [...] Eu me internei por causa do Marevan, por causa que eu tava com a plaqueta muito baixa, por causa da válvula que eu tenho mecânica, então tava dando o que, o meu ponto da válvula é 2.0 ou 3.0 tava 1.1. P4

Eu vejo assim, atendimento muito bom, fica mais perto, próximo do meu trabalho [...] mas, assim tô feliz, bom daqui que as pessoas tratam a gente, tô gostando muito. P5

Sempre que eu venho aqui, os médicos falam que ainda tem uma coisa que não melhorou [...] Aí eu fico nervosa [...] aí eu volto pra casa do mesmo jeito [...] É que agora com o filho pequeno, fiquei internada, meu filho ficou em casa, eu fiquei desesperada, que aí ele não podia vir aqui me ver. P6

Em relação à cardiopatia, quando eu estava internada com risco de tuberculose eles cercaram de todos os lados [...] aí veio o médico cardiologista, conversou comigo, perguntou se eu estava sentindo alguma coisa, bati um eco e tal, mas tava tudo tranqüilo, tudo normal, tomei a Benzetacil aqui. Aí antes do parto também veio um cardiologista, conversou comigo, assim foram uma equipe eficiente, muito boa mesmo. P7

Eu chorava muito... Eu só fiquei dentro de casa, indo pra médico e batendo ultra, ultra, ultra e vinha direto. Eu pensei que podia assim de licença do trabalho, poder curtir, poder sair com a minha família, só que tudo isso não pode, só médico, médico, médico. P9

Foi ótimo, meu acompanhamento [...] eu vinha aqui três vezes na semana bater a ultra, vinha também três vezes pro pré-natal, já

que eu optei por não me internar, eu falei que viria, não deixei de vim. P10

Assim eu acho mais a questão de todas as consultas eles terem passado, acho que me deu mais calma [...] Na verdade eu sabia que eu tinha, mas ele me explicou com mais precisão [...] Aí assim depois disso também eu tive mais segurança ainda. P11

As internações acho que pra mim foi essencial, porque foram em momentos que se eu não chegasse no hospital eu tinha... Eu cheguei aqui a minha pressão tava 22x10 e a médica falou: nossa, você demorou muito pra vir [...]Pra mim ficar foi, foi ruim, porque eu tava sozinha de novo dentro de um hospital, e foi bom porque eu tava cuidando de mim e cuidando pra que eu pudesse também ter uma gestação saudável pra eu não perder essa criança [...] Eu tive mais duas internações [...] Quando eu saí, eu fui visitar a minha filha, ver ela, como que ela tava e tal. P12

Eu tô me sentindo assim melhor porque agora eu já comecei a fazer meu pré-natal, aí você já se sente mais segura, você já sabe o que você vai precisar, tem tudo, tem até ambulância disponível, tudo direitinho, você fica menos preocupada, o atendimento que você precisar você vai ter. P13

A doutora que me atendeu aqui na emergência achou melhor eu conversar com a minha doutora do parto, aí eles entraram num acordo pra poder me internar [...] a equipe que cuidou de mim foi muito legal, muito paciente, me apoiaram muito. P14

Às vezes eu vinha pra cá e a gente tem muita palestra aqui, muito apoio [...] Mas, é muito relativo, tem que ter muita força de vontade mesmo, eu vinha aqui pro hospital quase toda semana eu

tava aqui, quando não era pra fazer exame, era pra fazer acompanhamento ou no cardiologista ou no pré-natal ou fazer uma ultra, quase toda semana durante os nove meses eu praticamente morei aqui no hospital e foi minha segunda família, mas se não tivesse tido esse acompanhamento, esse apoio, eu não estaria aqui também, eu acho que eu não teria conseguido não [...] Aí vinha pra cá, ficava internada, aí eles me acompanhavam, me monitoravam, aí melhorava um pouquinho, deixava eu ir pra casa, e toda vez que eu internava eu achava que eu não ia conseguir mais [...] eu ficava muito triste pela minha filha que ficava em casa, pela minha família, mas eu sabia que era melhor pra mim e pro meu bebê [...] e quando a gente ficava aqui, ali dentro era todo mundo se torna um só [...] e a gente se reunia pra conversar, uma chorava, a outra abraçava, a outra sorria.

P15

Eu me senti decidida a vir pra cá, porque o meu primeiro filho também nasceu aqui, então eu sabia que se acontecesse alguma coisa que eu tava segura. E procurei vim pra cá, sabendo que era uma gravidez de alto risco, e aí eu vim e fui bem acolhida. P16

Logo depois eu comecei aqui no pré-natal foi quando me encaminharam para a cardiologista, que ela viu também que estava tudo normal, fez os exames, eco, eletro e continuou com a mesma medicação. Foi tudo tranquilo, tive uma consulta com o cardiologista. Eu gostei muito do acompanhamento [...] eu achei assim que foi um tratamento bem responsável, informa bastante a gente os cuidados assim de acordo com o que a gente conhece mesmo e a gente também pesquisa, procura saber, então tá sendo bem de acordo mesmo com a gestação de risco como eles dizem.

P17

As mulheres descreveram o modo como foram atendidas pelos profissionais no acompanhamento da gestação e durante as internações que se fizeram necessárias pelas complicações de gestar sendo portadora de cardiopatia.

Comentaram que o profissional médico encaminhou para o pré-natal e que neste serviço não tem médico certo. A primeira consulta neste serviço foi com a enfermeira, foi uma consulta maravilhosa. Salientaram que estas profissionais conversaram, explicaram direitinho e que por isso o medo de morrer que sentiam antes passou um pouco mais. Consideraram os atendimentos ótimos e os profissionais super atenciosos, não deixaram faltar nada, tratamento bom. Descreveram os profissionais como obstetra, cardiologista, nutricionista e psicólogo. Explicitaram que iniciar o pré-natal fez com que se sentissem melhor, mais seguras por que sendo uma gravidez de alto risco tudo de que necessitassem, teriam. Representaram estas necessidades como ter ambulância disponível e o atendimento de acordo com a situação que enfrentassem.

As participantes disseram que o tratamento foi bem responsável e concordaram a partir do que procuravam saber que este estava de acordo com a gestação de risco. Comentaram que tiveram bastante informação durante as palestras e consultas. Tais informações eram provenientes dos médicos em geral e especialmente dos cardiologistas. Afirmaram que se sentiram mais calmas quando estes explicaram de modo mais detalhado a doença cardíaca, o que era e o que acontecia no coração. Estas explicações contribuíram para maior segurança e para não ficarem tão desesperadas.

Mencionaram que as consultas médicas se deram ora com os cardiologistas, ora com obstetras. Consideravam isso bom por que tinham qualquer tipo de exame e consulta que precisavam. Mostraram que a frequência das consultas com os cardiologistas era determinada pelos resultados dos exames cardiológicos. Ao verbalizarem tais questões detalhavam tecnicamente os problemas a partir da informação dos médicos. Compreendiam que o coração estava sobrecarregado por causa do bebê, o bebê por causa do coração e que depois da gestação iriam melhorar.

As mulheres fizeram referência ao tipo de exames aos quais eram submetidas durante o pré-natal mencionando que estava tudo controlado em relação à gestação e à cardiopatia. Contemplaram ainda a constância com que iam e vinham da instituição, que se tornou por isso, uma segunda família.

Houve outras situações em que as participantes afirmaram que não curtiram a gravidez mesmo de licença do trabalho, pois só podiam sair de casa para médico e bater ultra, ultra,

ultra, sendo que em alguns casos o acompanhamento semanal era determinante para não precisarem internar. Ressaltaram que para estar semanalmente durante toda a gestação fazendo exames, em consultas com o cardiologista e no pré-natal, foi necessária muita força de vontade e que se não fosse por esse apoio institucional, não teriam conseguido não.

Acerca das internações significaram que os médicos entravam em acordo para poder interná-las e dentro de suas especialidades, cercavam-nas de todos os lados. Os cardiologistas conversavam, pediam exames para verificar se estavam bem e prescreviam a Benzetacil. Expressaram sentirem-se mais seguras com a enfermagem por que eram atenciosas e em todos os plantões cuidavam perguntando sobre elas e executando os procedimentos técnicos.

Significaram que nas internações os médicos deixavam que ficassem junto com outras gestantes. Neste convívio, acabavam fazendo amizade, se reuniam, se abraçavam, choravam. Compreenderam que ali dentro todo mundo se tornava um só, apesar dos problemas serem diferentes.

Reconheceram que as internações foram essenciais, que se assim não tivesse sido nem elas nem seus bebês teriam sobrevivido, mas consideraram ruim e até desesperador terem de ficar longe de suas casas, suas famílias e filhos mais velhos. Comentaram que como não podiam ver os filhos se comunicavam por telefone, ambos sentindo-se entristecidos.

5.2.4 Unidade de Significação 4

Terem familiares preocupados pelo problema do coração e contar com apoio.

Foi bem, todo mundo gostou da gestação, todo mundo ficou bem feliz. Minha mãe também foi bem, só brigou também desse mesmo jeito (da médica), falando assim: você sabia disso, do seu problema. Mas, só na hora mesmo [...] me apoiou sempre, foi tudo bem na minha família. (companheiro) Ai, ficou todo feliz [...] como eu falei já era planejada, todo mês aquela esperança de tá ou não tá. Então quando descobriu, foi só alegria. P1

O pai da criança tá me acompanhando direitinho [...] Aí eu tenho bastantes amigos, assim todos ao meu redor [...] essa minha colega vai tomar conta da minha filha enquanto eu tiver internada [...] Vou contar com a ajuda (financeira) da minha mãe e o pai. P3

Ficaram com muito medo de morrer por causa da gravidez que eu tenho problema de coração, meus familiares, tanto meu como a parte dele, mas como os meus pais moram muito longe, eles ficaram mais apavorados ainda, só descansaram quando a minha filha nasceu, que a gente ligou e falou que tá tudo bem, aí ficaram bem tranquilo [...] As pessoas assim, tem gente que fica com receio por eu ter problema de coração, assim sair - ah não vou sair não porque você vai passar mal - tem gente que tem muito receio [...] gente da família mesmo. P4

Ficaram todos preocupados por causa do problema, acharam que eu não poderia nem ter mais filhos, né? P5

Eles estão me apoiando bastante, todo mundo ficou muito preocupado, tem me apoiado bastante, todos eles, minha sogra tá sempre aqui comigo também, todo mundo tá me apoiando, me ajudando assim emocionalmente, né? P6

Tanto fez como tanto faz [...] Eu acho que pra minha família, eu nem tenho mais esse problema. P8

Em família meu pai e minha mãe tem muito medo entendeu? Porque assim o médico falou pra eles que se eu não me tratasse eu podia morrer a qualquer momento, então assim eles ficaram um baque dentro de casa [...] Assim de questão que sempre me deu apoio, não me deixou assim sozinha [...] minha mãe desde que eu engravidei, ela que me ajuda, meu marido também me ajuda muito, moro com ele, mas meus irmãos também me ajudam [...] todo mundo se reunia, tinha coisas que eu não podia ir, então eu ficava muito chateada, triste, aí a minha família começou a ir mais lá em casa, entendeu? Ficava comigo, ia me visitar. P9

Tive apoio do pai dela, como dos meus irmãos também, pai e mãe eu não tenho vivo, mas eu tive apoio e pensamentos positivos. Então assim que eu descobri a gravidez, todo mundo comentando que tava grávida, teve pessoas que falou: nossa você é maluca, depois desse problema que você teve saúde, você tem que procurar fazer um acompanhamento num lugar que seja muito bom [...] pode ser que aconteça alguma coisa [...] Teve até gente da própria família. P10

Meus pais assim [...] ficavam também preocupados [...] eles ficaram em cima de mim [...] O tempo todo, aí eu tive que ir atrás, mas era mais meus pais mesmo, minha família que sabia, a família dele (marido) não sabia, até ele sabia que eu tinha, mas ele não sabe exatamente o que é [...] Até hoje eu acho que ele não sabe o que é. P11

Ficaram bastante preocupados, até a minha mãe falou assim: olha, é o que tiver que ser a gente apoia você, mas eu fico muito preocupada porque é uma gestação de risco, gestação do quadro que você vive, você ser cardíaca é um problema que a gente fica sempre apreensivo,

agora você tá bem, tá estável, mas ninguém garante que mais frente esse quadro mude [...] Mas, a preocupação foi mais disso e aquele susto: Você tá grávida de novo, nossa você não se cuidou? Aquela cobrança também. P13

Foi ótimo, minha família apoiou muito, tanto a minha mãe, quanto a minha sogra, meu esposo, que passou a gravidez todinha vindo pra cá, ele deixou, abriu mão de muita coisa pra poder tá comigo, me acompanhou do início ao fim da gestação, foi muito bom. P14

A minha família me apoiou muito minha decisão, meu esposo também porque queria e queria um menino e veio um menino que ele queria... Mudou, mudou minha rotina eu precisei muito do apoio da família, a minha mãe teve que ficar com a minha filha, meu esposo teve que mudar a rotina dele todinha [...] quando eu vi a animação da minha família por ter descoberto que eu tava: ah você engravidou, nossa que bom! P15

Então ele (marido) temia muito, tanto ele: não, é melhor não, vamos deixar isso pra lá, é perigoso. Minha mãe, ela falou: agora não era a hora, você sabe dos seus problemas. P16

É, no início todo mundo (familiares) ficou assustado também com essa questão do coração. Aí ficou falando: tu tem problema no coração, será que isso não vai dar problema depois? [...] Apoiaram bastante o meu pré-natal, me ajudaram, mas ficaram preocupados. P17

As participantes descreveram como os familiares receberam a notícia da gravidez. Aqueles que planejaram a gestação em conjunto gostaram. Os que já apoiavam a decisão delas engravidarem animaram-se quando souberam. Os maridos tanto apoiaram quanto se preocuparam e ficaram felizes ao descobrirem a gestação e o sexo do bebê. Por outro lado,

temiam muito e até houve situações em que não apoiaram a decisão da mulher, mencionando que era melhor não engravidar, por ser perigoso era melhor deixar pra lá.

Os pais ao saberem que as filhas engravidaram sendo portadoras de cardiopatia, brigaram e disseram que elas sabiam do problema, que aquele momento não era adequado. As mulheres explicaram que foi o médico quem falou para eles que se não se tratassem poderiam morrer. Então, mostraram-se preocupados por ser uma gestação de risco e ficaram em cima delas para irem ao médico.

Discorreram que estes as questionaram assustados, querendo saber o porquê de engravidarem novamente, o porquê de não terem se cuidado e se a cardiopatia não daria algum problema depois. Ficaram com medo delas morrerem, os familiares mais distantes fisicamente ficaram nervosos e só melhoraram depois do nascimento do bebê.

Salientaram que teve até gente da família que tinha receio de sair com elas temendo que passassem mal. Mostraram ainda que estes familiares falaram que elas não poderiam engravidar acrescentando que por estarem grávidas depois de terem passado por problemas cardíacos seria preciso acompanhar a gravidez em um local adequado, uma vez que poderia acontecer alguma coisa.

Teceram comentários dos familiares em que estes mencionaram que as apoiariam e que este apoio caminhava lado a lado com a preocupação que nutriam por elas, o fato de serem cardíacas deixava-os sempre apreensivos por que de uma hora para outra poderiam ficar instáveis. As depoentes descreveram como este apoio aconteceu durante a gestação não só por parte da família como também dos amigos. Mencionaram amigas que iriam tomar conta da filha(o) enquanto estivessem internadas, a presença da sogra nas consultas ajudando emocionalmente, a proximidade física dos pais, a ajuda dos irmãos, a visita mais constante dos familiares por estarem mais limitadas.

Significaram o acompanhamento do marido e do pai da criança comentando que com a gravidez, os familiares mudaram suas rotinas em favor deste acompanhamento. Lembraram de que mesmo distantes, morando em outro Estado ou já falecidos, iriam contar também com pensamentos positivos e ajuda financeira dos pais.

Ainda fizeram referência aos familiares indiferentes à condição em que se encontravam, ora por pensarem que para a família já estão curadas, ora verbalizando o desconhecimento dos familiares e até do próprio esposo acerca de detalhes da cardiopatia.

5.2.5 Unidade de Significação 5

Terem sido cobradas pelos médicos por engravidarem.

Foi um susto pra ela (médica), que não falou que não podia, que os riscos que eu taria correndo, mas falou: você tá com tratamento bom, já se trata há cinco anos. Agora que você tá no tratamento, você vai engravidar? Não que não podia, mas falou assim, deu um puxão de orelha. Mas, já tá feito, já tá aí, agora vamos em frente, isso que ela falou. P1

[...] Isso me levou a ter alguns estresses aqui no hospital, porque todo lugar que você entra, por ver que é uma síndrome rara eles querem estudar você, estudar, estudar, e aquilo eu me sentia, eu até falei pra ela (médica) que eu me sentia um pouco rato de laboratório, quando eu fiquei internada, entendeu? É sempre assim, vê você e quando vê, é Wolff-Parkinson. Nossa, o que é isso? Como é? Entendeu? E querem que você dê laudos e quer fazer exames em você, encontrar a síndrome e você não consegue encontrar fora da crise, entendeu? P2

[...] aí o médico de lá da clinica, ele olhou pra mim e falou: você é maluca, você é doida, um coração deste tamanho ficar grávida? Até então eu não tava com tanto medo, mas depois que ele falou isso, fiquei morrendo de medo. P3

[...] Porque os médicos falavam que eu não tinha mais condições de ser mãe, por causa do problema cardíaco que eu tenho, porque forçava a válvula mecânica e eu tenho a pressão alta, tenho colesterol alto, tudo isso eu tenho [...] É, mas, eu queria assim, como a médica falou pra mim que eu não podia ter mais filho, eu e o meu marido acertamos numa boa que a gente ia adotar uma menina [...] Eu sei que eu fiquei muito tensa. O médico falava pra mim que se eu tivesse ficado grávida de novo eu ia passar os nove meses internada. P4

[...] Porque o meu cardiologista falou assim pra mim: se um dia você voltar a engravidar, você engravida até os quarenta porque depois você não tenta mais não. P5

Os médicos, eles sempre foram muito claros assim nessa parte em falar essas coisas, não me esconder, aí por isso que eu fiquei mais preocupada, porque eles falando, eu ficava mais nervosa [...] Aí o médico falava que eu tinha risco de vida, não tinha como eu levar a gestação até o final, então teria que interromper enquanto tava no começo pra poder fazer essa cirurgia de peito aberto que era muito mais arriscada [...] aí quando eu voltei pra cá, aí eles achavam que tinham perdido, mas não tinha acontecido nada com a bebê [...] P6

Eu segurei ela, tentei segurar até trinta e seis semanas, o remédio, o meu cardiologista não podia mais trocar, porque eu ficava muito cansada devido a gestação em si, a gente fica cansada também e ele não podia trocar por causa da gestação. P9

A minha cardiologista, quando eu falei pra ela que eu tava grávida ela quase infartou no meu lugar, mas ela falou: já que aconteceu que eu posso fazer é suspender, tem que suspender todos os seus remédios e me encaminhou pra cá, mas foi até ela que passou isso pra mim (risco) [...] eu não tava tendo acompanhamento com a minha cardiologista normal, então assim meu medo na verdade que eu tinha era de ter muito problema e de repente vim a óbito [...] Os médicos sempre diziam que tinha que tirar ela antes, mas foi até o finalzinho, até eles se surpreenderam, conforme assim foi passando, passava semanas o resultado ia vindo melhor. P10

E até os médicos falaram assim: você sabia que não podia engravidar, eu falei: não, eu sei, eu sei que é muita responsabilidade, eu sei que eu não poderia engravidar. Mas, realmente não tava numa

fase boa da minha vida... assim sabe quando você fica meio desnorteada? P13

[...] E aí eu vim e falei com a doutora que cuidou sempre de mim, ela na mesma hora falou: menina, menina, você de novo [...] Porque ela falou assim: já que você tem esse risco aí, eu se eu fosse você não tentaria ter mais filhos. Ela falou pra mim e pro meu esposo: o que você tem é sério e cada dia que passa pode ficar mais sério ainda e uma gestação pra você, você sabe que pode ser um grande risco. P14

[...] (a determinação do médico) Era o não desde que eu tive a minha filha em 2007 depois que eu enfartei. Aí veio o laudo: você não pode isso, você não pode [...]e aí quando agora eu olho isso aqui, eu gerei nove meses, foi formado dentro de mim. Eu ouvia muito assim: adota, é tão bonito. Não é que eu não queira adotar, se Deus me der condições de adotar, eu também adoto, mas você se sente o nada [...]. P15

[...] Eu comecei o pré-natal em outro lugar [...] É, e aí eu ouvi até de uma profissional de saúde, ela falou assim: você tem problema de coração, é celíaca, pra que você engravidou? Aí já gerou aquela preocupação, eu falei: poxa, que despreparo, né?! [...] E, na verdade eu estava toda assegurada com o cardiologista, eu já tinha todo o acompanhamento. E, já tinha feito consulta com a obstetra, ela falou para continuar tomando direitinho o remédio. P17

As mulheres explicitaram que os médicos cardiologistas alertavam antes de engravidarem sobre os riscos que corriam, pois a gestação atrapalharia o problema cardíaco. Compreenderam que apesar de em algumas situações eles não terem falado diretamente que não poderiam engravidar, falaram para tomarem muitos cuidados. Ao levarem por esse lado e descobrirem-se grávidas, ficaram muito tensas. De outro modo, os profissionais limitaram a idade para uma possível gravidez acontecer, afirmando que depois deste tempo não deveriam

tentar mais. Em outras situações, estes eram explícitos e diziam a elas que não teriam condições de engravidar por ser um grande risco.

Mencionaram que este “não” do médico se devia à cardiopatia e era falado por eles de vários modos: que não deveriam tentar ter mais filhos por conta da seriedade do problema; por que forçava a válvula, tinham colesterol e pressão altos; desde que tiveram o primeiro filho ouviram que tinham o coração de 60 anos tendo ainda 30. Refletiram sobre a possibilidade de adotarem, afirmando que ouviram muito isso, que adotar era bonito e explicaram que não era que não quisessem, se Deus desse condições também adotariam e até já tinham acertado com o marido que seria assim.

As participantes fizeram referência à reação do cardiologista durante a consulta em que contaram sobre a gravidez. Expressaram que os médicos levaram um susto, quase infartaram. Detalharam as falas dos profissionais que por vezes não brigaram, mas questionaram o fato de terem engravidado no momento em que estavam em tratamento e sabendo que não poderiam engravidar, responsabilizando-as, suspendendo as medicações por causa da gestação e encaminhando-as para o pré-natal de risco. Declararam terem sentido medo de terem muito problema e por não estarem tomando medicamento e não estarem em acompanhamento normal com o cardiologista. Compreenderam que a cardiopatia atrapalhava a gestação.

Contemplaram ainda a fala dos médicos de outras especialidades, como obstetrícia e clínica de família. Relataram que estes perguntaram para quem engravidaram e chamaram-nas de malucas por fazerem isso tendo problema de coração e sendo celíacas. Consideraram estes profissionais despreparados e afirmaram que seus medos aumentaram ainda mais depois desta consulta, mas depois se sentiram asseguradas e mais calmas com o acompanhamento específico.

