

A PROBLEMÁTICA FAMILIAR E A MORTE MATERNA ¹

Sandra Marisa Peloso ^{*}
Maria Solange Guarino Tavares ^{**}

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi investigar o impacto da mortalidade materna no âmbito familiar, o respeito ao direito à saúde e a eficiência da assistência pré-natal na assistência à saúde da mulher. Trata-se de pesquisa qualitativa, com emprego da adaptação de dois pressupostos teóricos: os de Imogene King, os quais estão centrados no cuidado e na saúde dos indivíduos e grupos, e a associação aos cinco passos utilizados por Hill e Hansen, os quais estão voltados para a atenção à maternidade centrada na família, para uma estrutura social da família, para a interação dos membros com a comunidade dos quais poderiam dar subsídios para uma melhor compreensão dessa problemática. A amostra foi composta de 9 famílias de mulheres que tiveram óbitos maternos diretos no período de 1990 a 1997. A morte da mulher no momento do parto e a dúvida quanto à culpabilidade pelo evento transformam os sentimentos em uma dor que não diminui com o passar do tempo. Os viúvos entrevistados haviam perdido suas mulheres entre um e sete anos; no entanto, independentemente do tempo transcorrido os sentimentos eram os mesmos, de dor, de saudade, de falta. A emoção no momento da entrevista era a mesma, o choro, o desespero, a angústia. O tempo não apagou esses sentimentos que permanecem vivos, e apenas precisam ser tocados para virem à tona. Para as famílias, a dor da perda vem sobrecarregada de sentimento de revolta e da constatação da desigualdade e do descaso no atendimento. Sentem-se menosprezadas, incompreendidas, impotentes frente à injustiça da morte e do atendimento recebido.

Palavras-chave: Mortalidade materna. Família. Atenção à saúde.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é uma situação que se caracterizou nesta última década como uma epidemia, um problema de saúde pública, com um crescimento estatístico alarmante. O mérito da questão mortalidade materna é mais discutido na sua incidência, nos seus dados quantitativos, do que na sua repercussão dolorosa no núcleo familiar.

Ao se tratar de morte materna vem logo à mente a perda da mulher e ou de seu filho na hora do parto por alguma complicação do parto normal, e em alguns casos não se esclarece suficientemente a causa desse óbito. Esse é um problema que logo se apaga, pois parto é vida e não morte. Não se pode tratar esse assunto como se fosse só mais um dado, ou só mais uma morte a ser esclarecida, ou até mesmo uma fatalidade, ou coisas do destino.

O resultado da morte materna vem apresentar um novo foco no estilo de vida da família e um novo pensar da sociedade sobre essa questão. A mortalidade materna, além de ser considerada uma epidemia, com estatísticas elevadas, também é a responsável pela total desestruturação ou descontinuidade familiar.

Foi desenvolvida uma pesquisa no intuito de investigar o impacto da mortalidade materna no âmbito familiar, o respeito ao direito à saúde e a eficiência da assistência pré-natal na assistência à saúde da mulher. Essa vivência revelou as dificuldades experimentadas pelas mulheres em receber assistência adequada e de qualidade; na focalização dos problemas relacionados aos riscos de uma gestação não acompanhada corretamente, na forma de contribuir para a redução da tragédia ocorrida com as famílias;

¹ Extraído da Tese de Doutorado “Mortalidade materna: o que os números não revelam”, apresentada à EERP-USP em março de 1999.

^{*} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

^{**} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da USP- campus Ribeirão Preto.

no difícil acesso aos serviços de saúde e ao não conhecimento, por parte das mulheres, quanto ao que seja direito à saúde.

Neste artigo, o objetivo do trabalho foi a compreensão da problemática familiar envolvendo a mortalidade materna.

METODOLOGIA

A necessidade de estudar a problemática vivenciada pela família no seu cotidiano com a morte inesperada da mulher por causas obstétricas, geralmente evitáveis, gerou uma busca pela escolha do referencial teórico metodológico a ser utilizado na coleta de subsídios para tal estudo.

Optou-se em trabalhar utilizando a pesquisa qualitativa, que poderá proporcionar perspectivas teórico-metodológicas e compreender a família, bem como as suas percepções na perda brusca e a relação desta com os serviços de saúde.

Decidiu-se estudar as famílias das mulheres por se compreender que aquelas abrangem a realidade vivenciada por estas durante o seu estado gravídico e por se entender que a família passou e passa por momentos difíceis e de aceitação dos fatos. Durante o período de 1990 a 1997, na cidade de Maringá, PR, ocorreram 15 óbitos maternos diretos (resultante de complicações obstétricas, de intervenções, omissões ou tratamento incorreto durante a gravidez, parto ou puerpério) e foi possível encontrar apenas 09 famílias, portanto essa foi a amostra da pesquisa.

