

Sentimentos, conhecimentos e expectativas de gestantes que desenvolveram doença hipertensiva específica da gestação

FEELINGS, KNOWLEDGE AND EXPECTATIONS OF PREGNANT WOMEN WHO DEVELOPED GESTATION SPECIFIC HYPERTENSION SICKNESS

Fernanda Lise
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Michele da Luz de Col
Sociedade Hospitalar de Tunápolis, SC
Daniela Tizziani
Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, SC
Alcimara Benedet
Lucimare Ferraz
Universidade Comunitária Regional de Chapecó (UNOCHAPECÓ)

RESUMO

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) constitui a principal causa de morte materna obstétrica no Brasil e contribui significativamente para a prematuridade, o baixo peso fetal e para o aumento da mortalidade neonatal. Esta pesquisa teve como objetivo verificar os sentimentos em relação ao diagnóstico da DHEG, o nível de conhecimento em relação à patologia e as expectativas das gestantes em relação ao bebê em acompanhamento pré-natal de uma unidade básica de saúde do município de Chapecó, Santa Catarina, no mês de abril de 2004. Numa abordagem qualitativa, utilizou-se para a coleta dos dados um questionário semi-estruturado aplicado durante visita domiciliar, em entrevista individual a seis gestantes, no último trimestre gestacional. A análise dos dados foi realizada a partir da técnica de análise de conteúdo dos depoimentos colhidos. Concluiu-se que as gestantes estavam na faixa etária entre 21 e 37 anos de idade, a maioria era casada e múltipara. Constatou-se que todas receberam o diagnóstico de DHEG no último trimestre gestacional e apresentaram sentimentos de choque e medo. Observou-se que o conhecimento das gestantes em relação à patologia em nenhum momento apresentou-se claro e que o impacto do diagnóstico foi superado pelo apoio familiar e espiritual.

PALAVRAS-CHAVE

Doença hipertensiva específica da gestação. Expectativas. Sentimentos.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período de transição no qual ocorrem mudanças de diversas ordens e é uma experiência repleta de sentimentos intensos que podem dar razão aos conteúdos inconscientes da mãe (FALCONE et al. 2005). Este processo faz parte do desenvolvimento normal da mulher, no qual ocorrem grandes transformações que são mais frequentes e intensas a partir do segundo trimestre da gestação (PICCININI et al. 2004a).

No Brasil, a hipertensão na gravidez corresponde à principal causa de morte materna obstétrica direta (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004) e caracteriza-se pelo aparecimento da tríade clássica sintomática (hipertensão, proteinúria e edema), após a vigésima semana de gestação. É uma doença incurável, exceto pela interrupção da gravidez, e pode evoluir para quadros ainda mais complexos como as toxemias grávidas (DUSSE; VIEIRA; CARVALHO, 2001).

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação é considerada de risco e a importância do estudo da gestação de risco decorre do fato de estar diretamente relacionada ao alto índice de morbimortalidade materna e perinatal (SILVA; SANTOS; PARADA, 2004).

Rezende (2001) classifica a hipertensão na gravidez como a constatação da pressão arterial de no mínimo 140 X 90 mmHg, ou de um incremento de pelo menos 30 mmHg na pressão arterial sistólica e de no mínimo 15 mmHg na pressão arterial diastólica.

A literatura aponta o estresse como um dos fatores ligados ao desenvolvimento de pré-eclâmpsia. Mesmo sendo esta de etiologia desconhecida, alguns trabalhos epidemiológicos têm mostrado que o estresse aumen-

ta o risco relativo para uma gestante desenvolver pré-eclâmpsia (KAHHALE, 2000). O nível de ansiedade tende a elevar-se com a proximidade da mudança de rotina de vida após o parto e, especialmente, no último trimestre, visto que há maior facilidade de reviver antigas memórias e conflitos infantis que tinham sido reprimidos e esquecidos (MALDONADO, 2002).

A hipertensão durante a gravidez pode estar ligada ao contexto geral da história da mulher, por exemplo, conflitos anteriores que foram despertados pela gravidez; ou ligada à história do casal, ao comportamento do homem que pode estar angustiando a mulher (SZEJER, 1997).

Com o objetivo de conhecer os sentimentos em relação ao diagnóstico de DHEG, o nível de conhecimento em relação à patologia e as expectativas das gestantes em relação ao bebê, realizou-se esta pesquisa.

METODOLOGIA

Este estudo é de natureza qualitativa, para o qual foram selecionadas seis gestantes de forma aleatória com diagnóstico de Doença Hipertensiva Específica da Gestação, as quais estavam coincidentemente no terceiro trimestre gestacional. A amostra representou mais da metade das gestantes com diagnóstico de DHEG na UBS (Unidade Básica de Saúde) pesquisada, localizada no município de Chapecó, Santa Catarina. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado aplicado sob a forma de entrevista individual, durante a visita domiciliar. Para a análise dos dados sociodemográficos consultaram-se os prontuários das gestantes na unidade de saúde.