Quando internadas as mulheres expressaram que se sentiam vistas a partir da cardiopatia, especialmente quando a doença era mais grave ou rara. Ressaltaram ainda que no decorrer da gestação ficaram nervosas porque os médicos foram claros em falar da interrupção da gravidez ou da possibilidade de tirar o bebê antes em virtude do risco de vida que corriam. As participantes explicaram que apesar da afirmação dos profissionais não aconteceu nada, o tempo entre uma consulta e outra foi diminuindo e isso até os surpreendeu.

5.2.6 Unidade de Significação 6

Ficarem preocupadas com o bebê e pedirem ao médico para dar prioridade em salvá-lo.

[...] Era porque assim, eu já tava sentindo contração há duas semanas e me dava esses galopes, meu medo era essa taquicardia, em algum momento meu coração disparar, faltar oxigênio pra ele e eles darem preferência, tipo salva a mãe e o bebê entendeu? [...] essa médica veio me falar no exame: a prioridade aqui é você. Eu falei: mas eu não quero que eu seja a prioridade, eu quero que a prioridade seja meu filho, porque eu tô aqui por causa dele, né? P2

Porque vai que essa criança resolve nascer de sete meses? Porque a menina que tava acompanhando comigo ela já teve agora, nasceu, a minha prima teve agora um bebê prematuro, tá internada, fiquei morrendo de medo, aí eu adiantei tudo, tá tudo adiantado. P3

Eu falei pra médica: se acontece alguma coisa comigo na hora do parto, salva a minha filha, me deixa aí que eu já fiz o que tinha que fazer. P4

[...]a minha preocupação foi exatamente isso, 40 anos não tem mais aquela atividade toda [...] Eu bati a última agora, a morfológica, no mesmo tempo eu ficava preocupada, eu ficava assim como é que é ser mãe de um menino, será que eu vou saber? P5

(a gravidez) Não, não interrompeu. Eu fui pedindo, fui tentando pedir, eu fui pedindo pra eles não tirar, fazer o possível pra poder não tirar, tentar o máximo, mas mesmo assim eles falavam que ia uma hora ou outra [...] graças a Deus, tá aí até hoje, fiz todos os exames, ela não deu nada, graças a Deus. P6

Minha filha é prematura. Por causa de eu ser cardiopata, eu tinha muito medo de perdê-la, que era o meu medo mesmo e nascer com algum problema, que foi o caso, que ela veio quase as mesmas coisas que eu. P9

No início eu fiquei meio preocupada em relação, até porque eu não sabia em questão da Benzetacil que era tratamento, pensei que poderia afetar alguma coisa no bebê, então eu fiquei desesperada atrás de cardiologista pra poder saber. P11

[...] Medo do meu bebê nascer e não resistir, que era o meu maior medo era esse [...] O momento que eu senti mais medo foi quando o médico foi conversar comigo e com o meu marido dizendo que ele ia ter que fazer o parto de qualquer jeito, que tava, o risco era perder eu e meu filho de uma vez só ou então perder meu filho, eu falei: mas não tem outro jeito? Porque nem ter tomado aquela injeção pra fortalecer o pulmãozinho dele eu não tinha tomado ainda. P12

[...] Porque eu sei que o que acontece comigo, acontece com o neném, aí eu tento levar da melhor maneira possível [...] Me preocupo também na parte assim de ser cardíaca o depois das crianças nascidas, eu me preocupo assim: será que algum dia eu vou conseguir operar e se eu operar vai dar tudo certo? Como que vai ser o futuro dos meus filhos se eu não tiver essa disposição de tá com eles? P13

[...] Quando eu ia tomar um medicamento, eu olhava aquele medicamento, aí pensava: é, será não vai dar certo? Essa criança se vier com problema, meu Deus, eu posso tá trazendo mais problema pra minha vida [...] graças a Deus o K. (filho) tá aqui, chegou até o final não tem como não acreditar em Deus, não tem como, existe sim uma força maior que cuida da gente, não tem como não acreditar. P15

Ah passa, passa sim, porque a gente sabe que tem as questões, como eu posso dizer, hereditárias, né? Então a gente fica com essa preocupação, mas pode ser que sim, pode ser que não. A gente pede a Deus que não, mas passou sim uma preocupação pela cabeça. P17

As mulheres se compreenderam com medo de que a cardiopatia afetasse o bebê, sabiam que tudo o que acontecia com elas, acontecia também com o neném. Por serem cardiopatas, tanto elas quanto seus filhos estavam em risco. Significaram que os bebês poderiam nascer prematuros, com problemas pelas questões hereditárias ou não resistirem. Mostraram suas preocupações explicando como a doença, a medicação que tomavam e até mesmo a cirurgia que fizeram poderiam afetar a criança.

Em paralelo, as participantes revelaram que fizeram o possível para os médicos não interromperem a gestação ou tirar o neném antes. Relataram que os profissionais falavam que isso iria acontecer de qualquer jeito por conta das medicações, mas se surpreenderam quando não precisaram interromper e a gravidez foi até o finalzinho.

De outro modo, significaram que tiveram muito medo do bebê não resistir pois o coração poderia disparar e faltar oxigênio para o filho na hora do parto, o pulmãozinho ainda não estava fortalecido. Consideraram que se os médicos tivessem que dar preferência, deveriam salvar a vida do neném. Declararam que disseram isto para os profissionais, embora soubessem que elas eram prioridades para estes. Na vivência de gestar as mulheres preocupavam-se com o futuro, se teriam disposição para cuidar dos filhos por conta da doença cardíaca e da idade.

5.2.7 Unidade de Significação 7

Terem sentido medo de morrer no parto... saberem que o cardiologista dá o parecer, mas o obstetra decide a via de parto.

[...] Eu fiquei com medo de ocorrer alguma coisa na hora do parto, por causa do problema que eu tenho, que eu sou cardiopata, aí eu fiquei até com medo [...] De eu ter ataque cardíaco na hora, uma parada cardíaca, alguma coisa que eu não conseguisse passar por aquilo no momento, entendeu? De ter o bebê na hora, que diz que a pressão sobe, tanto que a minha subiu, e aí eu tava com medo de ter a arritmia. Ai foi horrível, que ela (médica) ficou falando: a pressão tá subindo, vamos ter que ir para cesariana. Foi cesárea, mas eu fiquei 12 horas de trabalho de parto, mas eu tava com tanta dor que eu nem pensei no mal da cesárea, eu fui [...] Mas na hora lá que tava deitada eu fiquei com medo, eu fiquei com medo de dar alguma reação. P1

[...] o médico (obstetra) queria levar até 41 semanas pra ser parto normal, isso tava me deixando [...] Tudo que eu tava sentindo, a medicação já não estava segurando porque eu tava com medo, mas medo de, eu to lá fazendo força, o coração dispara, eu não tenho força nenhuma e aí como é que eles vão tirar a criança, entendeu? [...] (o cardiologista falou) Não, o seu parto tem que ser cesárea, porque com a dor eles vão ficar malucos, eles não vão saber quem salva, se pega o filho, se pega a mãe porque seu coração não vai agüentar, ele vai acelerar [...] você pode fazer uma arritmia, mas parada é mais difícil, porque você tá tomando uma dosagem alta de Verapamil [...] E eu dizia: ai doutor pelo amor de Deus. (cardiologista) Eu não posso falar pra eles: faz o parto cesariana, porque eu entendo de coração e eles entendem de bebê, eu tenho que dar o meu parecer, mas quem tem que decidir a via são eles. P2

[...] Agora o medo mesmo é só de morrer na hora do parto, somente. Ah, eu tenho medo de ter uma hemorragia na hora, ou sei lá o

coração não suportar, parar de bater, é esse medo que eu tenho [...] Não quero ter parto normal, eu acho até que também não pode, né? Não sei, a obstetra não me falou ainda, mas pelo que eu sei deve ser uma cesariana. Eu só queria assim, não sei se vou falar alguma besteira, que ela (a médica) me orientasse mais assim para eu me preparar pra hora do parto, pelo o que eu vou passar, se eu vou tá dormindo ou se vou tá acordada na hora do parto, como é que vai ser o parto mesmo. P3

Mas, na hora do parto dela eu fiquei com muito medo de morrer, muito, porque assim tive medo da pressão aumentar, ficar alta, tive medo de dá hemorragia [...] não podia ser cesárea, a médica, o médico falou pra mim que a minha gravidez era melhor fazer parto normal [...] só que eu perguntei pra ele (médico): eu vou morrer? Não vai acontecer nada com você, vai tranqüila, seu parto vai ser induzido, não vai acontecer nada com você. Ele me tranquilizou. Foi um pé na frente e outro atrás, porque Deus não tava ali pra falar assim: vai que eu vou [...] P4

Mas, aí o meu cardiologista já tinha falado pra mim que eu poderia até ter parto normal [...] Mas, aí como eu optei, eu falei: dessa vez eu vou ligar. Aí, vai ser a minha primeira cesárea [...] Olha, como eu nunca tive uma cesárea, estou bem preocupada [...] de tanto ouvir o que as pessoas falam, eu posso dizer pra você que eu estou com um pouquinho de medo da anestesia [...] Mas, é porque eu vi uma menina falando uma vez que ela, pela anestesia, ela disse que ela parecia que ia morrer sufocada, ela disse que é o efeito da anestesia que depois passa. Ela não tinha (cardiopatia), por isso que eu fiquei preocupada, fiquei assim, aí eu já tenho esse problema, mas vamos ver. P5

No momento do parto eu estava dormindo, eu tomei anestesia geral [...] fiquei meio nervosa antes de apagar, aquela ansiedade. Ah

porque assim, vai dar tudo certo? Aquele medo, medozinho que rola natural. P7

Eu já sabia já que corria o risco de na hora do parto o coração acelerar ou ter que fazer um parto cesariana. Eu tinha medo. Medo de morrer na hora do parto [...] ele foi cesárea. P8

No parto também as anestésias não pegaram, então assim eu sofri tudo, e eu acho que eles tavam com medo de fazer cesárea essas coisas e não fez, foi normal porque ela nasceu com trinta e cinco semanas. P9

Dela eu pensava muito na hora do parto, eu sabia que ia ser uma cesárea, eu tive dois, eu pensava muito nessa hora, eu só pensava que poderia acontecer de repente coisas ruins, é o medo com tudo que já passei antes. P10

Eu fiquei com medo em relação até meu parto também, que diziam que teria que ser normal, mas aí teve algumas informações já, tem que passar pelo cardiopata (cardiologista) de novo, conseguir fazer o ecocardiograma pra ver se não tem nenhum risco, eu fiquei meia nervosa [...] Primeiro foi normal, eu fiz tudo que eles pediram, brinquei, conversei, contribui, fiz os exercícios, fiz tudo assim durante o dia inteiro, a gente tentou fazer o máximo possível pra fazer parto normal, só que como não teve progressão, tive que fazer cesárea. P11

[...] Eu falei: doutor é arriscado? Ele falou: é, não vou mentir pra você, é arriscado, se você confia em Deus é o momento de você orar, pedir a ele, e vai dar tudo certo, a gente tá aqui pra fazer o melhor por você e pra suas crianças, porque aqui a gente não gosta de perder ninguém, principalmente criança, aqui a gente não gosta mesmo, a gente faz de tudo pra poder salvar a mãe e a criança, mas nem tudo a gente consegue, nem tudo tá nas nossas mãos. Começava vim na

minha cabeça: eu tenho uma filha, e agora eu vou dar a luz a mais um, eu preciso ser forte [...] Senhor salva meu filho, vai eu vou ser forte, não me leva, salva meu filho, mas não me leva [...] eu não queria abandonar meus filhos de jeito nenhum, principalmente pra morte. P12

Eu queria assim, eu tô muito insegura com essa parte, porque eu tive dois filhos normais, foi bem complicado [...] bem ruim [...] É, a dor me assusta, depois de dois ter sentido essa dor, nossa me deixou, me deixa bastante preocupada mesmo, porque é uma coisa que eu não queria passar pra te falar a verdade. P13

[...] me induziram, foi muito ruim a indução. Eu senti muita dor, parecia que eu ia morrer [...] é, mas foi muito rápido porque me induziram meio dia e meia, duas horas minha bolsa rompeu, quando foi três e quarenta e quatro ela nasceu, durante esse meio tempo eu senti muita dor, assim parecia que eu não ia aguentar. P14

[...] O cardiologista me indicou o parto normal com anestesia porque eu não posso fazer muita força pra não o coração, ele não quis a cesárea porque a recuperação é complicada, era mais difícil [...] quando eu me vi já na sala de parto, ele nasceu cinco e vinte oito da tarde, eu internei oito e meia da manhã, mas faz exame, a gente fica sendo monitorada até a hora dele nascer [...] Não precisei de nada pra induzir, ele veio normal, normal. P15

O parto também gera uma preocupação, ainda mais sendo [...] ontem, por exemplo quando eu internei, eu já fiquei agitada, coração aceleradíssimo, não dormi direito, eu acho assim que é uma ansiedade, então isso tudo já é uma questão de quem tem cardiopatia que já vai provocando esses sintomas. Então, quando eu entrei eu já fiquei assim: ai meu Deus, será que eu vou ficar assim no dia do parto? Não posso. Então, eu já fico com essa preocupaçãozinha de

ficar alterada, de ficar nervosa, mas acredito em Deus que vai ficar tudo bem, vai ficar tudo tranquilo. É cesariana. [...] eu preferia o normal, mas como teve que fazer esse protocolo por causa da diabetes gestacional que aconteceu a partir do 7º mês, então a gente tem que se submeter. P17

Ao significarem suas vivências/vívidos gestacionais as mulheres disseram terem sentido preocupação com o momento do parto. Referiram medo de morrer ao parir por serem cardiopatas. Listaram os motivos de tais sentimentos: medo de sofrerem parada cardíaca por arritmia; de terem hemorragia; por ouvirem dizer que a pressão sobe; por saberem que corriam o risco de ter que fazer cesariana. Expressaram que por já terem passado por gestações anteriores com cardiopatia, acharam que pudesse acontecer coisas piores. Perguntaram para o médico se iriam morrer. Em alguns casos, tranquilizaram-se quando o profissional explicou que o parto seria induzido, que não iria acontecer nada com elas. Apesar disto, ficaram com um pé na frente e outro atrás.

Na vivência de gestar, as participantes declararam-se inseguras pela falta de orientação profissional acerca do parto. Por outro lado, mostraram suas preferências pessoais em relação ao tipo de parto. Sentiram-se inseguras não pelo desconhecimento do parto normal, mas por que não desejavam que fosse normal novamente. Em paralelo, apesar de não terem buscado muitas informações sobre a cesárea, sabiam ser mais delicada que o parto normal preferindo este último, mas tendo que se submeterem de acordo com a ligadura ou com o protocolo de diabetes.

Rememoraram que foram os médicos cardiologistas que deram o parecer quanto ao melhor tipo de parto em cada caso de acordo com a cardiopatia. Relataram que outros profissionais disseram que o parto teria que ser normal, mas para confirmar tiveram de passar por uma consulta com cardiologista e fazer exames para verificar se não tinha risco. Houve relatos de tensão das mulheres quando a indicação do obstetra foi diferente do cardiologista. Expressaram isto através de diálogos com os médicos em que o cardiologista mencionava que entendia de coração e o obstetra de gestação. Mas, antes de internarem os médicos entravam em um acordo.

De outro modo, as mulheres explicaram que não poderiam fazer cesárea, ora por que acharam que os médicos estavam com medo, ora por que a médica falou que para a gravidez delas era melhor fazer parto normal, assim teriam menor risco de hemorragia. Significaram a

indicação médica do parto normal com anestesia, porquanto o médico explicou que sendo cardiopatas não poderiam fazer força e, além disso, falou que a recuperação da cesárea é mais complicada.

Ao internarem para parir descreveram-se ansiosas, exemplificando o fato de estarem com o coração aceleradíssimo significando que isto tudo já é uma questão de quem tem cardiopatia. Refletiram que não poderiam ficar assim na hora do parto e contaram com a ajuda de Deus para ficar tudo bem.

Descreveram o trabalho de parto detalhando que quando induzido, durou cerca de três horas, sentiram muita dor parecendo que iriam morrer apesar de ter sido rápido. Em outros relatos a anestesia não pegou e sofreram tudo. Ocorreram situações em que a indução não foi necessária, internaram, fizeram exames, foram monitoradas, ajudaram com a força que tinham e o bebê nasceu normal, normal. Relataram que houve mudanças da via de parto durante o trabalho de parto. Mencionaram que foi horrível quando a pressão subiu e a médica disse que teriam de fazer cesárea. Mas, estavam com tanta dor que nem pensaram no mal da cesárea, somente na hora em que se viram deitadas tiveram medo de acontecer alguma reação.

Expuseram os diálogos que tiveram com os doutores acerca do risco de morrerem e/ou morrerem seus bebês. Nestas situações, os médicos disseram que o melhor seria feito em favor da mulher e da criança, fariam de tudo para salvar, mas orientaram as pacientes a orarem e pedirem a Deus para dar certo. Assim elas o fizeram, acreditando que tudo ficaria bem e que não abandonariam seus filhos para a morte.

5.2.8 Unidade de Significação 8

Terem mais vontade de viver e cuidarem mais de si por que o problema continua o mesmo... compreenderem que chegaram no limite e buscarem fazer ligadura.

*Trouxe muita mais sabedoria pra minha vida, que agora eu tenho uma vida para poder criar pra frente, mais força de vontade para se tratar porque eu tenho ele pra pode cuidar e pra mim não desistir, tá sempre ali direitinho fazendo meu tratamento, isso que eu vejo e não desistir.
P1*

Aí agora na gravidez do G., eu comecei a fazer o planejamento, aí já acabei, elas me deram os papéis do planejamento. Além do meu problema de coração, financeiramente eu não tenho condições de ter outro filho. Vou contar com a ajuda da minha mãe e o pai, né? P3

Foi saber que eu podia ser mãe, que eu não ia morrer e eu ia criar minha filha como eu criei meu filho até hoje. Felicidade, amor, que eu tenho mais uma na vida, ter uma menina, meu sonho era ter uma menina [...] Já comecei a tomar o Marevan direitinho e tá tudo normal graças a Deus, a crise que eu tava, já tô bem [...] Ainda pretendo um dia quando eu tiver bem organizada, tudo direitinho, ainda pretendo criar, adotar mais uma menina. P4

Agora que eu estou com quarenta anos, eu me preocupo muito mais, tipo o que eu como, o que eu não posso comer, então eu tô mais light, porque tudo eu penso, poxa não é a mesma coisa, né? Primeiro pelo problema, porque meu cardiologista sempre falando: sempre atenta ao peso, o fato de você não fumar, não beber já ajudou muito, te ajuda muito, tenta manter seu peso, não engorde muito. P5

Pra mim, na minha opinião tá sendo bom, porque se não fosse essa gestação eu não ia descobrir isso[...]Eu cheguei aqui numa sexta-feira, a médica já falou se eu esperasse no domingo eu poderia ter

morrído [...] Então eu fiquei assim contente pela gravidez, porque se não fosse isso eu teria morrido, então realizar meu sonho de ter uma menina, mas tá sendo bom, o negócio é passar por isso tudo, né? Pra mim eu acho bom, porque eu tô me cuidando né? P6

Agora eu voltei a tomar [...] quero fazer meu tratamento dentário, pra mim começar a fazer o tratamento dentário eu tenho que passar pelo cardiologista, eu tenho que tomar o remédio uma hora antes. P8

*[...] Eu lutei muito pra ter minha filha, eu sempre quis ter uma menina, quando eu descobri que era uma menina assim Deus me deu o que eu queria, graças a Deus, mas hoje eu falo pra você, eu não engravidaria de novo, porque assim pela minha saúde e eu tenho medo de vim igual veio entendeu? Só que assim, eu não quero outro pra não machucar, machucar a mim e vai machucar ela também [...]
P9*

[...] foi uma experiência boa, porque até algumas coisas que eu evitava na gravidez eu evito agora e deu bom resultado em questão de alimentação, em questão assim, algumas coisas que tudo eu brigava agora eu evito, evito um pouco porque a gravidez acabou, mas a minha vida continua. A gravidez passou, mas a saúde, o problema continua o mesmo que é o coração, pressão alta, essas coisas. P10

[...] durante a minha gravidez eu comecei a fazer exercícios, fiz hidroginástica que dizem que é bom tanto pra questão física, ajuda também na hora do parto e mais pra parte cardiovascular também. Eu fiz durante a minha gestação quase toda, só parei lá pelos oito, nove meses [...] P11

Olha, tanta coisa, mas pra mim assim, o significado da gestação do J. foi, acho que oportunidade de ter o meu filho, foi tudo, foi intenso, foi bom, foi assustador, foi renascimento acima de tudo [...]então isso

assim eu passei por muita coisa, e eu dou mais valor a minha vida hoje [...] (ter mais filhos) Não, não porque acho que cheguei no meu limite, mais uma internação acho que eu não suportaria, ficar longe dos meus filhos, internada, sozinha, passando mal, acho que não. Tanto é que eu tô fazendo planejamento, tô fazendo os exames já pra poder fazer a cirurgia, se eu tivesse saúde pra isso, eu queria ter mais um, mas a minha saúde não dá, não dá mesmo e agora é hora de curtir quem tá aqui, acho que tá bom, não tem necessidade de ter mais uma criança não. P12

Cuidado comigo... eu acho que ainda eu não parei pra pensar nessa parte [...] Você começa a cuidar mais de você por causa mais das pessoas que tão em volta, que cuida da gestação e acaba cuidando de você também, aí acaba sendo acompanhamento geral [...]eu tava bem relaxada mesmo comigo e agora tô me cuidando porque também a gestação faz esse cuidado junto [...] Eu assim, eu gostaria muito de fazer a ligadura que é uma coisa que eu fiz o planejamento familiar, acabei de assistir essa quinta-feira passada e perguntei muito sobre isso, aí eles tavam até explicando que você bota o DIU e depois você entra numa fila de espera pra fazer a ligadura, porque às vezes eles gostam de ter esse tempo pra ver se seu bebê vai vingar, você não ter problema de querer outro filho, mas no meu caso mesmo, vamos supor que eu não quero, eu não poderia, não tenho idade, não tenho saúde pra ter outro bebê mesmo que se acontecesse a fatalidade. P13

[...] eu abandonei (tratamento), não queria mais saber, eu achava que tava curada. Eu descobri a gravidez da L., foi um susto muito grande porque eu não tava me cuidando e eu não sabia como fazer pra poder me cuidar [...] Muita força e luta, vontade de viver junto com ela pra poder cuidar, pra pode amar, igual eu amo demais, é muito bom [...] Eu fiz planejamento familiar pra poder fazer a laqueadura e no último dia da minha consulta do pré-natal a doutora veio dizendo que o médico que iria assinar a minha laqueadura não assinou porque eu só

tinha um filho em vida [...] Foi mais um baque pra mim [...] eu vim de longe fazer o planejamento familiar contando com isso e chega na hora pra ele poder assinar ele não assinou, fiquei muito chateada, mas agora passou. P14

Capacidade, vencedora, eu fui capaz de vencer todos os obstáculos que a vida me impôs, todo o não assim, sabe um órgão determinada a falência como o coração e eu superei isso, superei a determinação do médico, superei as batidas dele, o compasso dele, fiz ele trabalhar pra mim, não contra mim [...] Isso é possível sabe? P15

Sabe uma coisa que não tem preço? Sabe um amor incondicional? Essa menina, minha filha G., ela veio agora pra realmente depois de todo susto que eu tive, pra eu encarar a vida de uma forma diferente, porque nossa, é uma grande história. Eu encaro com muito mais garra, mais vontade de viver, não desanimo das coisas, muitas das vezes a gente tem assim um problema, ah esquece! Depois de tudo que eu passei, eu procuro lutar muito mais pelas coisas que eu quero, cuido mais de mim, porque também o período que eu deixei mais de lado, eu sei que agora eu preciso cuidar de mim, porque Deus me deu uma segunda chance, então eu preciso levar isso em conta e tô levando, tô levando graças a Deus, tô conseguindo muito bem. P16

Quando eu me senti segura com relação a tratamento, ao cuidado que eu vim recebendo, o resto foi só prazer, prazer de ser mãe, de estar gerando uma vida, foi assim muito gostoso [...] eu tive uma gestação bem agitada, não tive muito tempo de ficar assim tranquila, curtindo, ficou assim uma coisa bem corrida, mas mesmo assim tive que ter o cuidado comigo. P17

As participantes em algumas circunstâncias mencionaram que antes desta gestação, abandonaram o tratamento por acharem que estavam curadas. Ressaltaram que antes de

engravidar quase não procuravam médico e quando foram consultar, o médico disse que se tivessem esperado mais alguns dias, poderiam ter morrido. Explicaram que por esse fato, ter engravidado foi bom, puderam voltar a se tratar além de até terem realizado o sonho de terem filhos.