Tendo em vista o propósito da pesquisa, optou-se pela associação e adaptação de uma metodologia que permitisse conhecer como um todo o percurso das famílias em relação ao atendimento recebido e ao óbito ocorrido. Desta forma, acredita-se que a adaptação dos pressupostos teóricos de Imogene King (GEORGE, 1993), os quais estão centrados no cuidado e na saúde dos indivíduos e grupos e a associação aos cinco passos utilizados por Hill e Hansen (REEDER, 1978), voltados para a atenção à maternidade centrada na família, para uma estrutura social da família, para a interação dos membros com a comunidade, poderiam dar subsídios para uma melhor

compreensão dessa problemática. Foram destacadas como pressupostos norteadores seis categorias analíticas conceituais para análise das falas das famílias. Neste trabalho, optou-se apenas pela categoria 'a interação familiar voltada para a saúde' (influenciada pelas percepções, valores, ações, motivos, crenças); o pré-natal, o sistema de referência e contra-referência e a preocupação da família com a saúde da gestante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A grande maioria das mulheres (88,8%) que morreram pertenciam a famílias que recebiam em média 01 a 03 salários mínimos e moravam na periferia da cidade. Essas condições se revelaram como um fator dificultador para a participação, principalmente do marido, em todo o processo gestacional da mulher. Sendo assim, poucos maridos tiveram condições efetivas de participar das consultas pré-natais de suas mulheres. Porém essa situação não impediu, de acordo com as entrevistas, que eles estivessem cientes das consultas, envolvidos com os exames, orientações quando elas aconteciam. Mais do que isso, todos eles cobravam das mulheres a ida à assistência pré-natal, mesmo quando elas alegavam ser desnecessária a consulta por se sentirem bem.

Um dos grandes problemas colocados como causa da mortalidade materna é o não comparecimento da gestante ao pré-natal, o seu desconhecimento da gravidez e até mesmo uma dificuldade cultural em compreender as informações. Esses problemas não abrangem as mulheres desta pesquisa. Todas as mulheres realizaram mais de 06 consultas de pré-natal, que é o preconizado pela OMS / Ministério da Saúde (BRASIL, 1986). Tinham ainda conhecimento da gravidez, na maioria dos casos planejada. Em relação às informações, as mulheres apresentavam uma escolaridade razoável (33,4% com pelo menos o 1º grau incompleto) e os maridos e as mães das gestantes compreendiam as informações e reforçavam essas orientações.

Acreditar que essas mulheres, por serem de classes socialmente inferiores, não tenham condições de compreender as informações

recebidas leva a concluir que a culpa de morrer seja delas mesmas e sabe-se que o problema é em grande extensão de ordem estrutural das instituições provedoras da assistência, e acaba refletindo-se na má qualidade dos serviços prestados à população. É inquestionável que os fatores socioeconômicos exercem grande influência no estado de saúde, mas mesmo assim, com a interação familiar, é possível entender e compreender as situações determinadas.

A interação familiar se dá a partir de situações concretas que via de regra são vivenciadas diante dos fatos.

[...] logo que ela ficou grávida, eu cheguei do serviço e ela estava chorando, ela disse que o patrão, mandou que ela subisse as escadas e separasse as peças, até que ela não agüentasse, até que ela estivesse se arrastando. Então eu conversei com ela, ela foi lá e pediu as contas, aí ela ficou em casa, fez um acerto” (F1).

[...] ela não tinha nenhuma dificuldade de trabalhar, em casa eu lavava toda a roupa para ela não se esforçar (F2);

[...] ela trabalhava, aí quando ficou grávida ela saiu do trabalho, porque lá, o serviço era muito pesado (F3).

Esses três discursos revelam dois pontos opostos que acabam derrubando o argumento de que as gestantes e seus familiares têm dificuldade de entender as orientações médicas e de que isto contribuiria para a ocorrência da tragédia.

A primeira fala revela a incompreensão do ser humano, se é que assim se pode chamar uma pessoa com maior informação, como é o caso do empregador, que nega o direito de uma mulher de gestar e trabalhar. Além disso, mostra a falta de conhecimento da mulher e do marido, dos direitos que a lei garante à gestante. Refletindo melhor, talvez não seja exatamente desconhecimento da lei, mas dificuldade em fazer valer os seus direitos por achar-se dependente do emprego, segundo suas necessidades.