Os resultados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin, seguindo os passos metodológicos propostos por Minayo (2000). Segundo esta autora, através da análise de conteúdo, podem-se encontrar respostas para as questões formuladas. Este tipo de análise também permite a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. Para a realização deste trabalho, todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual permitiu a liberdade de participação na pesquisa, assegurando-lhe o respeito ao anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados sócio-demográficos dos prontuários, pôde-se constatar que as gestantes estavam na faixa etária entre 21 e 37 anos. Segundo Freitas (2002), as mulheres jovens com menos de 19 e mais de 30 anos possuem uma probabilidade maior de apresentarem distúrbios hipertensivos na gestação. Quanto ao estado civil, verificou-se que a maioria era casada e apenas uma não possuía o apoio do companheiro, o que pode ter tornado o processo gestacional mais difícil para ela.

Quanto à escolaridade das gestantes, constatou-se que a maioria delas não completou o primeiro grau, e estava desempregada, sendo que as que trabalhavam pediram dispensa para repousarem no último mês da gestação.

O número de filhos variou de zero a três na maioria das gestantes, porém nenhuma havia desenvolvido a DHEG nas gestações anteriores, e dois terços das gestantes eram primíparas, corroborando com Cintra, Nishide e Nunes (2001) que afirmam que a DHEG é predominantemente uma patologia de primeigestas.

Observou-se que todas as gestantes receberam o diagnóstico de DHEG no último trimestre gestacional. Conforme Rezende e Montenegro (2002), a toxemia gravídica é uma doença multissistêmica que habitualmente ocorre no final da gestação.

Seguem as categorias analisadas e comparadas com a literatura. As gestantes foram identificadas por letras (A, B, C, D, E e F).

Categoria I: Sentimentos das gestantes em relação ao diagnóstico de Doença Hipertensiva Específica da Gestação

Com relação aos sentimentos despertados nas gestantes ao receberem o diagnóstico da Doença Hipertensiva Específica da Gestação, constatou-se que o impacto inicial foi de "choque", seguido de medo e sentimento de perda por aborto.

Segundo Tedesco (1999), existem sentimentos que são experimentados durante o processo de doença; o indivíduo inicialmente se depara com um choque de sentimentos de negação, gerando uma recusa e incapacidade de aceitar sua condição, conforme mostram os depoimentos a seguir.

"Meu Deus, foi um choque, achei que o mundo ia cair... Aquilo ficou martelando em minha cabeça e eu

Nota científica

não aceitava, então fui acostumando aos poucos” (Gestante B).

“Só sei que foi chocante, já tenho um filho e na gestação dele não tive nada, na hora pensei que o médico estava enganado” (Gestante D).

“Foi aquele choque, eu pensei que ia perder o meu bebê, fiquei com muito medo” (Gestante A).

“No primeiro dia fiquei chocada e com medo, me perguntei por que que tinha que acontecer isso comigo. Mas depois, percebi que não adiantava querer me culpar, precisava enfrentar...” (Gestante F).

Tedesco (1999) relata que os familiares buscam compreender o porquê da doença, encontrar explicações de sua causa. Neste período pode haver uma auto-acusação e acusação mútua entre estes. Há uma mobilização de raiva em relação à doença, ao médico e à equipe.

Categoria II: Nível de conhecimento das gestantes em relação à patologia

Durante o estudo constatou-se que a falta de informação sobre a patologia é predominante, e algumas gestantes relataram ter recebido informações que precisavam cuidar mais de sua saúde e que o bebê poderia nascer com algum problema. Porém, as reais consequências da hipertensão e o que poderia ocorrer tanto com a gestante e com o feto não lhes foram repassadas. O déficit de conhecimento relacionado à doença e ao tratamento geram angústia, falta de esperança e medo da morte (TEDESCO, 1999).

“...Quando soube, levei um choque, me preocupei na hora, nem sabia direito o que era, só sabia que eu tinha que comer com pouco sal e mais nada” (Gestante F).

“...Não sei o que é, imagino que seja pressão alta, não sei se depois do parto eu vou me curar ou não” (Gestante E).

Verificou-se que as gestantes realizavam o pré-natal criteriosamente, sem faltar à nenhuma consulta com o médico obstetra, que eram agendadas quinzenalmente. Para Tedesco (1999), as gestantes que desencadeiam algum fator de risco gestacional procuram seguir com maior responsabilidade as instruções repassadas pela equipe de saúde.