Acerca do cuidado consigo e com o bebê durante a gravidez falaram para si mesmas que sendo portadoras de cardiopatia teriam de fazer o acompanhamento rigoroso, tomar todos os cuidados, evitar muita coisa e aguardar a hora do nascimento. Em outras ocasiões ao falarem do cuidado consigo, significaram que ainda não haviam parado para pensar nesta parte. Refletiram que o cuidado delas acabou ocorrendo pelas pessoas que estavam em volta cuidando da gestação, aí acabou sendo acompanhamento geral. Quando se sentiram seguras em relação a este cuidado/tratamento, puderam sentir prazer de estar gerando uma vida.

As mulheres discorreram os modos como se cuidaram durante a gestação: evitaram aborrecimento, se preocuparam mais com a alimentação, estavam mais light e tinham medo de engordar. Pensaram também na idade e na recomendação do cardiologista que pediu para estarem sempre atentas ao peso. Referiram que esta preocupação se deveu primeiro pela cardiopatia e que deu um resultado bom, porque depois da gestação mantiveram estes hábitos alegando que a gravidez passou, mas o problema continua o mesmo que é o coração.

Destacaram que até os oito/nove meses fizeram hidroginástica por que ouviram dizer que seria bom mais para a parte cardiovascular, mas também para o físico e que ajudaria na hora do parto. E de outro modo, mesmo tendo sido uma correria e de ter faltado tempo para curtir a gravidez por conta de estudo e trabalho tiveram que ter o cuidado consigo.

As participantes justificaram que para gestar sendo portadoras de cardiopatia tiveram de parar suas vidas, mas ao verem o bebezinho se sentiram felizes. Consideraram que saber que podiam ser mães, que não iriam morrer e a oportunidade de terem um filho para cuidar possibilitou ter mais garra para se tratarem, darem mais valor à vida, não desanimarem e nem desistirem depois da gestação. Referiram que se Deus deu uma segunda chance era preciso levar isso em conta e se cuidarem. Significaram que já haviam recomeçado a tomar o remédio e estava tudo normal.

Deram à maternidade significados como sabedoria, oportunidade, renascimento, amor incondicional, sentiram-se capazes e vencedoras. Contudo, explicaram que não engravidariam novamente por conta da saúde e por não quererem machucar os filhos, sentiam medo de estes virem com problemas como os outros vieram. Afirmaram que se tivessem saúde certamente teriam outro filho. Além do coração, pensavam também nas questões financeiras, não tinham

condições nenhuma. De outro modo, afirmaram estarem no limite, não suportariam mais uma internação passando mal, ficando sozinhas e longe dos filhos.

As mulheres comentaram que por conta disto durante a gravidez buscaram o planejamento para fazerem a ligadura. Contaram que assistiram às palestras, ouviram as explicações dos profissionais, perguntaram muito, entenderam que primeiro colocariam o DIU e depois ficariam em uma fila de espera. Houve situações em que mesmo fazendo tudo isso, no último dia da consulta do pré-natal o médico não assinou os papéis por que só tinham um filho em vida. Mencionaram terem ficado chateadas com este fato, pois vieram de longe para fazer o planejamento contando com a cirurgia. Compreenderam que mesmo sabendo que os profissionais não fariam a laqueadura por que eles gostavam de ter este tempo para ver se o bebê iria vingar, caso acontecesse a fatalidade de engravidarem novamente não queriam, não poderiam pela idade e pela saúde.

5.3 Fio condutor da hermenêutica: o *conceito de ser* de mulheres que gestaram sendo portadoras de cardiopatia

Para Heidegger (2011) a abertura do horizonte interpretativo sobre a questão do ser só é possível mediante a elaboração do *conceito de ser* obtido por meio do agrupamento dos enunciados das Unidades de Significação. Esse conceito ilumina e fundamenta a explicitação dos obscurecimentos contidos na compreensão vaga e mediana culminando em fio condutor, o qual revela semanticamente sua proposição: a de conduzir a investigadora à etapa de compreensão interpretativa e de desvelamento do fenômeno possibilitando que se decida “quais espécies de obscurecimento ou impedimento são possíveis e necessários para um esclarecimento explícito do sentido de ser” (HEIDEGGER, 2011, p. 41).

Assim, o *conceito de ser* das mulheres que gestaram sendo portadoras de cardiopatia apresenta-se como:

Saberem do risco e tanto planejar quanto não saberem como evitar... e se surpreenderem ao se descobrirem grávidas; falarem como se sentiram física e emocionalmente na gestação; sentirem-se seguras pela rotina de acompanhamento pré-natal; terem familiares preocupados pelo problema do coração e contar com apoio; terem sido cobradas pelos médicos por engravidarem; ficarem preocupadas com o bebê e pedirem ao médico para dar prioridade em salvá-lo; terem sentido medo de morrer no parto... saberem que o cardiologista dá o parecer, mas o obstetra decide a via de parto; terem mais vontade de viver e cuidarem mais de si porque o problema continua o mesmo... compreenderem que chegaram no limite e buscarem fazer ligadura.

5.4 Compreensão Interpretativa: a hermenêutica do ser-aí-mulher-que-gestou- sendo-portadora-de-cardiopatia

Com o ensejo de atender ao objetivo da pesquisa e responder às interrogações acerca de como se dá o movimento existencial da mulher que vivencia/vivenciou a gravidez sendo portadora de cardiopatia, e, de como os sentidos possíveis de serem desvelados contribuem para o cuidado de enfermagem e para a atenção de saúde à mulher portadora de cardiopatia que vivencia/vivenciou a gestação, adentrou-se à hermenêutica ou etapa de compreensão interpretativa, segundo momento metódico da analítica heideggeriana.

O fio condutor permitiu alcançar o desvelamento dos sentidos apontando o movimento existencial da mulher que gesta sendo portadora de cardiopatia, os quais permaneceram velados na dimensão ôntica – instância de compreensão dos significados dominados pela posição prévia e em que se alcança a visão prévia.

Porquanto, a sujeição do *ser* à autoridade *tradicional* constitui-se obstáculo para o desabrochar desse como subjetividade. De fato, sobrepondo-se ao *ser* sem sua vontade *parece* que radicalmente já estão prontas as condições pelas quais se manifestará como *ser-aí*, velando as possibilidades de *ser-próprio* (RENAULT, 1998). Não é por outro motivo que as mulheres que gestaram sendo portadoras de cardiopatia ao significarem suas compreensões acerca do fenômeno vivido o fizeram a partir de conceitos e referências da *tradição*.

Deste modo, na instância ontológica o fenômeno em estudo alcança a segunda etapa metódica ainda encoberto, entulhado e desfigurado, clamando pelo desvelamento da totalidade assegurado pela redução eidética:

“Caso a questão do *ser* deva adquirir transparência de sua própria história, é necessário então que se abale a rigidez e o enrijecimento de uma *tradição* petrificada e se removam os entulhos acumulados [...] Deve-se efetuar essa *destruição* seguindo o *fio condutor da questão do ser* até chegar às experiências originárias em que foram obtidas as primeiras determinações de *ser* que, desde então, tornaram-se *decisivas*” (HEIDEGGER, 2011, p. 60).

Assim, buscou-se na obra *Ser e Tempo* (Heidegger, 2011) e em outros autores que se dedicam à compreensão do pensamento de Heidegger as fundamentações para a hermenêutica.

Heidegger considera que a hermenêutica permite a interpretação como compreensão da verdade que *é* e que se mostra por meio dos significados da experiência vivida do sujeito.

Para o filósofo esta experiência se compõe a partir da facticidade, do *ente* lançado no mundo sem escolhas constituindo-se *Dasein* ou *ser-aí* dotado do ser da *pré-sença* com possibilidades de movimentação ôntico-ontológica. Neste contexto, a hermenêutica - como expressão de conceitos - permite uma auto interpretação do ser acerca de sua facticidade (SCHMIDT, 2013; HEIDEGGER, 2011).

A retomada dos significados das participantes e de suas compreensões vaga e mediana acerca do fenômeno em estudo permitiram à investigadora a abertura para uma interpretação radical, a qual originou as compreensões das mulheres posto que anterior ao que já conheciam acerca da gestação de alto risco por cardiopatia.

Como *pré-senças* as mulheres se *projetam no mundo* movimentando-se existencialmente segundo suas compreensões *mundanas*. Por isso os sentidos ora desvelados (interpretação) já pertenciam (radical) às participantes, embora estivessem velados por meio dos significados que doavam em seus cotidianos de acordo com suas visões de mundo.

Em busca da *coisa mesma* – representada nesta tese pelo fenômeno de gestar-sendo-portadora-de-cardiopatia – apoiou-se na “possibilidade ontológica da presença que deve descortinar o horizonte ôntico e explicar a própria presença como ente” (HEIDEGGER, 2011, p. 85).

Tais explicações foram alcançadas por meio das características que constituem as participantes: os *modos de ser* que mostraram em suas falas conforme anuncia Heidegger

A essência do *ser-aí* reside em sua *existência*. Por isto, as características que podem ser explicitadas junto a esse ente nunca são *propriedades* presentes à vista de um ente à vista que possui tal ou tal aparência, mas sempre *modos de ser* que lhe são possíveis, e apenas isto. Deste modo, o termo *ser-aí*, com o qual designamos esse ente não expressa o seu quid [...] mas o *ser*” (HEIDEGGER, 2011, p. 85).

Neste contexto, as mulheres se mostraram como *ser-aí* a partir do *ser* deste *ente* que *é* gestando ou que possui este vivido. Elucida-se neste ponto que pelo movimento compreensivo da investigadora acerca do referencial teórico, filosófico e metódico de Martin Heidegger, optou-se por trazer a escrita na forma singular sustentada na expressão do fundante: as mulheres como *ser-aí-que-gestou-sendo-portadora-de-cardiopatia*.

Faz-se mister o destaque acerca das expressões utilizadas por Heidegger como *sentidos do ser*. Tais termos não possuem o caráter pejorativo que usualmente se compreende em linguagem não filosófica, “a interpretação tem puramente um propósito ontológico e se

mantém muito distante de qualquer crítica moralizante da presença cotidiana [...]” (HEIDEGGER, 2011, p. 231).

A fim de revelar o movimento existencial da mulher, construiu-se a partir do fio condutor uma representação (Figura 3) dos sentidos explorados nesta tese e buscou-se trazer à luz a expressão deste movimento em escrita contínua, poupando-se à fragmentação em subtítulos. Isto também se deu com base na compreensão do círculo hermenêutico em que as partes só podem ser compreendidas pelo todo de que se compõem (SCHMIDT, 2013). Assim, ainda que se desvelem sentidos predominantes de certas Unidades de Significação e de suas respectivas compreensões vagas e medianas, estes também são desvelados em outras, denotando a totalidade fenomênica.

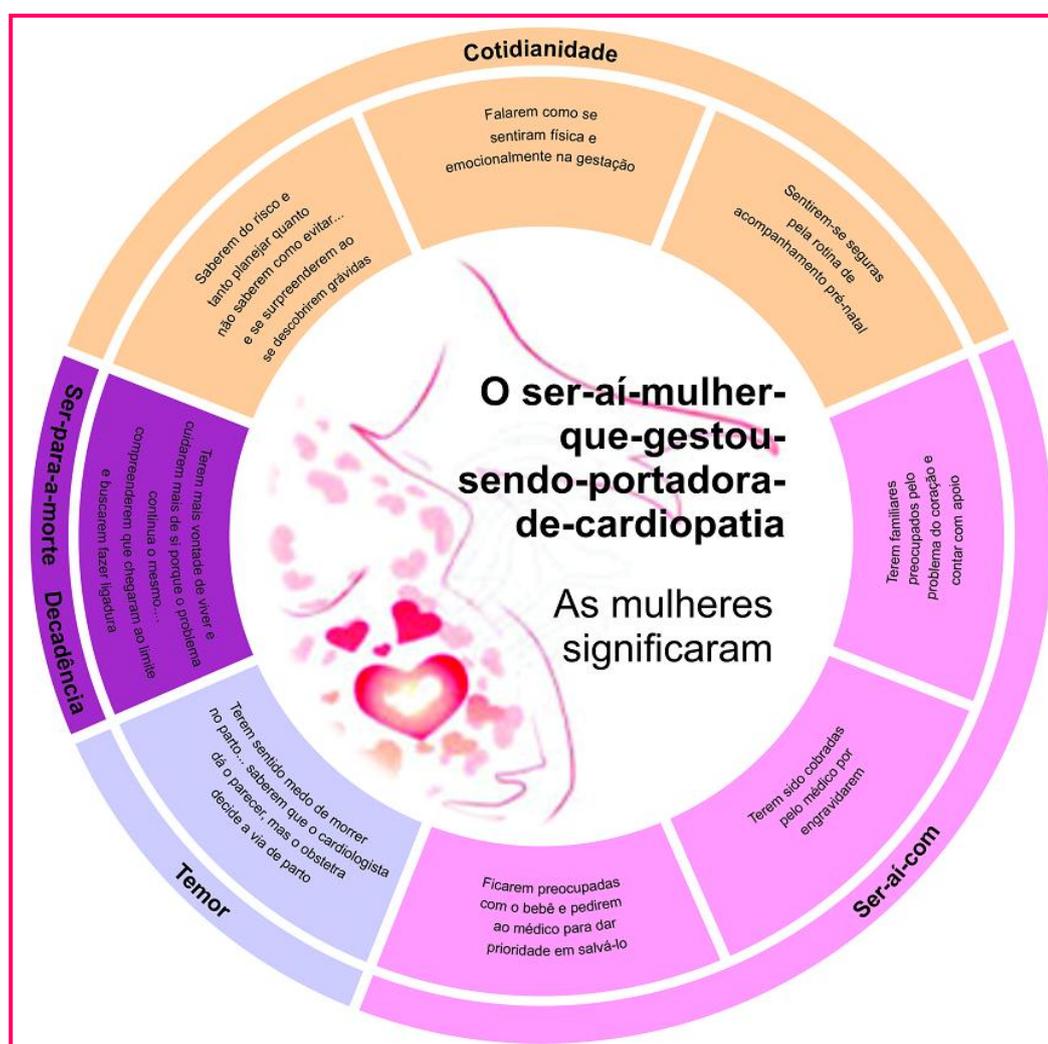


Figura 3. Representação dos sentidos explorados no estudo. Fonte: Amorim e Souza, 2015.

Na facticidade de ser portadora de cardiopatia e *em* engravidando a mulher se projetou como *ser-no-mundo* a partir de tal fato: gravidez de risco por cardiopatia. *Sendo-no-mundo* e questionada em seu *ser* revelou seu mundo circundante em que se relacionou com as coisas, com os outros e consigo mesma assumindo, fenomenalmente, modos de ser.

Desvelou-se na *cotidianidade* da gestação de alto risco compreendendo-se de modo *impessoal* e *inautêntico*, sendo este o modo mais próximo da *pré-sença* se projetar no *mundo* ao aceitar a imposição *tradicional* como limitação para sua atuação por não se ver como *ser de possibilidades*. No *cotidiano* foi “*elas*” e se compreendeu a partir desta perspectiva existindo no já estabelecido *impropriamente*. Em sua existência se destinou e se conduziu para o ente que *é* negligenciando o *ser*, parecendo por vezes até *ser*, quando de fato não o foi.

Ao significar que **sabia do risco e tanto planejou quanto não soube como evitar**, não o fez a partir de suas possibilidades – do *ser-si-mesma*, pois que movida pelo que familiares, conhecidos e profissionais de saúde disseram ou impuseram. O “risco que correu” já denotava a *medianidade* a que estava entregue, a qual “designando previamente o que se pode e deve usar, vigia e controla qualquer exceção que venha a impor-se” (HEIDEGGER, 2011, p. 41).

Deste modo, a exceção imposta é a classificação do risco entre mínimo e máximo que a *tradição* obstétrica atribui às mulheres que engravidam *sendo* portadoras de alguma doença ou que durante o ciclo gravídico puerperal desenvolvem agravos à sua saúde e/ou à do feto. O enfoque de risco como expressão da objetividade científica estabelece uma graduação de cuidados em saúde de acordo com a probabilidade de danos identificados a partir dos marcadores e fatores de riscos gestacionais, sendo estes a “sua via e modo de acesso” para o sistema de saúde (HEIDEGGER, 2011, p. 84).

No tocante à cardiopatia, tem-se esta à conta de fator de risco que pode se estabelecer como condição clínica previamente diagnosticada ou como intercorrência clínica na gestação em curso. A classificação *tradicional* se baseia na probabilidade de mortalidade materna a partir da doença cardíaca, estratificando-a em cardiopatias de alto risco, risco intermediário e menor risco à gravidez. Desta forma, a gestante cardiopata tem o risco gestacional a todo instante re-classificado à feição de “ente [...] em que há a possibilidade dele se mostrar como aquilo que em si mesmo ele não *é*. O *ente* se faz ver assim como” (HEIDEGGER, 2011, p. 84).

A mulher se fez ver e foi vista a partir da doença cardíaca que “antes era mais leve”, “sabia que corria risco de vida por conta do infarto”, da “cardiopatia reumática”, “do problema na válvula mecânica”, do “Wolf”. *Impessoalmente* reproduziu em sua fala

classificações diferenciadas do risco as quais para a ciência dependem do grau de capacidade funcional do sistema cardiovascular: quanto maior a insuficiência do órgão mais arriscado se torna engravidar, gestar, parir e nascer “com problemas”. Neste *nivelamento*, o originário perde seu valor singular e tudo se torna “nivelado como algo de há muito conhecido”. A *impessoalidade* que *afasta* o ser tornando-o *mediano* e *nivelado* constituem o *público* (HEIDEGGER, 2011, p. 184).

Surpreendeu-se ao descobrir a gravidez e se mostrou na *publicidade* regida pelo obscurecimento desde a revelação da gestação por parte do médico até o encaminhamento para a instituição referência em risco materno, “tomando o que assim se encobre por conhecido e a todos acessível” (HEIDEGGER, 2011, p. 184). No acompanhamento da gestação “tudo” já estava decidido pelo “todos” representado pelos protocolos vigentes da *tradição* obstétrica: as consultas, os profissionais, os encaminhamentos, as medicações, os exames, as internações, a via de parto e até a interrupção da gestação.

Deste modo o *impessoal* “tira o encargo de cada presença em sua cotidianidade. E não apenas isso; com esse desencargo, o impessoal vem ao encontro da presença na tendência de superficialidade e facilitação. [...] Todo mundo é o outro e ninguém é si mesmo [...]” (HEIDEGGER, 2011, p. 185).

Nesta *cotidianidade* da gestação de risco por cardiopatia, o *mundo* da mulher como expressão das *possibilidades de ser-no-mundo*, é *mundo compartilhado* com outros. Estes outros - de modo *mediano* - regulam sua compreensão acerca do fenômeno em questão, sendo que esta não é a partir de si mesma, mas destes que lhe vem ao encontro no *mundo*. Ao se expressar acerca do como foi/está sendo para você esta gestação contentou-se em repetir as falas dos médicos, enfermeiros, parentes e amigos, fundamentando o modo em que se comunicou no *cotidiano* enquanto *impessoal*. De fato para Heidegger (2011, p. 224),

“A compreensibilidade do ser-no-mundo trabalhada por uma disposição, pronuncia-se como fala. A totalidade significativa da compreensibilidade vem à palavra. Dos significados, brotam palavras. As palavras porém, não são coisas dotadas de significados. A linguagem é o pronunciamento da fala. Como um ente intramundano, essa totalidade de palavras em que e como tal a fala possui seu próprio ser mundano pode ser encontrada à maneira de algo a mão. Nesse caso, a linguagem pode ser despedaçada em coisas-palavras simplesmente dadas”.

Ao **falar como se sentiu física e emocionalmente na gestação** o *ser-á-mulher* utilizou-se de expressões comuns às gestações que envolvem risco: “síndrome”, “colesterol”, “pressão”, “estável”, “neurose”, “arritmia”, “insuficiência mitral leve”, “estresse”, “parte emocional”. Desvelou-se então o sentido do *fatalório*.

Nesta compreensão mediana em que se contentou em repetir o que já foi dito revela que aceitou os cuidados em saúde que foram e são ofertados pelo Sistema para todas as gestantes cardiopatas sem questionar ou refutar tais ações, as repetindo e repassando como se fossem genuínas em seu entendimento.

O *falatório* como modo de *ser* e de se compreender da *presença cotidiana* tem na fala a comunicação e a interpretação de quem se pronunciou. Ontologicamente, comunicar-se é fazer com que o ouvinte participe do “ser que se abriu para o sobre que se fala” (HEIDEGGER, 2011, p. 232). Nesta medida, tudo do que se fala guarda a possibilidade de ser compreendido de modo superficial sem necessariamente precisar buscar o referencial da fala ou sua radicalidade.

A falta de solidez na linguagem da mulher a

“previne do perigo de fracassar na apropriação. A falação que qualquer um pode sorver sofregamente não apenas dispensa a tarefa de um compreender autêntico, como também elabora uma compreensibilidade indiferente da qual nada é excluído” (HEIDEGGER, 2011, p. 233).

Repetindo a fala dos profissionais se resguardou de pensar nas possibilidades da gestação com “problema cardíaco”, a partir de si própria, uma vez que se torna mais seguro diante “do descontrole dos batimentos, controlar com remédio”, “não pegar peso como o médico falou”, “sentir que o cansaço está voltando, mas a médica falou que seria normal”, “tentar manter a pressão estável, por que se a pressão subir...”. Para o *ser-aí-mulher* seguir a recomendação médica, tomar as medicações para o coração e evitar a alteração de pressão protegeria de maiores riscos.

Ao mesmo tempo em que é reconfortante para a presença, o *falatório* conduz ao velamento por abster-se do fundamento, promovendo a oscilação em que *Dasein* “é e está junto ao mundo com os outros e consigo mesmo [...] sob a proteção de autoevidência e autocerteza que caracterizam a interpretação mediana” (HEIDEGGER, 2011, p. 234).

Desde a descoberta da gravidez a mulher se move na *curiosidade* relativa ao risco gestacional. Rememora o que sabia sobre engravidar com cardiopatia, o que leu a respeito de mulher cardíaca não poder nunca ficar grávida. Tornou-se novidade saber até que poderia engravidar e que apesar de ser portadora de cardiopatia “agora tem outros tratamentos, muito acompanhamento pra mulher”.

Em busca reiterada do novo a fim de renovar-se com a novidade apesar de não se contentar com esta, mostra que “esse acurar em ver não trata de apreender e nem de ser e estar

na verdade através do saber, mas sim das possibilidades de abandonar-se ao mundo” (HEIDEGGER, 2011, p. 236) em uma relação de segurança a partir do que está dado em sua compreensão.

Impermanente buscou informações que atestassem o risco aumentado ou diminuído durante o ciclo gravídico puerperal no que estava mais próximo, nas consultas da instituição de referência, nos resultados dos exames e na vivência de outras pessoas, “ocupando-se em ver não para compreender o que via, ou seja, para chegar a ele num ser, mas apenas para ver” (HEIDEGGER, 2011, p.236).

Excitada e inquieta por mais uma novidade a respeito de sua gestação, ao sanar uma dúvida logo buscava compreender outra se ocupando com os sintomas físicos comuns à gravidez e advindos da cardiopatia, com a limitação imposta pela doença cardíaca, com o bebê, com os outros filhos, com as opiniões dos profissionais e familiares. Neste contexto e diante das mudanças fisiológicas *dispersava-se* ora feliz e surpresa, ora assustada e nervosa. Esta insuficiência de tempo para permanecer nas coisas e se ver como *ser de possibilidades*, conduziu-a ao *desamparo*.

Para Heidegger, “a *impermanência* e a *dispersão* fundam o *desamparo*, a curiosidade está em toda parte e em parte alguma, a presença está constantemente desenraizada” (HEIDEGGER, 2011, p. 237). A mulher não encontra a partir de si mesma alicerce seguro e se apoia nos outros entes que lhe vem ao encontro no mundo por meio do acompanhamento gestacional, embora anuncie que “decidiu engravidar mesmo sabendo do risco, que o desejo de gestar era mais forte que o medo” ou ainda que “evitava a gestação por que o médico disse que forçava a válvula mecânica”.

Depreende-se destes existenciais - *falatório e curiosidade* - sua conjugação em arrastamento recíproco. A *falação* sobre o quão foi arriscado engravidar sendo portadora de cardiopatia planejando ou evitando a gestação a conduziu *curiosa* para o que deveria buscar, perguntar, se informar, ler.

Impessoalmente,

“o compreender da presença não vê a si mesmo em seus projetos, no tocante às possibilidades ontológicas autênticas. A presença é está sempre por aí de modo ambíguo, ou seja, por aí na abertura pública da convivência, onde a falação mais intensa e a curiosidade mais aguda controlam o negócio, onde cotidianamente tudo, e no fundo, nada acontece” (HEIDEGGER, 2011, p. 239).

Sendo no modo da *ambigüidade*, o *ser-á-mulher-que-gestou-sendo-portadora-de-cardiopatia* pensa que compreendeu o risco quando no fundo não o fez, tanto que planejou. Pensa que não compreendeu, quando no fundo já o tinha feito, tanto que se surpreendeu ao se descobrir grávida. Ao planejar não o fez a partir de suas possibilidades, mas do que já estava pronto e determinado *tradicionalmente* para mulheres cardiopatas pelas estatísticas de morbimortalidade materna por causas obstétricas indiretas, pelas ocorrências mórbidas em gestações anteriores, pelo que ouviu outras gestantes falarem e até mesmo pelo controle médico por meio do acompanhamento ambulatorial do distúrbio cardiológico. Estas questões ditavam para ela e por ela a possibilidade do não e do sim.

Para Heidegger (2011, p. 239), “a convivência no impessoal não é de forma alguma uma justaposição acabada e indiferente, mas um prestar atenção uns nos outros, de modo ambíguo e tenso. Trata-se de um escutar uns aos outros secretamente”.

Entretanto, cabe ressaltar que a mulher não se mostrou no *falatório*, *curiosidade* e *ambigüidade* intencionalmente deturpando ou distorcendo o que compreendeu a partir da *publicidade* da gestação de risco. Ela se movimentou existencialmente assim por serem estes os modos que vigoram na convivência *mundana* e que a assegura, pois ‘todas’ fazem assim como ela estava fazendo. Portanto, a *impessoalidade* confere na *aparência* um *parecer* de que foi a participante que decidiu ou evitou a partir de seu próprio pensar quando em realidade isto já se encontrava ditado *publicamente*.

Apesar dessa *aparência* e do *parecer* que anunciam a *impropriedade* trazerem uma conotação de que sendo-gestante-portadora-de-cardiopatia esteve “fora de si mesma”, a mulher *apareceu* em suas possibilidades de “poder-ser-no-mundo [...] pertencentes à presença que, sendo, está em jogo o seu próprio ser, o estar-lançado no qual a facticidade se deixa e faz ver fenomenalmente. A presença existe faticamente” (HEIDEGGER, 2011, p.244).

Em paralelo à *facticidade* de ser portadora de cardiopatia, em determinado momento de sua vida *ek-sistiu* sendo-gestante-portadora-de-cardiopatia e se abriu em seu *pré* para a vivência/vivido da gravidez de risco por meio do *falatório*, *curiosidade* e *ambigüidade*. Estes fenômenos desvelam um modo fundamental do *ser-á* na *cotidianidade* – a *decadência* que mobilizou a mulher na *tentação*, *tranqüilidade*, *alienação* e *aprisionamento*.

Em face disto, o *ser-á-mulher* empenhou-se na convivência com os entes que vieram ao seu encontro prontos a lhe conferir a segurança de que necessitava para gestar. Assim, ainda que “demorando para conseguir uma vaga, não tendo um médico certo, mesmo com os médicos falando que ainda tem uma coisa que não melhorou, ficando sozinha nas internações

e tendo de vir três vezes na semana” sentiu-se segura **com a rotina de acompanhamento pré-natal**.

Sendo na *decadência* movimentou-se *tentada* a constantemente decair no mundo repetindo as informações dos profissionais, compreendendo os discursos destes a partir da *publicidade* e detalhando tecnicamente o que lhe foi transmitido, retomando a *falação* “de maneira que esse ser-para conservou o modo de uma oscilação sem solidez [...] a pretensão do impessoal de nutrir e dirigir toda vida autêntica *tranqüiliza* a presença, assegurando que tudo está em ordem e que todas as portas estão abertas” (HEIDEGGER, 2011, p. 243).

Na medida em que a mulher iniciou o pré-natal na instituição de referência para risco materno *tranquilizou-se*, posto que “eles fazem de tudo, qualquer exame; tem obstetra, cardiologista, nutricionista, psicólogo; eles cercam de todos os lados e os cuidados de acordo com o que a gente conhece, pesquisa e procura saber, está sendo bem de acordo mesmo com a gestação de risco como eles dizem”.

Para Heidegger (2011) a *tranquilidade* como característica ontológica da *decadência* movimenta constantemente o *ser-aí de-caído* no mundo por empenhar-se na convivência e extrair desta o *ser-no-mundo* a partir do que todos são. *Tentada* e *tranqüila*, a mulher transferiu a responsabilidade do acompanhamento gestacional para o hospital e buscou o conforto proporcionado por algo já determinado, pronto, acabado e até explicado pelos profissionais durante as consultas e palestras.

Deste modo *alienou-se* convicta de que “informam bastante a gente; a enfermeira explica direitinho; o médico explicou com mais precisão” e pretensamente segura em um “esclarecimento verdadeiro e total da presença a seu próprio respeito” (HEIDEGGER, 2011, p. 242).

Uma vez *tentada* a interpretar e acreditar como universal tudo de todos, a *presença alienada* vela para si possibilidades de compreensão a partir de si mesma mantendo-se na *impropriedade, aprisionada* (Heidegger, 2011). Neste modo de ser *decadente*, o *ser-aí-mulher* mostrou-se *presa* aos discursos e ditames alheios, aos acordos firmados para interná-la, monitorá-la e liberá-la para casa, ao Sistema que tudo oferece e que tem “até ambulância disponível”.

A *aparente* segurança em que se encontrava desvelou-se como *medianidade* na convivência determinada pela constância com que “ia e vinha” do acompanhamento no mundo de cuidados com a gravidez de risco e pela conveniência de ser “acompanhada semanalmente para não precisar internar”. O apoio institucional como *público apareceu* para

a mulher como *nivelamento* de suas *possibilidades de ser*, por não “ter construído um relacionamento especial e originário com o ser das ‘coisas’ [...] visto ser insensível e contra todas as diferenças de nível e autenticidade”. Depreende-se disto que o *ser-aí-mulher-que-gestou-sendo-portadora-de-cardiopatia* tornou-se “visível como *ser-no-mundo* em sua *cotiduidade e medianidade*” (HEIDEGGER, 2011, p. 184-185).

Em seu *mundo circundante* - o qual fez vir ao encontro a partir da facticidade de ser-aí-mulher-portadora-de-cardiopatia – desvelou-se o modo de ser cotidiano da *ocupação* em que lida com o risco de gestar, uma vez que em sua compreensão é a cardiopatia que atrapalha a gestação diferentemente da *tradição* a qual considera mais grave e arriscado engravidar sendo cardíaca.

O modo fundamental em que se *projetou no mundo* (na *ocupação* do acompanhamento pré-natal) possibilitou à mulher o encontro com os entes que se manifestaram *junto-a* ela. Sendo assim *ocupou-se junto ao* encaminhamento à instituição de porte para o risco gestacional, *junto às* consultas com diversos profissionais, *junto aos* medicamentos mantidos, introduzidos ou suspensos para a cardiopatia, *junto aos* exames e junto às internações, “no ir e vir”. Como *entes intramundanos* estes *instrumentos ou utensílios* não possuem um *ser* dotado do *ser* da *presença*, porém perfazem-se *ser-para junto às presenças* que os utilizam na *manualidade* que caracteriza a relação estabelecida entre estes.

Para Heidegger (2011, p. 116),

Rigorosamente um instrumento nunca é. O instrumento só pode ser o que é num todo instrumental, que sempre pertence a seu ser. Em sua essência todo instrumento é algo para. Os diversos modos de ser-para como serventia, contribuição, aplicabilidade, manuseio constituem uma totalidade instrumental. Na estrutura ser-para acha-se uma referência de algo para algo.

Ainda segundo o filósofo, “é a partir da significância aberta no compreender de mundo, que o ser da ocupação com o manual se dá a compreender, qualquer que seja a conjuntura que possa estabelecer com o que lhe vem ao encontro” (HEIDEGGER, 2011, p. 209).

Esta *totalidade instrumental* não se constituiu para a gestante de modo teorizante, mas na sua lida ao longo do acompanhamento institucional na medida em que este serviu para, contribuiu com e aplicou-se à gestação de risco. Deste modo, foi lidando com encaminhamentos para especialistas, consultas médicas e de enfermagem, exames, aparelhos de CTG, palestras, medicamentos e demais entes *intramundanos* que seu *mundo circundante* foi sendo apreendido, compreendido e interpretado por ela. Isto implica dizer que ela já

possuía uma *pré-compreensão* acerca disto possibilitado pela *circunvisão*, a qual dirigia na *ocupação* sua visão para o encontro com os entes, pois o “que está à mão surge expressamente na visão que compreende” (HEIDEGGER, 2011, p. 209).

Com os *utensílios* a mulher se *ocupou* na *manualidade* da gestação de risco por doença cardíaca, sendo por meio desta *ocupação* que as demais *pré-senças* do *mundo circundante* se aproximaram, desvelando-se o sentido de *ser-com*.

No mundo compartilhado em que se movimentou existencialmente estabeleceu relações de *preocupação* com os demais *seres-aí*, a saber, familiares, amigos, filhos e profissionais, os quais com ela também se *preocuparam*. Para Heidegger (2011, p. 177), “o ente com o qual a presença se relaciona enquanto ser-com também não possui o modo de ser do instrumento à mão, pois ele mesmo é presença. Desse ente não se ocupa, com ele se preocupa”.

Co-presentes, **familiares preocupados pela questão do coração** e demais amigos se relacionam por vezes nos modos de *preocupação deficiente*, os quais caracterizam o “ser por um outro, contra um outro, sem os outros, o passar ao lado um do outro, o não sentir-se tocado pelos outros” (HEIDEGGER, 2011, p. 178). Na convivência *mediana sendo-com* a gestante portadora de cardiopatia caracterizou-se a indiferença e estranheza expressas por “tem gente que fica com receio de sair por eu ter problema de coração; ficaram; tanto fez como tanto faz, eu acho que pra minha família, eu nem tenho mais esse problema; até hoje eu acho que ele (marido) não sabe o que é; aquela cobrança: nossa, você tá grávida de novo, você não se cuidou?”.

De outro modo, houve familiares e amigos que se mostram nos modos positivos de *preocupação* desvelando-se a *solicitude substitutiva*. Assim, retiram o cuidado da mulher e tomam-lhe o lugar nas ocupações fazendo por ela ao invés de com ela: “ele temia muito, tanto ele: não, é melhor não, vamos deixar isso pra lá, é perigoso”; minha mãe teve que ficar com minha filha, meu esposo teve que mudar a rotina dele todinha; o pai da criança ta me acompanhando direitinho”.

Neste modo de se *preocupar*, Heidegger (2011, p. 178) adverte que:

[...] O outro pode tornar-se dependente e dominado mesmo que esse domínio seja silencioso e permaneça encoberto para o dominado. Essa preocupação substitutiva que retira do outro o cuidado determina a convivência recíproca em larga escala, e na maior parte das vezes, diz respeito à ocupação do manual.

Contudo, em outros momentos alguns familiares preocuparam-se de modo *liberador*, *saltando antecipadamente à possibilidade existencial* do *ser-aí-mulher*, “não para retirar-lhes

o cuidado, mas sim para devolvê-lo como tal” (HEIDEGGER, 2011, p. 178): “minha sogra tá sempre aqui comigo também, me ajudando assim emocionalmente; meu esposo abriu mão de muita coisa pra poder tá comigo, me acompanhou do início ao fim da gestação; a minha família apoiou muito a minha decisão”. A *solicitude liberadora* como *cura*, desvela os seres-*aí preocupados* uns com os outros de modo a torná-los livres em suas próprias escolhas e possibilidades de ser.

Ao *ser-aí-com-os-filhos-mais-velhos* a mulher também se *preocupou* no modo da *solicitude substitutiva* posto que contou com outros *entes mundanos* e *intramundanos* para fazer por ela no impedimento em que se encontrava por motivo do acompanhamento do ciclo gravídico puerperal. Isto também se deu ao *ser-aí-com-o-bebê* em que **ficou preocupada e pediu ao médico para dar prioridade em salvá-lo**, pedindo aos médicos para optarem por salvar a vida do filho em detrimento de sua vida, porém o fazia a partir do *fatalório*, do *impessoal*: “eu quero que a prioridade seja meu filho; eu falei pra médica que se acontecesse alguma coisa comigo na hora do parto, salva a minha filha; não interrompeu, eu fui pedindo para eles não tirar; por que eu sei que o que acontece comigo, acontece com o meu neném, aí eu tento levar da melhor maneira possível”.

Na relação estabelecida com os profissionais médicos repetiu-se o fenômeno da *preocupação deficiente* denotando a indiferença destes para com a gestante, uma vez que se compreendeu **cobrada pelos médicos por engravidar**. O foco da atenção profissional cardiológica e obstétrica foi centrado no risco gestacional por cardiopatia e não no *ser-em-si*. Desde que souberam da gravidez por intermédio da paciente estes profissionais mostraram-se *ocupados* na *manualidade* que vigora no cotidiano assistencialista velando as possibilidades do *ser-aí-mulher-que-gestou-sendo-portadora-de-cardiopatia*.

Para Heidegger (2011, p. 180-181), “a partir da ocupação e do que nela se compreende é que se pode entender a ocupação da preocupação. O outro se descobre assim e antes de tudo, na preocupação das ocupações”.

Neste sentido a *circunvisão* dos profissionais se direcionou aos *instrumentos e utensílios* impostos por protocolos de seguimento das gestações de risco, dispondo sobre as possibilidades de esta gestar ou não. Ocupam-se com a gestante sob sua *tutela* como se esta fosse ente simplesmente dado: “agora que você tá no tratamento, você vai engravidar?; você não vai fazer a manobra, eu preciso de um exame que comprove que você tem isso; você é doida, um coração deste tamanho ficar grávida?; se você engravidar, engravida até os 40, depois você não tenta mais não; o médico falava que teria que eu tinha risco de vida, que teria

que interromper; o que eu posso fazer é suspender todos os seus remédios; você sabia que não podia engravidar; você tem problema de coração, é celíaca, para que engravidou?”.

Nesta convivência com a gestante, os profissionais se mostraram como *ser-com* “desconsiderado que conta os outros sem levá-los em conta seriamente, sem ter algo a ver com eles” (HEIDEGGER, 2011, p. 182).

Movidos pela *técnica* como interpelação provocativa que se sobrepõe ao *ser*, os profissionais tomam a *causa efficiens* como meio e fim para alcançar melhores resultados na perspectiva do cuidado pretendido pela *tradição* obstétrica à gestação de risco. Por meio desta detiveram o domínio técnico sobre o controle medicamentoso, laboratorial, imagenológico, cirúrgico, de interrupção da gravidez, de decisão sobre indução do parto e via do mesmo, secundando a mulher às tecnologias. Isto por que “este querer dominar torna-se tanto mais urgente quanto mais a técnica ameaça a escapar do controle do homem” (HEIDEGGER, 2012, p.12; HEIDEGGER, 2007).

Diferentemente da *interpelação provocativa* a *interpelação produtora* mostrou-se como modo de ser da técnica empregada pela equipe de enfermagem. Na compreensão do *ser-aí-mulher*, as enfermeiras e a equipe oferecem “mais segurança, pergunta sobre você, te acolhem melhor, conversam, explicam direitinho”. Com isso, aproximaram-se da *técnica* “consulta de enfermagem, sinais vitais, aparelhinho do CTG para ausculta” em sua essência como *interpelação produtora*, disponibilizando os meios-para sem desmembrá-los do *ser* (HEIDEGGER, 2012; ; HEIDEGGER, 2007).

Em paralelo, estando lançada e sendo-no-mundo-de-cuidados-com-a-gravidez a mulher se dispôs em seu *pré* afinada em um humor compreendido por ela como medo, **tendo sentido medo de morrer no parto... sabendo que o cardiologista dá o parecer, mas o obstetra decide a via de parto.** Na analítica Heideggeriana o medo pode ser considerado a partir do “*de que se teme – o amedrontador*, possuindo o caráter de *ameaça* como *prejudicial*, o qual “não se acha ainda numa proximidade dominável, ele se aproxima” (HEIDEGGER, 2011, p. 200).

Em sua compreensão, desde a descoberta da gravidez e permeando o cotidiano gestacional até o momento do parto encontrava-se a proximidade da morte pelo “risco de vida” de gestar sendo portadora de cardiopatia. Este risco *amedrontador*, *tradicionalmente* apontado como risco gestacional deve ser re-considerado e re-classificado pelos profissionais a cada consulta médica, a cada resultado de exames, a cada internação decorrente de complicações.

De início o risco de vida como *prejudicial* “traz consigo a possibilidade desvelada de ausentar-se e passar ao largo, o que não diminui nem resolve o medo, ao contrário, o constitui”. Ao descobrir a gestação ficou desesperada, pensou que não fosse suportar, teve medo de morrer e cogitou abortar. Estar em risco de vida configurou-se como: *ameaça* de ser-gestante-portadora-de-cardiopatia e estar junto ao acompanhamento gestacional na instituição de referência ora se aproximando do *ameaçador* quando das internações, ora se afastando de um risco aumentado e surpreendendo-se com os sinais e sintomas, resultados e espaçamentos entre consultas (HEIDEGGER, 2011, p. 200).

Corroborar com esta interpretação a menção de Heidegger de que o medo “[...] confunde e faz perder a cabeça. O medo vela ao mesmo tempo o estar e ser-em perigo, já que deixa ver o perigo a ponto de a presença precisar se recompor depois que ele passa” (HEIDEGGER, 2011, p. 201).

Por outro lado os familiares também se movimentaram na *medrosidade* no lugar da mulher que ciente do risco optou engravidar. Assim, sentiram-se amedrontados em ser-com-ela-que-poderia-morrer.

Ao aproximar-se do momento do parto a mulher compreende que seu medo aumentou a ponto “da medicação não estar segurando mais”. Novamente sustenta-se a interpretação no risco de vida implicado pela classificação do risco gestacional, o qual a ciência objetiva denota aumentar no parto pelas possíveis complicações hemodinâmicas de origem cardiológica.

Esta *falação* também é a de outras parturientes portadoras ou não de cardiopatia que com ela conversaram. A mulher movimentou-se então neste *falatório*: “deu ter ataque cardíaco na hora, uma parada cardíaca que diz que a pressão sobe; eu tenho medo de ter uma hemorragia, o coração não suportar, parar de bater; medo de morrer, medo da pressão aumentar; medo da anestesia de morrer sufocada; eu já sabia que corria o risco na hora do parto o coração acelerar”. E temeu mais o momento do parto, temeu **morrer no parto**.

Ao retomar os existenciais do *ser-aí-mulher* o medo desvela-se na dimensão ontológica como *temor* nas possibilidades de ser do ter medo. Heidegger (2011, p. 202) denomina tais possibilidades em suas variações como *pavor*, *horror* e *terror*, que podem se apresentar em função de que “a aproximação na proximidade pertence à estrutura de encontro daquilo que ameaça”. A distinção para constituição destes modos é interpretada em face da proximidade da ameaça e do caráter súbito em que essa ocorre.

Deste modo, o medo se torna *pavor* em função da situação que se apresenta como ameaça, ser conhecida ou familiar e chegar de modo súbito para o *Dasein*. Entretanto, quando o que ameaça se aproxima e não detém um caráter de familiaridade o medo se transforma em *horror*. Pode ainda o que ameaça ter o súbito e a familiaridade do *pavor* conjugados com o não familiar do *horror* e, em se revelando ao mesmo tempo, o medo transformar-se existencialmente em *terror* (HEIDEGGER, 2011).

Na facticidade de ser cardiopata a classificação da gravidez de risco já era algo familiar, pois possuía o vivido de outras gestações também de risco, lia a respeito do quão era arriscado engravidar sendo cardíaca e *con-viveu* no mundo público com outras gestantes.