Categoria III: Recursos utilizados para superar o impacto do diagnóstico de doença hipertensiva específica da gestação

Dentre os meios utilizados pelas gestantes para su-

perar o impacto do diagnóstico de hipertensão gravídica, destacou-se a fé; em seguida, o diálogo com o marido. Este diálogo é, segundo elas, o que diminuía o medo e a ansiedade da gestação de risco. O apoio recebido de amigos e vizinhos também foi citado como uma forma de superar o impacto do diagnóstico, conforme podemos constatar nos relatos a seguir.

“Eu rezo bastante em casa, porque tenho medo e nunca tinha visto ninguém com esse tipo de doença na gravidez, nem nunca tinha visto falar nessa tal de pressão alta. Queria que meu bebê nascesse logo pra eu sair dessa ansiedade...” (Gestante C)

Este período de transição para a parentalidade exige uma série de mudanças e adaptações biopsicossociais por parte dos futuros pais. A gestação funciona para os pais como um período de preparação para assumir novos papéis. Além da preocupação decorrente dessa transição, ocorre a elaboração de fantasias e sentimentos e a revisão da sua própria infância, características dessa etapa do desenvolvimento (PICCININI et al. 2004b).

Durante as entrevistas verificou-se a tentativa de negociação com forças divinas para que ocorresse um adiantamento do momento do parto e para que os bebês nascessem sem nenhuma anormalidade. Segundo Soifer (1992), as gestantes e familiares buscam negociar com Deus as dificuldades e, nesse momento, procuram fazer promessas relacionadas à saúde do bebê.

“...Eu e meu marido começamos logo uma novena na igreja, para que nosso filho nasça bem e sem nenhum problema” (Gestante B).

“Primeiro busco força com Deus, depois encontro bastante ajuda da minha mãe. Outras que já tiveram me falaram que não é tão perigoso, mas não quero que nada de ruim aconteça com ele” (Gestante F).

“...tenho medo que meu filho nasça com algum problema. Rezo toda noite para que ele fique bem e não tenha nada quando nascer” (Gestante A).

“...Rezo para ter força, pois a minha filhinha precisa da minha força de vontade e coragem para nascer sem problema nenhum. Rezar, pedir a Deus, ter fé e acreditar nunca fez mal a ninguém...” (Gestante D).

É importante ressaltar, em relação aos profissionais de saúde, somente uma entrevistada fez referência ao médico como fonte de apoio emocional.

“Muita fé, e o que tem que ser, vai ser. A médica disse que não é muito grave, que é só eu me cuidar e fazer o pré-natal certinho que tudo vai correr bem” (Gestante E).

Categoria IV: Expectativas em relação ao nascimento do filho

Quanto à expectativa das gestantes em relação ao nascimento de seus filhos, observou-se que a maioria possuía preocupações próprias da gravidez, como a saúde fetal e a possibilidade de malformação fetal ou de prematuridade provocada pela hipertensão, conforme os relatos a seguir.

"Eu tenho medo que aconteça alguma coisa com meu bebê, e o que mais me angustia é isso" (Gestante D).

"Meu coração salta pela boca quando eu penso que meu filho pode nascer com algum problema" (Gestante B).

As preocupações das gestantes com o nascimento de um filho malformado acarreta o que se chama de "ferida narcísica", afetando diretamente sua auto-estima, à medida que seu bebê é considerado sua extensão (KLAUS; KENNEL, 1992). Pode-se compreender que o medo de uma malformação atinja de forma significativa as gestantes que se depararam com a incapacidade de gerar um filho, manifestando medo e insegurança conforme a seguir.

"...Meu maior medo é que meu filho nasça com algum problema de deficiência física ou mental" (Gestante A).

"...É meu primeiro filho, queira Deus que ele nasça sem nenhum problema, mas se ele nascer com alguma deficiência vai ser recebido com todo o amor do mundo" (Gestante C).

Para Maldonado (2002), as gestantes têm dificuldades em administrar os sentimentos e acabam prejudicando o desenvolvimento psicológico normal durante a gestação, tornando-se inseguras e amedrontadas após o diagnóstico. Isto é explicitado no relato a seguir.

"...antes de saber do meu problema tava bem tranqüila com a gravidez, mas agora fico com medo e preocupada. Não sei se meu bebê vai nascer perfeito" (Gestante F).

Após o diagnóstico de DHEG as gestantes podem ter a percepção de que seu filho apresentará alguma malformação. Portanto, é necessário orientá-las, pois, a gestação se torna angustiante tanto para a gestante quanto para seus familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo a respeito dos sentimentos, nível de conhecimento e expectativas das gestantes que desenvolveram a Doença Hipertensiva Específica da Gestação revelou vários aspectos desta patologia, prin-

cipalmente em relação aos sentimentos despertados ao ser diagnosticada e as orientações que lhes são repassadas.