O risco de vida configurou-se como ameaça em seu “na verdade ainda não, mas a qualquer momento sim” e subitamente desde que se descobriu grávida abateu-se sobre a mulher, transformando o medo em *pavor* (HEIDEGGER, 2011, p. 202).

Todavia, no tocante ao mesmo risco e ao se aproximar do momento do parto compreende-se no *horror*, uma vez que desconhece como será o parto pelo prisma da gestação atual e **sabe que o cardiologista dá o parecer, mas o obstetra decide a via de parto**. Não havia vivenciado outros partos com a classificação do risco gestacional atual e em algumas situações nem mesmo a via, a indução do parto, o trabalho de parto, o local de parição (centro cirúrgico ou sala de parto) e a equipe de profissionais eram conhecidos. Ao experimentar o *pavor* e o *horror* na ameaça da morte pelo risco de vida que corria, o medo tornou-se *terror*, pois o risco pavoroso e o desconhecimento que envolvia o parto horroroso poderiam transformar-se em morte terrorosa. Assim, a mulher esteve sob o *amedrontador* medo da morte durante toda a gestação e parto.

Sendo a morte a possibilidade mais própria da presença, o *ser-aí-mulher* desvelou-se *impessoalmente* neste *aí* esquivando-se pelo medo. O *ser-para-o-fim* que a presença conhece onticamente pela finitude alheia “torna-se fenomenalmente mais claro como ser para essa possibilidade privilegiada da presença”, *ser-para-a-morte*. Do mesmo modo que a mulher esteve sob o risco de em seu ainda-não, também já era seu fim, porquanto a “morte é um modo de ser que a presença assume no momento em que é” (HEIDEGGER, 2011, p. 320, 326).

Em seu *poder-ser-no-mundo* se angustiou impropriamente com a possibilidade do fim de sua existência velando-se para *ser-própria*. Sente-se nova para morrer, não quer abandonar os filhos para a morte e pede a Deus para salvá-la. Nestes momentos os profissionais nada podem garantir além de suas possibilidades *decadentes* ao afirmarem que “você pode fazer

arritmia, mas parada é mais difícil; não vai acontecer nada com você por que seu parto vai ser induzido, se você confia em Deus é o momento de você orar”.

Em Heidegger (2011, p. 333):

A presença cotidiana encobre na maior parte das vezes a possibilidade mais própria, irremissível e insuperável de seu ser. Essa tendência fática de encobrimento confirma a seguinte tese: como fática, a presença está na não verdade. Em consequência a certeza inerente do ser-para-a-morte só pode ser um ter-por-verdadeiro inadequado [...]. A certeza inadequada mantém encoberto aquilo de que está certa.

Apesar de movimentar-se *impessoalmente* no tocante à morte, foi por meio desta que se anunciou a *angústia* no desvio da *decadência* - ainda que em momentos fugazes - em que teve **mais vontade de viver e de cuidar mais de si**. Nestes momentos compreendeu-se sendo “propriamente si-mesma na singularidade originária da decisão silenciosa pronta a angustiar-se” (HEIDEGGER, 2011, p. 252).

Para Heidegger, a *angústia* se manifesta como a possibilidade radical do *Dasein* representando o nada de que este se desvia na medida em que está *lançado no mundo* em um contínuo *ocupar-se junto às coisas, preocupar-se com os outros e consigo mesmo*.

Na presença, a angústia revela o ser para o poder-ser mais próprio, ou seja, o ser-livre para a liberdade de escolher e acolher si mesma. A angústia arrasta a presença para o ser-livre para a propriedade de seu ser enquanto possibilidade de ser aquilo que já sempre é (HEIDEGGER, 2011, p. 254).

Como *projeto o ser-aí-mulher-que-gestou-sendo-portadora-de-cardiopatía* re-pensa e valoriza sua vida, admitiu até ter mais atenção consigo e se cuidar mais física e emocionalmente durante e após a gestação. Entretanto, mediante o espanto e estranheza de estar diante de si, *de-cai* ao admitir que este cuidado se dá **por que o problema continua o mesmo**, por que Deus lhes deu uma segunda chance, por que agora tem o filho para cuidar.

Assim, a mulher retoma seu movimento existencial a partir da *publicidade* de *ser-aí-mulher-portadora-de-cardiopatía tentada* a adotar hábitos alimentares mais saudáveis e a seguir o tratamento para a doença cardíaca tomando o remédio direitinho. Repete expressões *mundanas* como oportunidade de ser mãe, dar mais valor à vida, renascimento e amor incondicional “preparando para si mesma a tentação constante de de-cair” na *falação* pronta e aceita pelo *público* no *impessoal* (HEIDEGGER, 2011, p. 242).

Tranquila, afirma que escolheu não ter mais filhos, que **chegou ao limite** e que se Deus ajudar, até pretende adotar um dia. Movendo-se ativa para “promoções desenfreadas”, *aliena-se* buscando o planejamento familiar que o sistema de saúde oferece e comparece *curiosa* às

palestras, preenchendo os papéis para **fazer a ligadura**. Deste modo, *aprisiona-se* na *impropriedade* que entrega à *pré-sença* um modo de não ser si mesmo, posto que continua em risco reprodutivo sob os limites da *tradição* obstétrica.

Compreende-se, portanto que “no silêncio o ser-si-mesmo em sentido próprio justamente não diz eu-eu, por que na silenciosidade ele é o ente-lançado que como tal ele propriamente pode ser” (HEIDEGGER, 2011, p. 407).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A episteme produzida alcançou resposta ao objetivo de desvelamento dos sentidos por meio da descrição e interpretação dos modos de ser da mulher que vivenciou a gravidez sendo portadora de cardiopatia. Entretanto, há que se avançar em torno de como os sentidos desvelados contribuem para o cuidado em saúde da mulher.

Em face disto, cumpre-se retomar que como *ser-aí-que-gestou-sendo-portadora-de-cardiopatia*, a mulher se movimentou existencialmente de modo *impessoal, impróprio e inautêntico* movida pela *publicidade do cotidiano* da gestação de risco. Sua compreensão *mediana* revelou-se por meio do *fatalório, curiosidade e ambiguidade* de modo *disperso e impermanente* conduzindo-a a *decadência*. *Sendo-no-mundo compartilhado e circundado* por familiares, conhecidos, profissionais de saúde e por seu bebê foi na *ocupação* e na *manualidade* dirigida aos e pelos *instrumentos, sendo-com deficiente* e experimentando uma *solicitude substitutiva* expressa pela *técnica provocadora*. *Angustiou-se imprópriamente* na disposição de *ser-para-a-morte* e *temeu* nos modos *pavor, horror e terror*. Por vezes fugazes, anunciou-se como *ser de possibilidades* para tão logo em seguida *de-cair tentada, tranquila, alienada e aprisionada*.

Tal compreensão a partir da fenomenologia Heideggeriana implica em refletir acerca da insuficiência do acompanhamento do ciclo gravídico puerperal na rede de cuidados às gestantes de risco. Esta insuficiência não se reporta ao número de consultas, tipos de exames, equipes multiprofissionais disponibilizadas e segurança que a instituição de referência proporciona em face da classificação do risco materno. Mas sim à integralidade da atenção em saúde cujos valores se dirigem para além do escopo biológico, permitindo à mulher que se revele como sujeito do seu próprio cuidado, protagonista consciente de suas decisões de planejar ou evitar a gravidez. Pelo oposto mostrou-se no modo *decadente* ao se sentir apoiada por um Sistema *aparentemente* eficaz por se conceber pronto, protocolar e guiado majoritariamente por evidências das ciências naturais não atinentes a evidenciar a singularidade do ser do humano.

Sabe-se que o Brasil avança na redução da morte materna em cumprimento ao quinto objetivo para o desenvolvimento do milênio, ainda que ao longo destes 15 anos não se tenha alcançado a meta estabelecida – redução da RMM em $\frac{3}{4}$. A área programática não mediu esforços em torno de políticas, programas e capacitações profissionais, além de investimentos na área de tecnologia da informação. Os resultados de pesquisas a partir destes dados, embora

colaborem para fundamentar os modelos tecno-assistenciais *parecendo* reduzir complicações e mortes maternas, *aparecem* lacunares na presente tese. Bem como na contramão do princípio citado, a integralidade da atenção em saúde, pois generalizam os cuidados prescritivamente para todas as grávidas cardiopatas, silenciando o *Ser* e reduzindo-o ao *ente* que aceita e repete superficialmente o que lhe foi *im*-posto.

A imposição que a mulher mostrou como *falatório, curiosidade, ambiguidade e decadência* originou-se do modo de acesso ao sistema de saúde e dos modos de ser dos profissionais que com ela estiveram (da in-visibilidade do *ser* no mundo público). Não obstante sua satisfação com o acompanhamento do ciclo gravídico puerperal faz-se necessário re-pensar que na *facticidade* de ser cardiopata, a mulher está em risco reprodutivo durante o período de vida fértil.

Deste modo não bastam “palestras e ligadura” oferecidos pela atenção terciária sob o rótulo “Planejamento Familiar”, mas, sobretudo a possibilidade de cuidado em rede de referências e contra referências para além do planejamento em um único lócus, pois ainda que este esteja sendo seguido pela mulher na perspectiva de evitar a gestação, a gravidez pode ocorrer em qualquer momento.

Em engravidando para seu espanto e estranheza do mundo circundante, a detecção precoce do risco, o encaminhamento para a instituição e a continuidade do acompanhamento pelos níveis de atenção em saúde devem se dar o mais proficuamente e em conformidade com o que as políticas vigentes propõem. Nesta prerrogativa, questiona-se o percurso da mulher nas linhas de cuidado considerando o menor intervalo interpartal das participantes em média de oito anos, além do conhecimento prévio da cardiopatia em todas as gestações.

Tendo-se em vista que pela doença cardíaca muitas mulheres não podem fazer uso de contraceptivos orais, reforça-se a importância da garantia de acesso a outros métodos e a busca ativa das mulheres *dispersas* do e no sistema de saúde. Tal dispersão pode estar atrelada à cronologia estabelecida pela Rede Cegonha de acompanhamento por dois anos após o nascimento somente ao bebê e não à mulher. Reforça-se que esta (im)permanência limitada e circunscrita à criança ratifica a *impessoalidade* como *modo de ser* em que cardiopatas em idade fértil se *nivelam* em números de atendimentos, consultas e procedimentos obedecendo a uma lógica biomédica que obscurece possibilidades de cuidados a partir do *ser* em situação de risco.

O des-locamento na rede se difere do deslocamento em rede contemplado pelas acepções de vínculo, acolhimento, responsabilização e práticas de saúde integralizadas. Para

além da equipe multiprofissional e da equipe de enfermagem que se *ocupam junto* à gestante por intermédio de *instrumentos* e *utensílios* faz-se necessário uma linearidade de concepções em torno dos princípios humanísticos e de humanização, valorizando a fala da mulher mediante escuta atenta, os quais permitirão um cuidado *autêntico* por meio da abertura do *ser*, centrado em suas necessidades e em articulação com as dimensões ôntica e ontológica.

Neste contexto os profissionais se mostraram pelas facetas das participantes em revés, no modo de *solicitude substitutiva* priorizando a *interpelação provocativa* - sentidos que velaram o *cuidado de si* da mulher que permanecerá após a gestação, parto e puerpério como *ser-aí-mulher-portadora-de-cardiopatia*. Esta susceptibilidade requer menção e aproximação à vulnerabilidade a que está sujeita em nível individual, programático e social.

No âmbito individual, embora informada e orientada pelos profissionais quanto aos riscos de gestar e de todas as repercussões da gravidez atual, permaneceu no *falatório* com dificuldades para incorporar os conhecimentos transmitidos ao seu cotidiano, dada a permanência de dúvidas, incertezas e *temor*. Tornou-se então mais vulnerável na perspectiva de transformação efetiva da sua realidade a partir de si e não do “problema que continua o mesmo”, tanto que *de-caiu* no *impessoal* limitador da doença de base, sem se ver como *ser de possibilidades*.

Em nível programático a vulnerabilidade presentificou-se face às estatísticas que revelam taxas elevadas e crescentes de morbimortalidade por doenças cardíacas e aos menores intervalos interpartais das participantes do estudo. Apesar da interface do Plano de Ações para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis junto à Rede Cegonha no acompanhamento da nutrição, controle de hipertensão e glicemia da gestante, estes procedimentos se mostram tecnicamente insuficientes, reducionistas e limitantes, sendo pouco democráticos diante dos recursos que as mulheres portadoras de cardiopatia necessitam para não se exporem a maiores agravos.

Neste sentido, se por um lado o desmembramento de áreas programáticas facilita a gestão macropolítica, por outro fragmenta sobremaneira a atenção em saúde dificultando a sintonia intra e interinstitucional frente à demanda social. Ora a atenção à saúde desta mulher se concentra em questões obstétricas, ora na detecção precoce do câncer de colo do útero e mama e em outros momentos às doenças crônicas.

Em vista disso, ainda que a instituição referência para o risco materno receba e acompanhe a gestante, assegure consultas com diversos profissionais e em alguns casos absorva a mulher e seu filho em um *continuum* de cuidados após o ciclo gravídico puerperal,

não se pode garantir que outras mulheres estarão sob a mesma vigilância e proteção, o que implica pensar sobre a vulnerabilidade social a que estão expostas.

Embora se reconheça que em nível secundário a mulher portadora de cardiopatia é acompanhada de modo permanente por especialistas como cardiologista, endocrinologista entre outros, o vínculo maior em termos sistemáticos deve ser com a “porta de entrada”. Todavia, a frequência aumentada de comparecimento ao nível primário não oferece garantia de neste momento a mulher ter abertura para dialogar com o profissional sobre questões relativas a como realmente evitar uma nova gravidez.

Assim, encontram-se mais vulneráveis quanto menos puderem se expressar livremente acerca de seus desejos e decisões de serem mães, quer de modo natural ou por meio da adoção. Neste plano, apesar do manejo clínico atender à instância ôntica concernente aos aspectos fisiopatológicos implicados ao risco de gestar, o movimento existencial das participantes apontou que a equipe de saúde pode também considerar o cuidado a partir da dimensão ontológica construindo-o com cada uma delas.

Destarte, o prenúncio desta tese anuncia-se como evidência de que a compreensão da vivência/vivido de mulheres que gestaram sendo portadoras de cardiopatia contribui para o cuidado que transcende os aspectos biológicos em direção à integralidade em saúde da mulher.

Compreender as gestantes que engravidam e gestam sob risco em seu *ek-sistir* pode viabilizar ações de cuidado pautadas na *autenticidade* motivada pela disposição de maior proximidade entre o *ser-que-cuida* e o *ser-de-quem-se-cuida*. Este modo de ser autêntico se mostra inerente aos princípios do SUS e pertinente às Políticas de Saúde da Mulher, além de corroborar com os fundamentos que identificam a Enfermagem como arte e ciência do cuidado nos liames pretendidos de sua formação.

Com isto não se discursa intencionando-se abrir mão da *técnica*, mas utilizá-la por meio da *interpelação produtora* a qual não se sobrepõe ao ser do humano favorecendo o processo de cuidar em saúde na condição de aliada. Para tal, há que se ampliar o olhar em torno da assistência no contexto do Planejamento Reprodutivo que requer considerações plurais advindas do *mundo da vida* das mulheres em seus determinantes sociais, ambientais e singulares.

Deste modo, o estudo se mostrou relevante por estar em conformidade com as prioridades de pesquisas do país pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde em seu item 8.1.4.3 intitulado “Mortalidade materna e fatores de vulnerabilidade” (BRASIL,

2008a). Por inserir-se como temática do “Cuidar em Enfermagem no Processo Saúde-Doença”, no eixo assistencial das linhas de pesquisa e prioridades de Enfermagem (CARVALHO, 2002) além de conferir um espaço de argumentação sobre o cuidado em saúde dispensado à gestante portadora de cardiopatia e em especial ao cenário de estudo, oferecendo uma re-visão dos conceitos que fundamentam a assistência a partir do biologicismo e iluminando as possibilidades de replicação do fenômeno de interesse em outros lócus investigativos.

Dar voz à mulher e ouvi-la impulsionou reflexões em torno do redirecionamento da atenção dos profissionais do sistema de saúde e contribuiu para a promoção da integralidade a partir da mudança na forma de olhar a mulher em situação de doença cardíaca e vislumbrá-la como um *ser de possibilidades*, sempre projetando a busca de um melhor *vir-a-ser*.

Nesta direção, destaca-se a aderência e aplicabilidade do referencial teórico-filosófico-metódico da fenomenologia Heideggeriana ao objeto desta tese, o qual possibilitou o desvelamento do vivido a partir do rigor científico de redução dos pressupostos e de perquirição do *quem* se mostrava em detrimento do *o que* se manifestou clinicamente. Esta perspectiva que parte da *tradição*, mas que a esta não se limita, revela-se em sua amplitude como metodologia coerente com a compreensão dos fenômenos que emergem das inquietações dos pesquisadores da área de saúde com enfoque no Ser.

REFERÊNCIAS

ACHÁ, R.E.S. Doença de Chagas. In: TEDOLDI, C.L et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para gravidez na mulher portadora de cardiopatia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93 (6 supl. 1), p. 140-142, 2009.

AGUIAR, M.I.F. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 66-75, out./dez. 2010.

ALMEIDA, I.S.; SOUZA, I.E.O. Gestação na adolescência com enfoque no casal: movimento existencial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 457-64, jul./set. 2011.

ALMEIDA, I.S.D. et al. O caminhar da enfermagem em fenomenologia: revisitando a produção acadêmica. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 695-699, set. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a30.htm>>. Acesso em: 16 fev. 2013.

ALVES, A.; MARQUES, I.R. Fatores relacionados ao risco de doença arterial coronariana entre estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 883-888, nov./dez. 2009.

AMORIM, T.V. et al. Cuidado Sistematizado em pré-operatório cardíaco segundo Jean Watson na perspectiva dos usuários e enfermeiros. In: 64º Congresso Brasileiro de Enfermagem. **Anais...** Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem, 2012. p. 1113.

AMORIM, T.V. et al. Emoções manifestas pelo ser-mulher-no-mundo após cirurgia cardíaca. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 268-273, abr./jun. 2012.

AMORIM, T.V. **Os sentidos do ser-aí-mulher-após-uma-cirurgia-cardíaca sustentados por Heidegger: implicações para o cuidado de enfermagem**. 2013. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da UFJF, Juiz de Fora, 2013.

AMORIM, T.V. et al. Sentidos do ser-áí-mulher-após-cirurgia-cardíaca à luz de Heidegger. **Revista Rene**, Fortaleza, v.14, n. 5, p. 988-995, nov./dez. 2013.

AMORIM, T.V. et al. Cuidado sistematizado em pré-operatório cardíaco: Teoria do Cuidado Transpessoal na perspectiva de enfermeiros e usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p.568-574, ago./set. 2014.

AMORIM, T.V.; SALIMENA, A.M.O.; SOUZA, I.E.O. Historicidade e historiografia: contribuição da entrevista fenomenológica para a enfermagem. **Cultura de los Cuidados**, Espanha, v.41, p. 71-81, jan./abr. 2015.

AMORIM, T.V. et al. Temporalidade da mulher após cirurgia cardíaca: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 6, no prelo. Nov./dez. 2015.

ARAÚJO, et al. Contribuições da filosofia para a pesquisa em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 388-394, abr./jun. 2012.

ÁVILA, W.S. Procedimentos cardiológicos na gravidez. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para gravidez na mulher portadora de cardiopatia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93 (6 supl. 1), p. 117-118, 2009.

AYRES, J.R.C.M. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.

AZEVEDO, D.V. et al. Percepções e sentimentos de gestantes e puérperas sobre a pré-eclâmpsia. **Revista Salud Pública**, Colômbia, v. 11, n. 3, p. 347-58, jun. 2009.

BAIRD, S.M., KENNEDY, B. Myocardial infarction in pregnancy. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 20, n. 4, p. 311-321, out./dez. 2006.

BARBASTEFANO, P.S., GIRIANELLI, V.R., VARGENS, O.M.C. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 708-714, dez. 2010.

BARROS, A.L.B.L.; LOPES, J.L. A legislação e a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 63-65, 2010.

BIRÓ, M.A. et al. Satisfaction with Team Midwifery Care for Low- and High-Risk Women: A Randomized Controlled Trial. **Birth**, Estados Unidos da América, v. 30, n. 1, p. 1-10, mar. 2003.

BLACK, K.D. Stress, Symptoms, Self-monitoring confidence, Well-being and Social support in the progression of preeclampsia/gestational hypertension. **Journal of obstetric gynecologic and neonatal nursing**, Estados Unidos da América, v. 36, n. 5, p. 419-429, set./out. 2007.

BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 83-94, jan.1994.

BOEMER, M.R. A fenomenologia do cuidar – Uma perspectiva de enfermagem. In: PEIXOTO, A.J.; HOLANDA, A.F. **Fenomenologia do cuidado e do cuidar: Perspectivas multidisciplinares**. Curitiba: Juruá; 2011. p. 61-66.

BORN, D. Cardiopatia congênita. In: TEDOLDI, C.L et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para gravidez na mulher portadora de cardiopatia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93 (6 supl. 1), p. 130-132, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 7498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em:

<<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86>>. Acesso em: 24 out 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 9263**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm>. Acesso em: 14 dez 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: normas e manuais técnicos/ 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde (DF), 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de **Ações Programáticas e Estratégicas. Assistência Pré-natal**: manual técnico/ 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde (DF), 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. 2000. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/Cartilha.htm>. Acesso em: 14 de set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 569, de 01 de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 570, de 01 de junho de 2000. **Institui o componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – incentivo a assistência pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 571, de 01 de junho de 2000. **Viabiliza a estruturação de Centrais de Regulação Obstétrica, a implantação de sistemas de atendimento móvel às gestantes, nas modalidades pré e inter-hospitalares e a capacitação de recursos humanos que irão operar estes dispositivos**. Brasília: 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 572, de 01 de junho de 2000. **Estabelece novos mecanismos de custeio da assistência ao parto que permitam o incremento da qualidade do acompanhamento integral e integrado da gestante durante o pré-natal, o parto, o puerpério e a adequada assistência ao recém-nascido.** Brasília: 2000d.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal,** 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo22.pdf> . Acesso em: 14 de set. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para Mulheres.** Brasília, 2005. 26p.

BRASIL, Ministério da Saúde. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/** 1. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde (DF), 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 399,** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos com Ênfase em Mortalidade Materna: Relatório Final /** 1. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde (DF), 2006c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna/** 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde (DF), 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.119, de 05 de junho de 2008. **Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos e dá outras providências**. Brasília: 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde** / 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde (DF), 2008a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para Mulheres**. Brasília, 2008c. 205p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de **Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**/ 1. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde (DF), 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília, 2009. 416p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf>. Acesso em: 8 set. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno** / 1. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde (DF), 2009a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Gestação de Alto Risco: manual técnico**/ 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde (DF), 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**/ 1. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde (DF), 2010a.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde Mortalidade, 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def>. Acesso em: 10 de out. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha**. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082. Acesso em: 28 de fev. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2488, de 21 de outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim 1/2012 – Mortalidade materna no Brasil**, 2012. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_-mortalidade-materna-no-%20%20brasil. Acesso em: 14 de set. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 24 out 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de **Ações Programáticas e Estratégicas**. **Gestação de Alto Risco**: manual técnico/ 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde (DF), 2012a.

BRIDGES EJ; WOMBLE S; WALLACE M; MCCARTNEY J. Hemodynamic monitoring in high-risk obstetrics patients, I. Expected hemodynamic changes in pregnancy. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, Columbia. v. 23, n. 4, p. 53-62, ago. 2003.

BROOTEN, D. et al. Women with High-Risk Pregnancies, Problems and APN Interventions. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianápolis, v. 39, n. 4, p. 349-357. 2007.

BUB, T.F. Profilaxias na gestação. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para gravidez na mulher portadora de cardiopatia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93 (6 supl. 1), p. 113-115, 2009.

CAETANO, L.C.; NETTO, L.; MANDUCA, J.N.L. Pregnancy after 35: a systematic review of the literature. **Revista mineira enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 4, p. 579-587, out./dez. 2011.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. Londrina: UEL. 1996. 133 p.

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

CARVALHO, A.S. **Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir. 1991. 93 p.

CARVALHO, C.M.L. et al. Assistência à saúde da mulher portadora de HIV/Aids no Brasil: refletindo sobre as políticas públicas. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 125-34, jul./set. 2008.

CARVALHO, V. Linhas de Pesquisa e Prioridades de Enfermagem – Proposta com distinção gnoseológica para o agrupamento da produção científica de pós-graduação em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 145-154, abr. 2002.

CAVALCANTE, M.S.; GUANABARA, E.M.; NADAI, C.M. Complicações maternas associadas à via de parto em gestantes cardiopatas em um hospital terciário de Fortaleza, CE. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 113-7, mar. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 223**, de 03 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico

puerperal. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999_4266.html>. Acesso em: 24 out 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358**, de 23 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portaldafenfermagem.com.br/legislacao_read.asp?id=337>. Acesso em: 07 jan 2014.

DOBBENGA-RHODES Y.A.; PRIVÉ A.M. Assessment and evaluation of the woman with cardiac disease during pregnancy. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 20, n. 4, p. 295-302, out./dez. 2006.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012.

DOURADO, V.G.; PELLOSO, S.M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 69-74, jan./mar. 2007.

DUNN, L.L., HANDLEY, M.C., SHELTON, M.M. Spiritual well-being, anxiety, and depression in antepartal women on bedrest. **Issues in Mental Health Nursing**, Tennessee, v. 28, p. 1235-1246, 2007.

FARIAS, M.C.A.D., NÓBREGA, M.M.L. Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: Estudo de caso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 59-67, dez. 2000.

FERREIRA, M.R. et al. Possibilidades de aplicação da fenomenologia Heideggeriana para a pesquisa em enfermagem: reflexão. In: **Seminário Internacional de Pesquisa e Educação em Enfermagem**. Bahia: UFBA, 2012.

FRANKLIN, W.J., BENTON, M.K., PAREKH, D.R. Cardiac disease in pregnancy. **Texas Heart Institute Journal**, Texas, v. 38, n. 2, p. 151-153, 2011.

GILES, T.R. **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo: EPU. 1989. 328p.

GODOY, S.R. et al. Percepção da causalidade e dos sinais de *near miss* atribuídos por mulheres sobreviventes. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 536-543, jul./set. 2008.

GOUVEIA, H.G.; LOPES, M.H.B.M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 175-182, mar./abr.2004.

GUPTON, A., HEAMAN, M., CHEUNG, L.W. Complicated and Uncomplicated Pregnancies: Women's Perception of Risk. **Journal of obstetric gynecologic and neonatal nursing**, Estados Unidos da América, v. 30, n. 2, p. 191-201, mar./abr. 2001.

HEIDEGGER, M. A questão da Técnica. São Paulo: Scientia Zudia. 2007.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes. 2011. 598 p.

HEIDEGGER, M. Ensaios e Conferências. Traduzido por: Emmanuel Carneiro Leão, Gilvan Fogel, Marcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes. 2012.

HEILBORN, M.L. et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 269-278, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2009001400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 03 jun. 2014.

HERCULANO, M.M.S. et al. Aplicação do processo de enfermagem a paciente com hipertensão gestacional fundamentada em Orem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 401-408, abr./jun. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (BRASIL). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero**: sumário executivo, programa nacional de controle do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2010. 40p.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. **Sexual rights: an IPPF declaration, abridged version**. Londres: IPPF, 2012. 20p.

KILPATRIK, K.; PURDEN, M. Using reflective nursing practice to improve care of women with congenital heart disease considering pregnancy. **American Journal of Maternal Child Nursing**. New York, v. 32, n. 3, p. 140-147, may./jun. 2007.

LAGE, E.M.; BARBOSA, A.S. Cardiopatias e gravidez. **Revista Femina**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 43-50, jan./fev. 2012.

LARA VÁSQUEZ, C., PULIDO ACUÑA G.P., CASTIBLANCO MONTAÑEZ, R.A. La fenomenologia para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. **Enfermería Global**, Murcia, v. 28, p. 295-305, out. 2012.

LOPES, R.L.M.; OLIVEIRA, I.E.; DAMASCENO, M.M. Divulgando a fenomenologia ontológico-hermenêutica de Martin Heidegger. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 1, n. 2, p. 53-56, jul./dez. 1996.

LUCCHESI, R.; VERA, I.; PEREIRA, W.R. As políticas públicas de saúde – SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 562-6, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a21.htm>, <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.11144>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

LYOTARD, J.F. **A fenomenologia**. Rio de Janeiro: Edições 70. 1999. 119 p.

MALTA, D.C.; SILVA JR., J.B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde do SUS**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, mar., 2013. Disponível em: < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-9742013000100016&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 14 dez. 2013.

MARTINS, M., MONTICELLI, M., BRÜGGEMANN, O.M., COSTA, R. A produção de conhecimento sobre Hipertensão gestacional na pós-graduação stricto sensu da enfermagem brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 802-808, 2012.

MELO, M.C.S.C. **Mulheres em risco familiar para câncer de mama: uma hermenêutica da prevenção secundária**. 2009. 172 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2009.

MORAES, J.L. et al. Prevalência de síndrome hipertensiva gestacional em maternidade de referência: estudo descritivo. **Online brazilian journal nursing**, Niterói, v. 9, n. 2, ago. 2010. Disponível em: < <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2971> >. Acesso em: 20 ago. 2013.

MOREIRA, R.C.; SALES, C.A. O cuidado de enfermagem para com o ser portador de pé diabético: um enfoque fenomenológico. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 896-903, dez. 2010.

MORRISON, J.C. et al. Frequency of nursing, physician and hospital interventions in women at risk for preterm delivery. **The Journal of Maternal–Fetal and Neonatal Medicine**, Inglaterra, v. 16, p. 102-105, 2004.

MU, P.F. Maternal role transition experiences of women hospitalized with PROM: a phenomenological study. **International Journal of Nursing Studies**. Inglaterra, v. 41, p. 825-832, nov. 2004.

MUSSI, F.C.; FERREIRA, S.L.; MENEZES, A.A.D. Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 170-178, jun. 2006.

NAGHAVI, M. et al. Global, regional and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality of 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**. Estados Unidos da América, v. 385, p. 117-171, jan. 2015.

NASCIMENTO, R.M. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 559-572, mar. 2012.

NERY, T.A.; TOCANTINS, F.R. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o significado da ação de assistir a gestante. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 87-92, jan./mar. 2006.

NORONHA, G.A., TORRES, T.G., KALE, P.L. Análise da sobrevivência infantil segundo características maternas, da gestação, do parto e do recém nascido na coorte de nascimento de 2005 no Município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 419-430, jul./set. 2012.

OLIVEIRA, M.H.N. et al. Fármacos cardiovasculares na gestação e amamentação. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para gravidez na mulher portadora de cardiopatia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93 (6 supl. 1), p. 120-126, 2009.

OLIVEIRA, V.J.; MADEIRA, A.M.F.; PENNA, C.M.M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 49-56, jan./mar.2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima Revisão (CID-10). 8ª ed. São Paulo: Edusp, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Trends in maternal mortality: 1990 to 2012**. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf. Acesso em: 10 fev. 2013.

PALMER D.G. Peripartum cardiomyopathy. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 20, n. 4, p. 324-332, out./dez. 2006.

PAULA, C.C. et al. Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 984-9. 2012.

PEDREIRA, L.C.; LOPES, R.L.M. Vivência do idoso dependente no domicílio: análise compreensiva a partir da historicidade heideggeriana. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 304-312, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.10313>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

PEIXOTO, A.J. A fenomenologia, a refundação filosófica e das ciências: uma perspectiva do cuidar. In: PEIXOTO, A.J.; HOLANDA, A.F. **Fenomenologia do cuidado e do cuidar: Perspectivas multidisciplinares**. Curitiba: Juruá; 2011. p. 49-60.

PIMENTA, A.M.; NAZARETH, J.V.; SOUZA, K.V.; PIMENTA, G.M. Programa “Casa das Gestantes”: perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 912-920, out./dez. 2010.

PRICE S., LAKE M., BREEN G., CARSON G., QUINN C., O’CONNOR T. The Spiritual Experience of High-Risk Pregnancy. **Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses**, Washington, v. 36, n. 1, p. 63-70, 2007.

QUEVEDO, M.P. **Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco**. 2010. 210 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

RENAUT, A. **O Indivíduo**. Rio de Janeiro: Difel, 1998.

RICHTER, M.S., PARKES, C., CHAW-KANT J. Listening to the Voices of hospitalized High-Risk Antepartum Patients. **Journal of obstetric gynecologic and neonatal nursing**, Estados Unidos da América, v. 36, n. 4, p. 313-318, jul./ago. 2007.

SAFRANSKI, R. **Heidegger: Um mestre da Alemanha entre o bem e o mal**. São Paulo: Geração Editorial. 2005. 525 p.

SALIMENA, A.M.O. **O cotidiano da mulher após histerectomia à luz do pensamento de Martin Heidegger**. 2007. 140 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2007.

SALIMENA, A.M.O.; SOUZA, I.E.O. Cotidiano da mulher pós histerectomia à luz do pensamento de Heidegger. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 196-202, mar./abr. 2010.

SANCHO CANTUS, D.; SOLANO RUIZ, M.C. A cardiopatia isquêmica na mulher. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, 8 telas, 2011. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28142196> >. Acesso em: 10 fev. 2013.

SCHMIDT, L.K. **Hermenêutica**. Petrópolis: Vozes; 2013.

SCHIMMELPFENNIG, K; STANFILL, T. When lightning strikes: Preparing for maternal cardiac arrest. One hospital's journey. **AWHONN Lifelines**. Colorado, v. 10, n. 4, p. 306-311, aug./sep. 2006.

SILVA, A.L. **Significados e sentidos da úlcera por pressão adquirida na internação hospitalar: estudo de enfermagem com mulheres portadoras de cardiopatia**. 2012. 64 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

SILVA, J.M.O.; LOPES, R.L.M.; DINIZ, N.M.F. Fenomenologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 254-257, mar./abr. 2008.

SILVA, L.F. **Cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica: hermenêutica do conceito fundamentada na fenomenologia heideggeriana**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

SIMÕES, S.M.F.; SOUZA, I.E.O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 13-17, jul. 1997.

SITTINER, B.J.; EFRAIN, J.; HUDSON, D.B. Effects of high-risk pregnancies on families. **American Journal of Maternal Child Nursing**. New York, v. 30, n. 2, p. 121-126, mar./apr. 2005.

SIU, S.C. et al. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. **Circulation**, Dallas, v. 104, n. 5, p. 515-521, jul. 2001.

SOUZA, I.E.O. **O desvelar do ser gestante diante da possibilidade da amamentação**. 1993. 103 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1993.

SOUZA, N.L., ARAÚJO, A.C.P.F., COSTA, I.C.C. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1285-1292, 2011.

SOUZA, N.L., ARAÚJO, A.C.P.F., COSTA, I.C.C. Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, 8 telas, mai./jun.2013.

SPINDOLA, T., LIMA, G.L.S., CAVALCANTI, L.R. A ocorrência de pré-eclâmpsia em mulheres primigestas acompanhadas no pré-natal de um hospital universitário. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 235-244, jul./set. 2013.

Disponível

em:

< http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2085/pdf_859>.

Acesso em: 28 ago. 2013.

STETLER, C.B., MORSI, D., RUCKI, S. et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, Estados Unidos da América, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.

TEDOLDI, C.L., ZOUVI, J.P. Assistência pré-natal cardiológica. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para gravidez na mulher portadora de cardiopatia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93 (6 supl. 1), p. 110-112, 2009.

WOODS, S.L.; FROELICHER, E.S.S.; MOTZER, S.U. **Enfermagem em Cardiologia**. São Paulo: Manole. 2005. 1090 p.

XAVIER, R.B. et al. Reproductive risks and comprehensive care of pregnant women with hypertensive syndromes: a transversal study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 823-833, 2013. Disponível em: < <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4249>. Acesso em: 03 jun. 2014.

XAVIER, R.B. et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, abr. 2013.

ZAMPIERI, M.F.M. Manejos na assistência à gestação de alto risco. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 5, n. 48, p. 18-23, mai. 2002.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A

Tabela 3. Compilação resumida dos estudos com os títulos das produções, autores, periódicos/programas de afiliação, objetivos, métodos, principais conclusões e os níveis de evidência segundo Stetler et al.

Título da produção Autores Periódico/ Programa de afiliação Ano	Objetivo (s)	Método Participantes	Principais conclusões Nível de evidência Stetler et al
<p>Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: Estudo de caso.</p> <p>Autores: Farias, M.C.A.D. de, Nóbrega, M.M.L. da</p> <p>Periódico: Revista latino-americana enfermagem</p> <p>Ano: 2000</p>	<p>Identificar diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco, baseando-se na teoria do autocuidado de OREM.</p>	<p>Estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso.</p> <p>Uma gestante de alto risco.</p>	<p>Evidenciou-se a importância de se operacionalizar o processo de enfermagem tendo por base um modelo assistencial, a fim de facilitar a identificação de diagnósticos de enfermagem, bem como o desenvolvimento da sua prática. Ficou evidente, também, que o autocuidado é algo aprendido, e que a gestante faz parte de um grupo ideal para que o processo de aprendizagem se realize.</p> <p style="text-align: center;">Nível de evidência: V</p>
<p>In-Home Nursing Care for Women With High-Risk Pregnancies: Outcomes and Cost.</p> <p>Autores: Harrison, M.J. et al.</p> <p>Periódico: Obstetrics & Gynecology</p> <p>Ano: 2000</p>	<p>Avaliar um programa que oferece cuidados domiciliares para mulheres com gestações ameaçadas por parto prematuro (incluindo o trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, e gestação múltipla) e mulheres com hipertensão associada à gravidez.</p>	<p>Estudo quantitativo.</p> <p>745 mulheres.</p>	<p>Este programa oportuniza mudanças quanto aos cenários de cuidados (hospitalares para domiciliares) que apresentam custos similares.</p> <p style="text-align: center;">Nível de evidência: II</p>

<p>Complicated and Uncomplicated Pregnancies: Women's Perception of Risk. Autores: Gupton, A., Heaman, M., Cheung, L.W. Periódico: Journal of obstetric gynecologic and neonatal nursing Ano: 2001</p>	<p>Comparar a percepção de risco de mulheres com gestações complicadas e não complicadas e determinar a relação entre os fatores biomédicos, psicossociais e de risco demográfico e as percepções pessoais das mulheres com gravidez de risco.</p>	<p>Estudo quantitativo descritivo, correlacional. 208 mulheres.</p>	<p>As mulheres com gestações complicadas percebem seus riscos como maiores do que as mulheres com gestações sem complicações. Ambos os fatores (biomédicos e psicossociais) desempenham um papel em influenciar a percepção de risco. A avaliação de enfermagem da mulher grávida deve incluir a discussão com ela acerca da sua percepção. Nível de evidência: IV</p>
<p>Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. Autor: Zampieri, M.F.M. Periódico: Revista gaúcha enfermagem Ano: 2001</p>	<p>Desenvolver um processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco hospitalizadas e seus acompanhantes, tendo como base um marco referencial, fundamentado em idéias próprias e de King (1981) e Haguette (1990).</p>	<p>Pesquisa qualitativa, descritiva com observação participante. 17 gestantes e 9 acompanhantes</p>	<p>A educação é essencial na condução da gestação de alto risco, sendo que a enfermagem, profissão do cuidar, deveria explorar muito mais a dimensão do educar, na perspectiva de auxiliar a gestante e seu acompanhante no resgate de seus papéis principais, como protagonistas do processo de gestação e do nascimento. Nível de evidência: IV</p>
<p>Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. Autores: Gouveia, H.G. Afiliação: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Ano: 2001</p>	<p>Identificar o perfil demográfico, os diagnósticos clínicos e obstétricos e os diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos comuns a gestante de risco na Real e Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficência - Hospital São Joaquim.</p>	<p>Estudo descritivo, exploratório e transversal. 71 gestantes</p>	<p>Espera-se que os resultados desta pesquisa possam nortear a assistência de enfermagem a gestantes de risco, visando uma coleta de dados e prestação de cuidados mais direcionados aos problemas comuns a este grupo, sendo, entretanto, importante atentar para as necessidades individuais de cada gestante, de forma a contribuir para uma assistência integral e individualizada. Nível de evidência: IV</p>
<p>Manejos na assistência à gestação de alto risco. Autor: Zampieri, M.F.M. Periódico: Revista Nursing Ano: 2002</p>	<p>Ampliar os conhecimentos em relação às questões ligadas à gestação de alto risco e enfoca as ações de enfermagem em nível ambulatorial, domiciliar e hospitalar, principalmente na dimensão educativa.</p>	<p>Artigo de reflexão.</p>	<p>Os manejos na assistência da gestação de alto risco se constituem de ações estabelecidas em conjunto com a clientela, objetivando o fortalecimento de suas potencialidades e estimulando o autocuidado. Nível de evidência: V</p>

<p>Two lives on the line: a case study in obstetric critical care. Autores: Velez LL; Toal K; Goodwin SA. Periódico: Critical Care Nursing Clinics of North America Ano: 2002</p>	<p>Descrever o tratamento médico e cirúrgico bem sucedido de uma mulher grávida com síndrome de Marfan. Discutir as questões psicossociais complexas associadas à gravidez de alto risco e ao parto, bem como a necessidade de comunicação interdisciplinar precisa.</p>	<p>Estudo de caso único. 1 mulher</p>	<p>Toda mulher grávida com síndrome de Marfan deve ser considerada de alto risco. Um resultado bem sucedido depende de um diagnóstico rápido, excelente intervenção cirúrgica, e comunicação entre todos os membros da equipe de saúde. A participação ativa da enfermeira clínica especialista pode melhorar o resultado de uma gravidez tão complicada. Nível de evidência: V</p>
<p>Satisfaction with Team Midwifery Care for Low- and High-Risk Women: A Randomized Controlled Trial. Autores: Biró, M.A. et al. Periódico: Birth Ano: 2003</p>	<p>Avaliar temporalmente um modelo de trabalho em equipe de obstetras que inclui mulheres com baixo e alto risco gestacional, e associá-lo ao grau de satisfação das mulheres comparando com o modelo padrão de cuidados maternos.</p>	<p>Ensaio controlado randomizado. 1000 mulheres</p>	<p>Para fornecer um modelo contínuo de cuidados de obstetrícia como sua base significava mudar outros fatores também. Na interpretação dos resultados, é importante considerar estas distinções, além de outros fatores potencialmente influentes associados à continuidade de cuidados de obstetrícia. Nível de evidência: II</p>
<p>Percepção de risco: o conceito da adolescente gestante. Autor: Fonseca, V.S. Periódico: Revista Enfermagem UERJ Ano: 2003</p>	<p>Analisar a percepção de risco no contexto da gestante adolescente.</p>	<p>Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. 20 adolescentes gestantes</p>	<p>A adolescente gestante é considerada como uma cliente diferente, entretanto foram observadas contradições, ora a gestante é aceita com naturalidade pela equipe de saúde e ora é compreendida como cliente de risco. Nível de evidência: IV</p>
<p>Hemodynamic monitoring in high-risk obstetrics patients, I. Expected hemodynamic changes in pregnancy. Autores: Bridges EJ; Womble S; Wallace M; McCartney J. Periódico: Critical Care Nursing Clinics of North America Ano: 2003</p>	<p>Fornecer uma visão geral das mudanças esperadas no sistema cardiovascular associadas à gravidez e as alterações patológicas que ocorrem e requerem cuidados intensivos, tais como hemorragia pós-parto e doença cardíaca.</p>	<p>Revisão. 78 artigos</p>	<p>Recomendações quanto à interpretação dos resultados cardiovasculares e dados hemodinâmicos à luz das mudanças fisiológicas associadas à gravidez Nível de evidência: IV</p>

<p>A história de vida de gestantes de alto risco na perspectiva da teoria transcultural de enfermagem de Madeleine Leininger. Autor: Santos, C. Afiliação: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Tese (Doutorado em Enfermagem) Ano: 2003</p>	<p>Discutir, a partir da História de Vida, a interferência da condição de risco em sua vida pessoal e analisar, na perspectiva da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger, a visão da gestante de alto risco de sua condição de risco.</p>	<p>Qualitativo, com análise temática preconizada por Daniel Bertaux. 26 gestantes</p>	<p>O estudo torna visível que os profissionais de saúde, ao prestarem assistência à gestante, precisam prestigiar seus valores, crenças e medos intrínsecos e também, durante o período de hospitalização, evitar que ocorra o choque e a imposição cultural durante a assistência. Nível de evidência: IV</p>
<p>Maternal role transition experiences of women hospitalized with PROM: a phenomenological study. Autor: Mu, P-F. Periódico: International Journal of Nursing Studies Ano: 2004</p>	<p>Investigar a estrutura essencial da transição do papel materno durante as duas primeiras semanas de hospitalização da gestante por PROM (Ruptura prematura de membranas).</p>	<p>Pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica. 13 casais</p>	<p>Os enfermeiros devem se concentrar em estabelecer uma relação de confiança com os clientes e suas famílias, fornecendo informações claras e concretas sobre o estado de saúde materna e fetal, além de emponderar os pais a estabelecerem um padrão de enfrentamento familiar temporário que incorpora papéis maternos reformulados. Nível de evidência: IV</p>
<p>Frequency of nursing, physician and hospital interventions in women at risk for preterm delivery. Autores: Morrison, J.C. et al Periódico: The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine Ano: 2004</p>	<p>Determinar a frequência de intervenções de enfermagem, tratamentos médicos e avaliações hospitalares para mulheres em acompanhamento por serviços ambulatoriais de parto prematuro.</p>	<p>Estudo documental, quantitativo, descritivo. 10.660 mulheres</p>	<p>Os resultados indicaram o valor dos serviços ambulatoriais que acompanham gestantes com risco de parto prematuro, evidenciando também que as mulheres podem ser continuamente acompanhadas nos ambulatórios sem necessidade de internação hospitalar. Nível de evidência: IV</p>