Através da análise dos depoimentos das gestantes que desenvolveram a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), verificou-se que estas apresentavam características semelhantes e que os principais sentimentos vivenciados por elas após o recebimento do diagnóstico de DHEG foram choque e medo, diretamente relacionados ao nível de conhecimento sobre a patologia.

O conhecimento das gestantes em relação à DHEG em nenhum momento se apresentou claro, sendo que, elas demonstravam medo e insegurança ao falar sobre esta patologia, desconhecendo as reais conseqüências e riscos aos quais o binômio mãe/filho estavam expostos. Constatou-se que as gestantes sentiam-se amedrontadas e ficavam na expectativa de que seu filho nascesse sem nenhuma anomalia física ou mental, passando assim a cumprir com maior rigor o acompanhamento pré-natal e as orientações (quando orientadas) da equipe de saúde.

O impacto do diagnóstico foi superado principalmente pela fé, apoio familiar e de amigos. A equipe foi citada somente uma vez durante o estudo. Nesse sentido, a equipe de saúde deve estar atenta para estabelecer vínculo durante a assistência pré-natal e para que esta seja eficiente, isto é, proporcione o cuidado à saúde da mulher grávida, considerando as suas necessidades biopsicossociais e culturais.

A expectativa em relação ao nascimento do bebê foi representada pela preocupação com a saúde de seu filho com sentimentos de insegurança e medo de que este apresentasse alguma malformação. Os relatos sugerem que o nível de estresse e preocupação com a proximidade do parto aumentam, pois, conforme Maldonado (2000), as preocupações maternas com a saúde do bebê só findam no momento do parto, quando é comum que a gestante questione se está tudo bem com o bebê.

ABSTRACT

The gestation specific hypertension sickness (GSHS) is in the main death cause of babies in Brazil and contributes to pre-maturity, low fetal weight and raise of neonatal mortality. This research had as its objective the identification of pregnant women's feelings about the diagnostic of GSHS in prenatal routine in a basic

Nota científica

health unit in Chapecó town, Santa Catarina State, in April 2004. In a qualitative approach, we used to collect the data a semi-structured questionnaire applied in individual interviews with six pregnant women, who were in the third gestational trimester. The data analysis was held from the taken deposition. It was concluded that the pregnant women were from 21 to 37 years old, most of them were married and had had other children before. We noticed that all of them received the GSHS diagnosis in their last trimester of pregnancy and it was faced with chock and fright by the women. It was also observed that these pregnant women's knowledge regarding the pathology in any moment seemed to be clear and that the diagnostic impact was overcome with the family and spiritual support.

KEY WORDS

Expectations. Feelings. Gestation specific hypertension sickness.

REFERÊNCIAS

CINTRA, E.A; NISHIDE,V.W; NUNES; W.A. *A assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo*. São Paulo: Atheneu, 2001. 696p.

DUSSE, L.M.S.; VIEIRA, M.L.; CARVALHO, M. G. Revisão sobre alterações hemostática na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Ambulatorial*, Rio de Janeiro, v.37, n.4, p. 01-06, 2001.

FALCONE, V.M.et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.4, p. 612-618, 2005.

FREITAS, F. *Rotinas em Obstetrícia*. 4 ed. São Paulo: Artmed, 2002. 624p.

KAHHALE, E.M.P. Condições psicológicas de gestantes, possíveis fatores estressores ligados à pré-eclâmpsia. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v.11, n.4, p.21-214, 2000.

KLAUS, M.; KENNEL, J. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 224p.

MALDONADO, M.T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 16 ed. São Paulo: Saraiva, 2002. 232p.

MINAYO, M.C. S. et al. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2000. 80p.

PICCININI, C.A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v.20. n.3, p.303-314, 2004a.

_____. O envolvimento paterno durante a gestação. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, Brasília, v.17, n.3, p.223-232, 2004b.

REZENDE, J. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 1588p.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 674p.

SILVA,L.; SANTOS,R.C.; PARADA,C.M.G.L. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.12, n.6, p.899-904, 2004.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v.14, n.3, p.269-279, 2004.

SZEJER, M. *Nove meses na vida da mulher: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 124p.

TEDESCO, J. A. *A grávida, suas indagações e as dúvidas do obstetra*. São Paulo: Atheneu, 1999. 465p.

Fernanda Lise

Enfermeira, especialista em Enfermagem Pediátrica pela UFRGS.
Rua Cel. Romeu Rodrigues da Cruz, 110
Jardim Vila Nova, Porto Alegre, RS.
CEP: 91750-270
E-mail: fernandalise@pop.com.br

TRAMITAÇÃO

Artigo recebido em:13/10/2005

Aceito para publicação em:20/06/2006