<p>Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. Autores: Gouveia, H.G.; Lopes, M.H.B.M. Periódico: Revista latino-americana enfermagem Ano: 2004</p>	<p>Identificar o perfil demográfico, os diagnósticos clínicos e obstétricos de gestantes de risco atendidas naquele hospital; Identificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem das gestantes de risco e de acordo com os diagnósticos médicos (clínicos e/ou obstétricos) e; Identificar a frequência dos problemas colaborativos das gestantes de risco e de acordo com os diagnósticos médicos (clínicos e/ou obstétricos).</p>	<p>Estudo descritivo, exploratório e transversal. 71 gestantes de risco</p>	<p>Os diagnósticos de enfermagem encontrados em 50% ou mais das mulheres e que devem ser priorizados independentemente do diagnóstico médico foram: risco para infecção, manutenção da saúde alterada, conforto alterado, dor, risco para amamentação ineficaz, padrões de sexualidade alterados e medo. Cabe ressaltar que os quatro primeiros diagnósticos tiveram elevada frequência entre as gestantes portadoras dos problemas médicos mais frequentes. <p style="text-align: center;">Nível de evidência: IV</p> </p>
<p>Gravidez de alto risco: a percepção das gestantes. Autor: Assis, I.L.R. Afiliação: Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Ano: 2004</p>	<p>Compreender os sentimentos vividos pelas gestantes de alto risco, considerando ser esta uma das inquietações no cotidiano de minha prática docente assistencial.</p>	<p>Pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica. 11 gestantes de alto risco</p>	<p>Deste estudo, emerge a percepção de que pouca atenção e esclarecimento são dados às gestantes. É necessário escutá-las e acolhê-las de uma forma que possibilite a expressão dos seus sentimentos – preocupação, medo, angústia. Dessa reflexão, coloca-se em discussão o exercício profissional do enfermeiro como pessoa, ser de cuidado autêntico e com possibilidade de transcendência. <p style="text-align: center;">Nível de evidência: IV</p> </p>
<p>Myocardial infarction in the obstetric patient. Autores: Lange S.S.; Jenner M. Periódico: Critical Care Nursing Clinics of North America Ano: 2004</p>	<p>Relatar e discutir dois casos de infarto miocárdico em paciente obstétrica.</p>	<p>Estudo de caso. 2 mulheres</p>	<p>Embora o infarto do miocárdio durante a gestação seja uma rara ocorrência com altas taxas de mortalidade, ambas pacientes tiveram bebês saudáveis. Elas foram tratadas com angioplastia transluminal percutânea com implante de stent. O sucesso foi atribuído ao desenvolvimento do trabalho individualizado e planejamento do parto com uma comunicação clara entre as partes pertinentes. Isso foi coordenado pela enfermeira clínica especialista do serviço de mulheres e crianças, que garantiu que todos estavam cientes dos riscos maternos e fetais em face da complexidade dos cuidados às pacientes. <p style="text-align: center;">Nível de evidência: V</p> </p>

<p>Gravidez de alto risco: a vida e a morte entre os significados da gestação. Autor: Dourado, V. G. Afiliação: Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Ano: 2005</p>	<p>Compreender a experiência de mulheres que vivenciam a gestação de alto risco atendidas em um serviço de pré-natal de referência.</p>	<p>Pesquisa qualitativa, sob o enfoque do discurso emitido pelas gestantes, segundo a abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). 12 Gestantes</p>	<p>Os achados demonstram a necessidade de uma melhoria da assistência prestada à gestante de alto risco por intermédio de uma equipe multidisciplinar, em especial a de enfermagem. Pôde-se concluir que as experiências vivenciadas e relatadas pelas mulheres com relação à maternidade e ao filho sofreram influência da gestação de alto risco, evidenciando que é preciso estar atento para as revelações dessas gestantes. Nível de evidência: IV</p>
<p>Assessment and evaluation of the woman with cardiac disease during pregnancy. Autores: Dobbenga-Rhodes Y.A.; Privé A.M. Periódico: The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing Ano: 2006</p>	<p>Discutir como as alterações fisiológicas da gravidez afetam a mulher com doença cardíaca e revisar as técnicas de avaliação inicial e métodos de diagnóstico usados para determinar o risco de complicações cardíacas durante a gravidez e o parto.</p>	<p>Artigo de reflexão teórica</p>	<p>Pesquisadores evidenciaram melhoria da assistência perinatal e do prognóstico materno / neonatal através de exame minucioso e avaliação da mulher com doença cardíaca. Nível de evidência: IV</p>
<p>Modifying labor routines for the woman with cardiac disease. Autores: Witcher P.M.; Harvey C.J. Periódico: The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing Ano: 2006</p>	<p>Fornecer uma revisão compreensiva das rotinas intraparto típicas que requerem modificações; e discutir estratégias para adaptar o trabalho de parto para as mulheres com doença cardíaca.</p>	<p>Artigo de revisão/reflexão teórica.</p>	<p>O plano de assistência interdisciplinar pode ajudar a enfermeira perinatal a identificar quais parâmetros hemodinâmicos maternos exigem a notificação médica e/ ou intervenção, bem como de qual especialidade se deve requerer a fim de estabilizar a mãe e o bebê. Nível de evidência: IV</p>
<p>Peripartum cardiomyopathy. Autor: Palmer D.G. Periódico: The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing Ano: 2006</p>	<p>Revisar a fisiopatologia, diagnóstico, tratamento, prognóstico e implicações dos cuidados de enfermagem para a mulher com cardiomiopatia periparto (CMP).</p>	<p>Artigo de revisão/reflexão teórica.</p>	<p>Cuidar de mulheres com CMP representa um desafio, requerendo interdisciplinaridade entre os profissionais obstetras, cardiologistas, dentre outros. O cuidado de enfermagem deve se concentrar na avaliação dos parâmetros físicos e emocionais, antecipação e detecção de problemas, intervenções focais e prevenção de complicações. Nível de evidência: IV</p>

<p>"Minha vida de agora em diante...": experiências de mulheres sobreviventes da morte materna. Autor: Godoy, S. R. Afiliação: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem) Ano: 2006</p>	<p>Compreender o significado da experiência de near miss no período gravídico-puerperal na vida de mulheres sobreviventes.</p>	<p>História oral. 13 mulheres</p>	<p>Os achados do estudo permitiram obter uma visão compreensiva da experiência de mulheres que vivenciaram e sobreviveram ao risco de morte materna e as mudanças que ocorreram em suas vidas e formas de enfrentamento e superação das dificuldades. Nível de evidência: IV</p>
<p>Spiritual well-being, anxiety, and depression in antepartal women on bedrest. Autores: Dunn, L.L., Handley, M.C., Shelton, M.M. Periódico: Issues in Mental Health Nursing, Ano: 2007</p>	<p>Investigar níveis de ansiedade, depressão, e bem estar espiritual em mulheres grávidas em repouso absoluto e comparar estes resultados com os de gestantes de baixo risco e não gestantes saudáveis.</p>	<p>Estudo quantitativo, descritivo, correlacional. 180 mulheres</p>	<p>As mulheres com gestações de alto risco demonstraram o menor nível de bem-estar espiritual e os mais altos níveis de ansiedade e depressão entre os três grupos Nível de evidência: II</p>
<p>Listening to the Voices of hospitalized High-Risk Antepartum Patients. Autores: Richter, M.S., Parkes, C., Chaw-Kant J. Periódico: Journal of obstetric gynecologic and neonatal nursing Ano: 2007</p>	<p>Explorar as necessidades das mulheres hospitalizadas com gestações de alto risco antes do parto e gerar recomendações a partir do ponto de vista das mulheres.</p>	<p>Estudo qualitativo descritivo com análise temática. 13 mulheres</p>	<p>Compreender as necessidades das gestantes de alto risco auxilia o enfermeiro a melhorar a qualidade do atendimento das mulheres, fornecer orientações sobre o manejo de estressores e planejar intervenções para reduzir o stress e envolver suas famílias. Nível de evidência: IV</p>
<p>Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. Autores: Dourado, V.G.; Pelloso, S.M. Periódico: Acta paul. Enfermagem Ano: 2007</p>	<p>Verificar o acontecimento da gestação, a programação e o desejo de ter um filho entre mulheres que vivenciam uma gestação de alto risco em um serviço de pré-natal de referência.</p>	<p>Pesquisa qualitativa de caráter exploratório descritivo, discurso do sujeito coletivo. 12 gestantes</p>	<p>Diante das ideias centrais identificadas a carência de educação em saúde, em especial com relação à saúde reprodutiva, foi evidenciada. Nível de evidência: IV</p>

<p>The Spiritual Experience of High-Risk Pregnancy.</p> <p>Autores: Price S., Lake M., Breen G., Carson G., Quinn C., O' Connor T.</p> <p>Periódico: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses</p> <p>Ano: 2007</p>	<p>Investigar as crenças espirituais e as práticas de mulheres que vivenciam gestações de alto risco.</p>	<p>Qualitativo, investigação naturalista via face-to-face.</p> <p>12 gestantes de alto risco com complicações</p>	<p>Cada mulher identificou aspectos de sua espiritualidade que permitiram que ela e seus familiares lidassem melhor com o estresse da experiência da gravidez de alto risco, atingindo também o bebê intra-útero.</p> <p>Nível de evidência: IV</p>
<p>Delicate threads autoimmune complications in a high-risk pregnancy.</p> <p>Autores: Handley, M., Collins, A.</p> <p>Periódico: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses</p> <p>Ano: 2008</p>	<p>Descrever a interface da doença autoimune e da gestação.</p>	<p>Estudo de caso único. Uma gestante com lúpus eritematoso sistêmico</p>	<p>Doenças autoimunes têm o poder de alterar negativamente os processos fisiológicos da gestação. Cuidado otimizado requer a colaboração interdisciplinar e avaliação constante do binômio materno-fetal. As tomadas de decisões devem se basear nos dados recentes e na experiência clínica.</p> <p>Nível de evidência: V</p>
<p>Multidisciplinary management of peripartum cardiomyopathy (CMP) during repeat cesarean delivery: a case report.</p> <p>Autores: Shannon-Cain J.; Hunt E.; Cain B.S.</p> <p>Periódico: American Association of Nurse Anesthetists</p> <p>Ano: 2008</p>	<p>Apresentar um relato de caso de uma paciente com cardiomiopatia periparto, manejado por uma equipe multidisciplinar composta por cardiologista, pneumologista, perinatologista, neonatologista, obstetra e pretadores de anestesia.</p>	<p>Relato de caso.</p>	<p>Este caso ilustra o reconhecimento imediato do risco de CMP durante a gravidez, o início de tratamento médico adequado, e a colaboração com várias disciplinas para o parto, os quais são essenciais para proporcionar o melhor resultado possível para a mãe e o bebê.</p> <p>Nível de evidência: V</p>
<p>Significado do diagnóstico do diabetes mellitus gestacional na perspectiva de um grupo de grávidas hospitalizadas.</p> <p>Autor: Pessoa, S.M.F.</p> <p>Afiliação: Universidade Federal do Ceará</p> <p>Tese (Doutorado em Enfermagem)</p> <p>Ano: 2008</p>	<p>Compreender o significado do diagnóstico e da internação hospitalar na perspectiva de um grupo de grávidas com diabetes mellitus gestacional.</p>	<p>Estudo fenomenológico.</p> <p>12 gestantes</p>	<p>A compreensão do fenômeno em questão confirmou o pressuposto formulado e acrescentou outras facetas ao fenômeno, revelando a necessidade de um novo olhar para o cuidado às gestantes internadas com diabetes mellitus gestacional, que priorize a utilização de recursos lúdicos e expressivos; a permissão para que filhos menores possam visitar as mães durante a hospitalização; e a implementação de ações educativas no interior das unidades de internação.</p> <p>Nível de evidência: IV</p>

<p>Diagnosing and treating acute myocardial infarction in pregnancy. Autor: Merrigan O. Periódico: British Journal of Nursing Ano: 2009</p>	<p>Descrever a apresentação, diagnóstico e tratamento de uma mulher grávida com Infarto Agudo do Miocárdio por meio de um estudo de caso.</p>	<p>Estudo de caso único.</p>	<p>Todos os membros da equipe multidisciplinar devem reconhecer as diferenças no diagnóstico e tratamento e implementar políticas e procedimentos para o reconhecimento destes; Registros no Reino Unido e na Irlanda irão ajudar a melhorar os tratamentos e salvar vidas. Nível de evidência: V</p>
<p>Prevalência de síndrome hipertensiva gestacional em maternidade de referência: estudo descritivo. Autores: Moraes, J.L. et al. Periódico: Online brazilian journal nursing Ano: 2010</p>	<p>Caracterizar o perfil epidemiológico das gestantes e investigar a prevalência de casos de SHG em uma maternidade de referência da cidade de Fortaleza.</p>	<p>Epidemiológico, transversal e retrospectivo, com abordagem quantitativa. 460 puérperas</p>	<p>Pode-se inferir através desse estudo que a Síndrome Hipertensiva Gestacional apresentou uma prevalência elevada, acometendo principalmente mulheres entre 20 e 34 anos, com baixa escolaridade e solteiras. Nível de evidência: II</p>
<p>Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. Autores: Aguiar, M.I.F. et al. Periódico: Revista Rene Ano: 2010</p>	<p>Elaborar um formulário de Sistematização da Assistência de Enfermagem à pacientes com SHEG a partir da identificação de diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).</p>	<p>Pesquisa descritiva. 15 gestantes</p>	<p>Nesse sentido, ressalta-se a importância da utilização de formulários de Sistematização da Assistência de Enfermagem, como forma de facilitar a implantação do processo de enfermagem e de direcionar o cuidado a essas mulheres, bem como possibilitar o registro sistemático dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, visando, não apenas à qualidade da assistência prestada, mas também a ampliar a visibilidade e o reconhecimento profissional, além de favorecer a avaliação de sua prática. Nível de evidência: IV</p>
<p>Conhecimento e atitudes dos enfermeiros diante de gestantes com sintomas da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Autores: Lima E.M.A., Paiva L.F., Amorim R.K.F.C.C. Periódico: Journal of the Health Sciences Institute Ano: 2010</p>	<p>Identificar os sinais e sintomas listados por enfermeiros sobre a DHEG; Identificar as principais condutas de enfermagem com a gestante portadora de DHEG.</p>	<p>Estudo qualitativo, tipo comparativo com delineamento não-experimental. 10 profissionais graduados em enfermagem</p>	<p>Apesar das dificuldades estruturais, observa-se que isso não interfere no atendimento direto feito pelo enfermeiro aos pacientes e constata-se que os profissionais são dedicados e determinados a darem o seu melhor a qualquer um e em especial a todas as gestantes. Nível de evidência: IV</p>

<p>Programa Casa das Gestantes: uma nova lógica de atenção à saúde materna e Perinatal. Autores: Pimenta, A. M.; Nazareth, J.V.; Souza, K.V. Periódico: Revista Rene Ano: 2010</p>	<p>Avaliar o impacto deste programa na saúde materna de 292 gestantes que utilizaram o serviço e de seus recém-nascidos.</p>	<p>Estudo epidemiológico, transversal, descritivo e exploratório foi realizado na “Casa das Gestantes” de uma maternidade filantrópica de Belo Horizonte. 292 gestantes</p>	<p>O planejamento da assistência prestada e os índices maternos e perinatais favoráveis demonstram que este programa é uma boa estratégia para redução da mortalidade materna e infantil. Nível de evidência: IV</p>
<p>Feelings and Perceptions of Women in the Pregnancy-Puerperal Cycle Who Survived Severe Maternal Morbidity. Autores: Carvalheira, A.P.P., Tonete, V.L.P., Parada, C.M.G.L. Periódico: Revista latino-americana enfermagem Ano: 2010</p>	<p>Compreender a experiência relativa à morbidade materna grave, a partir de um grupo de mulheres que vivenciou esse problema.</p>	<p>Pesquisa qualitativa, sendo o Discurso do Sujeito Coletivo o referencial metodológico. 16 mulheres</p>	<p>A percepção do risco de morte traz diversos sentimentos e com diferentes intensidades. Sentimentos como medo, ansiedade e culpa, dessa forma, podem ser amenizados. Deve-se valorizar a adequada interação equipe multiprofissional/mãe/filho. Nível de evidência: IV</p>
<p>Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco. Autor: Quevedo, M.P Universidade de São Paulo. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Ano: 2010</p>	<p>Estudar as representações sociais para mulheres com diagnóstico de gestação de alto risco em decorrência tanto de doenças pré-existentes quanto de doenças adquiridas durante o período gestacional.</p>	<p>Qualitativa com respaldo da teoria das representações sociais. 100 mulheres na faixa etária dos 18 aos 42 anos</p>	<p>Por meio dos discursos das entrevistadas foi possível verificar o impacto da gestação de alto risco para a gestante, seu companheiro e sua família, levando-nos a compreender melhor seus medos, desejos e expectativas, o que possibilita uma reflexão a respeito da promoção da integralidade das ações de saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, especialmente quando a gestação apresenta condições de risco materno-fetal. Nível de evidência: IV</p>
<p>‘High-risk’ pregnancy after perinatal loss: understanding the label. Autores: Simmons, H.A., Goldberg, L.S. Periódico: Midwifery Ano: 2011</p>	<p>Explorar a experiência de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco seguida de perda perinatal.</p>	<p>Abordagem qualitativa ancorado na fenomenologia. 7 mulheres</p>	<p>Se as mulheres estão experimentando vulnerabilidade relacionada à gestação de alto risco após perda perinatal, as práticas de apoio de enfermeiros, parteiras e todos os prestadores de cuidados de saúde têm o potencial de assistir às mulheres com estratégias de coping e emponderamento para lidarem melhor com a gestação de risco e perda perinatal. Nível de evidência: IV</p>

<p>Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. Autores: Souza N.L., Araújo A.C.P.F., Costa I.C.C. Periódico: Revista Escola Enfermagem da USP Ano: 2011</p>	<p>Conhecer os aspectos subjetivos que cercam a maternidade em uma situação de alto risco gravídico.</p>	<p>Estudo exploratório e descritivo do tipo qualitativo - referencial teórico metodológico a Teoria da Representação Social, fundamentada na Teoria do Núcleo Central. 70 mulheres</p>	<p>Subsídios que podem sensibilizar profissionais de saúde que atuam nos serviços de atendimento à mulher, no sentido de adotarem um cuidar que valorize aspectos subjetivos presentes na gravidez, especialmente nas situações das síndromes hipertensivas da gravidez, com vistas a garantir condições dignas de atendimento para que se promova a capacidade da mulher para enfrentar com menos desgastes os efeitos adversos decorrentes do alto risco gravídico e puerperal. Nível de evidência: IV</p>
<p>Aplicação do processo de enfermagem a paciente com hipertensão gestacional fundamentada em Orem. Autores: Herculano, M.M.S., Sousa, V.E.C., Galvão, M.T.G., Caetano, J.A., Damasceno, A.K.C. Periódico: Revista Rene Ano: 2011</p>	<p>Identificar diagnósticos de enfermagem de acordo com a Taxonomia II da NANDA Internacional (NANDA-I)(10), implementar intervenções de enfermagem para os diagnósticos identificados e determinar os resultados esperados para cada intervenção, utilizando-se, como referencial teórico, a teoria do autocuidado de Orem.</p>	<p>Relato de experiência com abordagem descritiva. Uma gestante</p>	<p>Os resultados comprovaram a possibilidade de identificar, pela assistência fundamentada na teoria de Orem, que a gestante pode passar de um sistema de apoio-educação, no início, para um sistema parcialmente compensatório, à medida que ocorre a resolução do parto. No caso estudado seu atendimento exigiu o sistema totalmente compensatório e progrediu até o sistema de apoio-educação. Nível de evidência: V</p>
<p>Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. Autores: Oliveira, V.J.; Madeira, A. M.F.; Penna, C.M.M. Periódico: Revista Rene Ano: 2011</p>	<p>Compreender o que significa para a mulher gerar um filho em uma situação de alto risco.</p>	<p>Pesquisa qualitativa, na abordagem fenomenológica, segundo Merleau-Ponty. 16 gestantes</p>	<p>Necessidade de uma assistência de enfermagem mais humanizada tendo a integralidade como a grande aliada na qualidade da assistência prestada tanto em nível hospitalar quanto na atenção básica. Nível de evidência: IV</p>

<p>Pregnancy after 35: a systematic review of the literature. Autores: Caetano, L. C.; Netto, L.; Manduca, J.N.L. Periódico: Revista mineira enfermagem Ano: 2011</p>	<p>Fazer um levantamento bibliográfico de artigos disponíveis nas bases de dados, de 1990-2008, sobre a gravidez após os 35 anos.</p>	<p>Revisão Sistemática. 74 artigos</p>	<p>Existe a necessidade de mais estudos compreensivos, considerando os aspectos sociais, familiares e culturais, para fornecer um cuidado qualificado para a mulher e sua família, e também preparar os serviços de saúde na oferta de suporte apropriado para esta nova demanda. Nível de evidência: IV</p>
<p>Uncertainty, stress, and birth outcomes in non-hospitalized, high-risk pregnancy women: the effectiveness of health consultation. Autores: Fang, H-C; Liu, C-Y; Day, H-L; Chen, C-P; Gau, M-L Periódico: Journal of Nursing & Healthcare Research 2011</p>	<p>Avaliar a eficácia de um panfleto educativo e de 4 semanas de consulta de saúde por telefone em regime de acompanhamento diário (administrado pela equipe de enfermagem), com vistas a reduzir a incerteza e stress e melhorar os resultados do nascimento.</p>	<p>Estudo controlado randomizado que recrutou 82 gestantes de alto risco não-hospitalizadas no 2º trimestre de um centro médico em Taipei (Ásia). 82 gestantes de alto risco não-hospitalizadas</p>	<p>Os resultados do estudo sugerem a eficácia da criação de um gerenciamento da gravidez de alto risco por meio da disponibilidade de consultas telefônicas para as gestantes. Isso pode facilitar a redução das incertezas no pré-natal e dos níveis de estresse, o que pode facilitar os resultados positivos do nascimento e reduzir os custos médicos. Nível de evidência: II</p>
<p>La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. Autores: Lara Vásquez, C., Pulido Acuña G.P., Castiblanco Montañez, R.A. Periódico: Enfermería Global Ano: 2012</p>	<p>Apresentar a utilidade da fenomenologia descritiva ao abordar um fenômeno de particular interesse para os enfermeiros: as experiências / vivências de mulheres que vivenciaram uma gravidez de alto risco e suas diferentes implicações.</p>	<p>Artigo de reflexão teórica</p>	<p>Aproximar a experiência vivida permite avaliar as necessidades de cuidados de mulheres com gravidez de alto risco e suas famílias, desde o cuidado pré-natal, a hospitalização durante o parto e o puerpério. Acima de tudo, partir de uma visão holística da mulher que leva em conta o contexto socioeconômico e cultural. Nível de evidência: V</p>

<p>A produção de conhecimento sobre Hipertensão gestacional na pós-graduação stricto sensu da enfermagem brasileira. Autores: Martins M., Monticelli M., Brüggemann, O.M., Costa, R. Periódico: Revista Escola de Enfermagem da USP Ano: 2012</p>	<p>Analisar o conhecimento produzido no Brasil sobre Hipertensão Gestacional nas teses e dissertações desenvolvidas na pós-graduação em enfermagem stricto sensu brasileira.</p>	<p>Pesquisa documental. 14 estudos stricto sensu</p>	<p>Acredita-se que os resultados apresentados possam concorrer para uma maior aproximação entre enfermeiros e gestantes hipertensas, de modo a possibilitar uma assistência de enfermagem mais congruente com a realidade vivenciada por estas mulheres e, desta forma, contribuir para a diminuição dos índices de mortes maternas causadas pelas síndromes hipertensivas da gestação. Nível de evidência: IV</p>
<p>Maternal cardiac arrest: an overview. Autores: Jones R.; Baird S.M.; Thurman S.; Gaskin I.M. Periódico: The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing Ano: 2012</p>	<p>Revisar as causas mais comuns da parada cardíaca materna e as modificações que precisam ser realizadas para a ressuscitação cardiopulmonar adequada da gestante, incluindo o nascimento via cesariana perimortem.</p>	<p>Revisão. 58 artigos</p>	<p>Prestadores de cuidados devem estar cientes do impacto das alterações fisiológicas e anatômicas que ocorrem durante a gravidez e como essas mudanças afetam as técnicas de reanimação na mulher grávida. Guiados pelos protocolos da ACLS, intubação rápida, deslocamento uterino, compressões torácicas firmes e realização do parto cesariana em 4 minutos. Nível de evidência: IV</p>
<p>Myocardial infarction and pregnancy: a case report. Autores: Moore A.D.; Hill J. Periódico: American Association of Nurse Anesthetists Ano: 2012</p>	<p>Relatar o caso de uma parturiente múltipara que sofreu um IAM com dissecação da artéria coronária direita na 32ª semana de gestação.</p>	<p>Relato de caso. 1</p>	<p>Dissecção espontânea de artéria coronária é uma rara ocorrência na população em geral. Entretanto, é a causa mais comum de Infarto do miocárdio na gestante. Os prestadores de anestesia são importantes na determinação dos resultados que a paciente terá. O objetivo é fornecer a anestesia mais segura a fim de maximizar um resultado positivo. Nível de evidência: V</p>
<p>Representações sociais de puérperas sobre as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. Autores: Souza, N.L., Araújo, A.C.P.F., Costa, I.C.C. Periódico: Revista Latino-Americana Enfermagem Ano: 2013</p>	<p>Identificar os significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e suas consequências, como o nascimento prematuro e a hospitalização do filho na UTIN.</p>	<p>Trata-se de estudo exploratório, descritivo e qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, com base na Teoria do Núcleo Central. 70 mulheres</p>	<p>Acredita-se estar contribuindo para avanços na qualidade da assistência de enfermagem e na divulgação do conhecimento científico referente ao tema, pouco explorado, com vistas a garantir condições dignas de atendimento a mulheres em situação de alto risco gravídico, para que elas possam enfrentar com menos desgastes os efeitos adversos, decorrentes de uma gravidez e nascimento de alto risco. Nível de evidência: IV</p>

<p>A ocorrência de pré-eclâmpsia em mulheres primigestas acompanhadas no pré-natal de um hospital universitário.</p> <p>Autores: Spindola, T., Lima, G.L.S., Cavalcanti, L.R.</p> <p>Periódico: Journal of Research: Fundamental Care Online</p> <p>Ano: 2013</p>	<p>Conhecer o perfil das gestantes primigestas atendidas no pré-natal; Identificar a incidência de pré-eclâmpsia em gestantes primigestas atendidas em consultas do pré-natal.</p>	<p>Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, com emprego da técnica de observação indireta e análise documental retrospectiva.</p> <p>105 prontuários</p>	<p>Na assistência pré-natal, o enfermeiro tem um importante papel na equipe multiprofissional, para a detecção precoce de intercorrências, na educação em saúde e encaminhamento ao atendimento especializado dos casos mais graves contribuindo para a redução da incidência de morbidade e mortalidade materno-infantil.</p> <p style="text-align: right;">Nível de evidência: IV</p>
--	--	---	--

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA

Pseudônimo:

Data:

1 – Identificação e Caracterização

Nome:

Estado civil:

Data de Nascimento:

Gestações: Para: Abortos:

Gestações anteriores ao diagnóstico? () Sim () Não Quantas?

Tipo de Cardiopatia:

Grau de disfunção da cardiopatia durante o ciclo gravídico-puerperal:

Internações durante a gestação? Quantas? Quanto tempo?

Internação em Unidade de Terapia Intensiva?

Filhos vivos? () Sim () Não

Filhos portadores de cardiopatias? () Sim () Não Quantos?

Quais tipos de cardiopatias?

2 – Questões Orientadoras da Entrevista

Como foi para você vivenciar a gestação sendo portadora de cardiopatia?

Como ocorreu essa gestação?

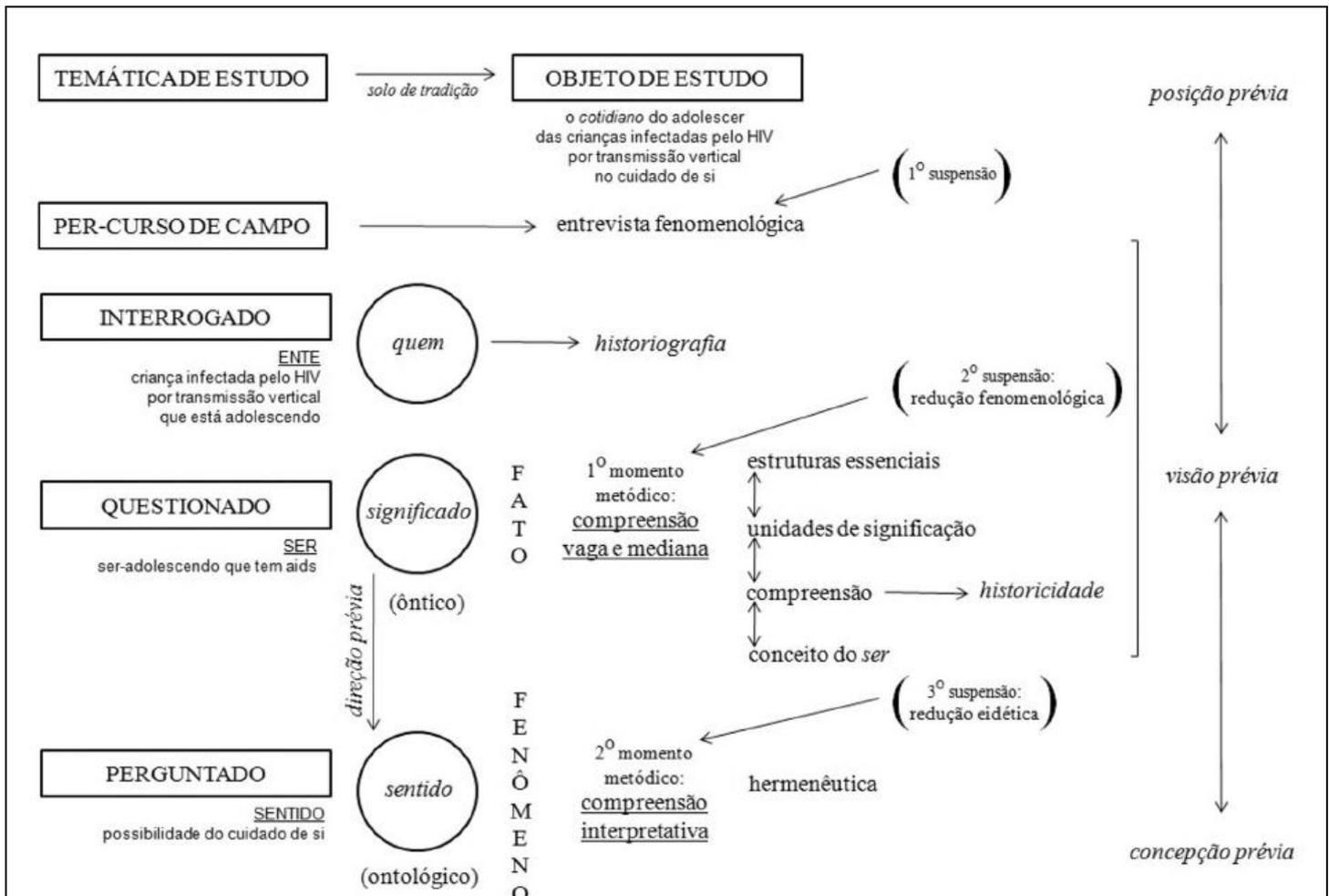
Como você se sentiu?

O que isso significou para você?

Você gostaria de falar mais alguma coisa?

ANEXOS

ANEXO I – Representação esquemática do movimento analítico-hermenêutico Heideggeriano segundo PAULA, C.C. et al. Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. Acta Paul Enf, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 984-9. 2012.





ANEXO II

Termo de Confidencialidade

Título do Projeto: O vivido de gestar sendo-portadora-de-cardiopatia e suas implicações para o cuidado de enfermagem.

Pesquisadora Responsável: Thaís Vasconcelos Amorim

Instituição/Departamento: Doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery. Projeto de tese inserido na Linha de Pesquisa Enfermagem em Saúde da Mulher sob orientação da Professora Doutora Ívis Emília de Oliveira Souza.

Telefone de Contato: (32) 8418-1851

A pesquisadora e coordenadora do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos dados obtidos por meio dos prontuários escritos e eletrônicos, fichas e livros protocolares e outros registros da Instituição Co-Participante (Centro Perinatal - Hospital Universitário Pedro Ernesto).

Os dados coletados e disponibilizados para a pesquisa serão acessados exclusivamente pela equipe de pesquisadores e a informação arquivada em papel ou em meio eletrônico não conterá a identificação dos nomes dos participantes elencados. Este material será arquivado de forma a garantir acesso restrito aos pesquisadores envolvidos, e terá a guarda por cinco anos, quando será destruído.

Concorda, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas nos computadores pessoais da equipe de pesquisadoras. Este projeto está sendo encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP – EEAN/HESFA/UFRJ.

Rio de Janeiro, 27 de maio de 2014.

Contato: thaisamorim80@gmail.com

Telefone: (32) 8418-1851



HI²

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PEDRO ERNESTO/
UNIVERSIDADE DO ESTADO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Elaborado segundo as normas da Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

A senhora foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa **intitulada**: O Vivido de Gestar Sendo-portadora-de-cardiopatia e suas Implicações para o Cuidado de Enfermagem, que **objetiva** compreender os significados do seu vivido na gestação classificada como alto risco para desvelar os sentidos do vivido da gestação para a mulher portadora de cardiopatia. A pesquisa terá duração de 3 ano(s), com o término previsto para o mês de agosto de 2016. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento a senhora poderá **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento, sendo que nesta situação, suas contribuições também serão excluídas**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o(s) pesquisador (a) ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

A entrevista será gravada em MP3 para posterior transcrição – que será guardada por **cinco (05) anos** e incinerada após esse período. A senhora não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. Esta pesquisa apresenta riscos associados às dimensões psíquica e emocional. Todas as providências e cautelas serão tomadas para evitar e minimizar tais riscos. Apesar disso, a senhora tem assegurado o direito a atendimento profissional junto à Instituição Proponente e/ou Co-Participante no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. O **benefício** relacionado à sua participação será o de viabilizar um cuidado de saúde a partir das suas necessidades, bem como promover estratégias assistenciais de enfermagem e de saúde para mulheres em situação de gestação de risco. Além de ampliar o conhecimento científico para a área de Enfermagem em Saúde da Mulher, subsidiando com maior eficácia as múltiplas necessidades das mulheres portadoras de cardiopatia que engravidam.

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do Participante:

**HI²**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PEDRO ERNESTO/
UNIVERSIDADE DO ESTADO

A senhora receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Declaro estar ciente do inteiro teor deste **TERMO DE CONSENTIMENTO** e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____, ____ de _____ de 2014.

Participante da Pesquisa: _____

(Nome Completo da Participante)

(Assinatura)

Thaís Vasconcelos Amorim
Doutoranda Pesquisadora – EEAN/UFRJ
Cel: (32) 8418-1851
thaisamorim80@gmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa HUPE

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo	
Bairro: Vila Isabel	CEP: 20.551-030
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253	Fax: (21)2264-0853
	E-mail: cep-hupe@uerj.br

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do Participante:

ANEXO IV



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O VIVIDO DE GESTAR SENDO-PORTADORA-DE-CARDIOPATIA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Thais Vasconcelos Amorim

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 32286714.2.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.103.165

Data da Relatoria: 11/06/2015

Apresentação do Projeto:

Esta tese se ocupa da gestação de alto risco por doença cardíaca, no plano de suas implicações para o cuidado de enfermagem, apresentando como problema de pesquisa o vivido de gestar para a mulher portadora de cardiopatia. Entendendo que em sua atuação o enfermeiro deve procurar novas maneiras de produzir conhecimentos que agreguem valor às perspectivas do seu objeto de cuidado (o ser humano), refletindo nas propostas ministeriais de prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde. Surge a inquietação acerca de qual caminho assistencial a Enfermagem deve percorrer a fim de subsidiar com maior eficácia as múltiplas necessidades das mulheres portadoras de cardiopatia que engravidam. Ciente de que tal resposta dar-se-á a partir do sujeito que vivencia o fenômeno de ser portadora de cardiopatia e ter o vivido de uma gestação de risco, interroga: Como se dá o movimento existencial da mulher que vivenciou a gravidez sendo-portadora-de-cardiopatia? Que sentidos possíveis de serem desvelados contribuem para o cuidado de enfermagem à mulher portadora de cardiopatia que vivenciou a gestação? Tem-se como objeto de estudo: o vivido de gestar na condição de risco para a mulher portadora de cardiopatia. A pesquisa está ancorada na fenomenologia de Martin Heidegger.

Objetivo da Pesquisa:

Desvelar os sentidos do vivido da gestação para a mulher portadora de cardiopatia

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeanhesfa@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.103.165

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa apresenta riscos associados às dimensões psíquica e emocional. Todas as providências e cautelas serão tomadas para evitar e minimizar tais riscos. Apesar disso, será assegurado o direito ao atendimento profissional junto à Instituição Proponente e/ou Co-Participante, no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. O benefício relacionado à participação na pesquisa será o de viabilizar um cuidado de saúde a partir das suas necessidades, bem como promover estratégias assistenciais de enfermagem e de saúde para mulheres em situação de gestação de risco. Além de ampliar o conhecimento científico para a área de Enfermagem em Saúde da Mulher, subsidiando com maior eficácia as múltiplas necessidades das mulheres portadoras de cardiopatia que engravidam.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto atende aos requisitos da Resolução no. 466/2012, e é original quanto à sua especificidade na proposta do objeto de estudo. O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS, APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 09 de julho de 2014.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1.Folha de Rosto: devidamente preenchida, datada e assinada;
- 2.Projeto de pesquisa: Apresenta o cronograma das atividades, o orçamento e TCLE. Descritos riscos e benefícios de forma adequados.
- 3.Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: linguagem clara, justificada e descritos riscos e benefícios melhor ajustados.
- 4.Cronograma: adequado;
- 5.Termo de consentimento para coleta dos dados: adequado;
- 6.Questionário de entrevista: adequado;
7. Termo de confidencialidade: adequado

Recomendações:

Foi solicitado uma adequação no TCLE e o logotipo da co-participante e, portanto, há necessidade do pronunciamento da mesma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeanhesfa@gmail.com



**ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO**



Continuação do Parecer: 1.103.165

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 09 de julho de 2014. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

RIO DE JANEIRO, 11 de Junho de 2015

Assinado por:

**Maria Aparecida Vasconcelos Moura
(Coordenador)**

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

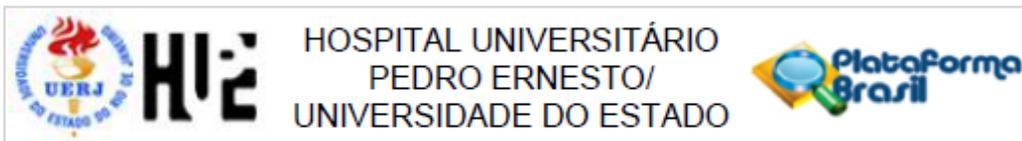
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com

ANEXO V



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O VIVIDO DE GESTAR, SENDO-PORTADORA-DE-CARDIOPATIA, E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Thaís Vasconcelos Amorim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46073215.2.3001.5259

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.139.507

Data da Relatoria: 08/07/2015

Apresentação do Projeto:

A partir da compreensão de que a condição de ser cardíaca por si só ameaça a mulher (AMORIM, 2013) e diante da experiência laboral e de investigadora, interrogo-me acerca de como é ser mulher gestante portadora de cardiopatia? Entendendo que em sua atuação o enfermeiro deve procurar novas maneiras de produzir conhecimentos que agreguem valor às perspectivas do ser humano, objeto de cuidado, refletindo nas propostas ministeriais de prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, surge para mim a inquietação acerca de qual caminho assistencial a Enfermagem deve percorrer a fim de subsidiar com maior eficácia as múltiplas necessidades das mulheres portadoras de cardiopatia que engravidam. Ciente de que tal resposta dar-se-á a partir do sujeito que vivencia o fenômeno de ser portadora de cardiopatia e ter o vivido de uma gestação de risco, interrogo: Como se dá o movimento existencial da mulher que vivenciou a gravidez sendo portadora de cardiopatia? Que sentidos possíveis de serem desvelados contribuem para o cuidado de enfermagem à mulher portadora de cardiopatia que vivenciou a

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PEDRO ERNESTO/
UNIVERSIDADE DO ESTADO



Continuação do Parecer: 1.139.507

gestação? Tem-se como objeto de estudo: os significados do vivido de gestar para a mulher portadora de cardiopatia.

Objetivo da Pesquisa:

Desvelar os sentidos do vivido da gestação para a mulher portadora de cardiopatia. Justificativa de manutenção do objetivo: Trata-se de estudo, a ser desenvolvido como tese de doutorado, de abordagem fenomenológica, que considera a expressão dos significados da mulher portadora de cardiopatia no vivido da gestação classificada como alto risco. Neste sentido, buscar-se-á desenvolver hermenêutica que permita, a partir da compreensão dos significados, desvelar o(os) sentido(s) velados por estes. Com isso, espera-se que a subjetividade do vivido, contribua para que o cuidado de enfermagem favoreça a acessibilidade, vínculo, integralidade e resolutividade da mulher portadora de cardiopatia em situação gestacional. Entende-se ainda que é desejável em nível de doutoramento a aproximação ao suporte teórico de desenvolvimento do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Serão observadas as disposições existentes na Resolução 466/2012 e respeitados individual e coletivamente as questões relacionadas à bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, com vistas a garantir os deveres e direitos das depoentes deste estudo, bem como da comunidade científica e do Estado (BRASIL, 2012, p. 01). As participantes serão previamente informadas sobre a pesquisa e seu objetivo, sendo garantido o anonimato, privacidade e sigilo das informações observadas ou reveladas de forma a resguardar e preservar os direitos e a sensibilidade das depoentes. Um pseudônimo será oferecido a cada uma delas. Ficará esclarecido que a interrupção da participação poderá se dar a qualquer momento sem que haja qualquer prejuízo ou dano. Todos esses itens estarão descritos de forma simples e clara no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), sendo elaborado em duas vias: uma para a participante e uma para a pesquisadora e, somente mediante a aceitação e assinatura deste, será colhido e registrado seu depoimento. O TCLE será lido em conjunto com a depoente e trará em seu

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2888-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.139.507

bojo informações relativas ao objetivo, justificativas e procedimentos que serão adotados na realização da pesquisa. Conforme a resolução 466/2012, também será explicitado às depoentes que se trata de uma pesquisa em que podem existir riscos psíquicos e emocionais associados ao processo de depoimento, em que suas emoções podem aflorar de modo conflitivo. Todas as providências e cautelas serão tomadas pela investigadora a fim de evitar e minimizar tais riscos. Porém, se houver dano de qualquer tipo, as participantes terão assegurado o direito a atendimento profissional psicológico a ser providenciado pela pesquisadora junto à Instituição Proponente e/ou Co-Participante, além de ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa (BRASIL, 2012).

Benefícios:

Serão observadas as disposições existentes na Resolução 466/2012 e respeitados individual e coletivamente as questões relacionadas à bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, com vistas a garantir os deveres e direitos das PARTICIPANTES deste estudo, bem como da comunidade científica e do Estado (BRASIL, 2012, p. 01). As participantes serão previamente informadas sobre a pesquisa e seu objetivo, sendo garantido o anonimato, privacidade e sigilo das informações observadas ou reveladas de forma a resguardar e preservar os direitos e a sensibilidade das PARTICIPANTES. Um pseudônimo será oferecido a cada uma delas. Ficará esclarecido que a interrupção da participação poderá se dar a qualquer momento sem que haja qualquer prejuízo ou dano. Todos esses itens estarão descritos de forma simples e clara no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), sendo elaborado em duas vias: uma para a participante e uma para a pesquisadora e, somente mediante a aceitação e assinatura deste, será colhido e registrado seu depoimento. O TCLE será lido em conjunto com a depoente e trará em seu bojo informações relativas ao objetivo, justificativas e procedimentos que serão adotados na realização da pesquisa. Conforme a resolução 466/2012, também será explicitado às PARTICIPANTES que se trata de uma pesquisa em que podem existir riscos psíquicos e emocionais associados ao processo de depoimento, em que suas emoções podem aflorar de modo conflitivo. Todas as

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2888-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PEDRO ERNESTO/
UNIVERSIDADE DO ESTADO



Continuação do Parecer: 1.139.507

providências e cautelas serão tomadas pela investigadora a fim de evitar e minimizar tais riscos. Porém, se houver dano de qualquer tipo, as participantes terão assegurado o direito a atendimento profissional psicológico a ser providenciado pela pesquisadora junto à Instituição Proponente e/ou Co-Participante, além de ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa (BRASIL, 2012).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Investigação de natureza qualitativa, descritiva e interpretativa, ancorada na abordagem fenomenológica de Martin Heidegger. Considerando a intenção do estudo concentrar-se no vivido da gestação para a mulher portadora de cardiopatia, aspira-se em um primeiro momento à autorização Institucional para o acesso aos registros de prontuários ambulatoriais e hospitalares e/ou outros instrumentos, com vistas à identificação quantitativa e qualitativa das mulheres que foram acompanhadas na Instituição em condição de risco por doença cardíaca durante a gravidez, parto ou puerpério entre os anos de 2009 a 2014 (até abril).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodológico estão explicitados, demonstrando aprofundamento e conhecimento necessários para sua realização. As referências estão adequadas e a pesquisa é exequível. Termos de apresentação obrigatória estão de acordo com a legislação pertinente e devidamente assinados pelos responsáveis.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

CEP/HUPE teve ciência do ocorrido. Foram atendidas as solicitações do Parecer anterior. O trabalho pode ser realizado da fora como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PEDRO ERNESTO/
UNIVERSIDADE DO ESTADO



Continuação do Parecer: 1.139.507

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: 1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas. 2. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes. 3. O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais e anuais referentes ao andamento da pesquisa ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

RIO DE JANEIRO, 06 de Julho de 2015

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador)

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br

Página 05 de 05