Segundo Beauvoir (1980), em uma sociedade convenientemente organizada, em que o filho estivesse até certo ponto a cargo da

coletividade, a mãe tratada e auxiliada, a maternidade não seria absolutamente incompatível com o trabalho feminino.

Fica então a indignação de se constatar que a maternidade permanece como mero ato de parir, ato este irrealizável juntamente com outras funções da mulher. Assim, o conceito da mulher incapaz de exercer as duas funções, de mãe e mulher, é compatível com a idéia de algumas pessoas obtusas, de pensamentos e sentimentos. Essa, sem sombra de dúvida, é uma questão cultural, que tem uma historicidade longínqua. O existir da mulher, o exercer o seu papel de mulher como agente social, como mãe e mulher, cidadã com direitos e deveres, defronta-se com a realidade imposta pela sociedade.

Faúndes (1996) pontua que reconhecer os direitos das mulheres é conceber a mulher não apenas como do outro, objeto ou propriedade do homem, esposa de alguém, mãe de alguém, filha de alguém; mas como um ser para si mesmo, com uma história própria a construir, da qual deve ser protagonista e responsável.

No caso da mulher trabalhadora, os valores sociais, éticos e morais pesam mais do que nos homens. A própria sociedade valoriza o homem, deixando margens de pouco ou nenhum interesse à mulher, quando esta não está produzindo satisfatoriamente.

O segundo discurso demonstra o valor da maternidade para a família. É o pai assumindo seu papel não apenas como reprodutor, mas como co-responsável durante toda a gestação; assumindo encargos socialmente declarados femininos, se envolvendo com toda a situação, se “engravidando”.

Para Faúndes (1996), é durante a gravidez que a mulher é mais valorizada, nem tanto por ela, mas principalmente pelo filho que carrega. Mesmo assim o homem não desempenha tarefas domésticas no período de gestação da esposa e esta, não tendo poder de negociar, acaba assumindo tarefas e responsabilidades que ao longo do curso gestacional podem ser prejudiciais. A falta de colaboração dos maridos pode dificultar a assistência pré-natal. No caso desta pesquisa, os dados revelam os maridos mais compromissados com a saúde de suas esposas. Pode até acontecer a dificuldade de algumas gestantes em compreender as

informações, porém a pesquisa mostrou que o envolvimento familiar foi real, concreto, palpável, o que sem dúvida facilitou a compreensão e contribuiu para uma gestação tranqüila.

Os discursos mostram ainda a precariedade do atendimento, da assistência, da referência e da contra-referência. Essa é uma das questões que mais aflige as mulheres, os familiares e até mesmo o profissional de saúde. Tanaka (1995) definiu essa precariedade como peregrinação para a morte. Nas palavras de Berezowski (1995),

Os óbitos são trágicos, uma vez que atingem um contingente de indivíduos que estão em seus períodos de maior produtividade e responsabilidade. Pode-se dizer que atingem o núcleo fundamental da sociedade, a família, ceifando de seu convívio a mulher, sobre a qual apóia-se a organização da família (p. 1001).

As mulheres que foram a óbito realizam as consultas de pré-natal e o mínimo que esperavam era um lugar para a realização do parto, com o médico que a acompanhou durante os nove meses. Mas, ou elas vão para um hospital público, que no caso de nossa região não tem leitos suficientes, ou acabam sendo muitas vezes transferidas para o hospital de plantão. Com toda a mudança do SUS, com a dificuldade de atendimento em alguns hospitais, as mulheres acabam procurando os profissionais das cidades vizinhas para atendimento do pré-natal e realização do parto (depois de 1999, esse problema foi resolvido com Hospitais de referência na assistência ao parto).

Desta forma, esse foi um dos pontos que diminuiu a taxa de mortalidade materna em Maringá, PR, as mulheres passaram a morrer nas cidades vizinhas. Tanto os hospitais como os profissionais de saúde dessas cidades não estão preparados para receber e tratar casos mais graves. Mesmo uma cesárea torna-se um risco dobrado, pois os profissionais que atendem para a realização da cesárea / parto e da anestesia não são especializados. Assim os discursos revelaram:

[...] Não teve nenhuma complicação na gravidez. Ela ia todo mês na clínica da Doutora e não pagava nada, no final ela foi ao postinho, ela tinha medo do hospital X (F4);

[...] Foi só a médica que examinou ela, quando ela chegava da consulta, ela contava tudo o que tinha acontecido grave, a única coisa que reclamava era disso [...] (F5).

Para os maridos, a realização dos exames de rotina e a não ocorrência de complicações durante o pré-natal causam a ambivalência no entendimento dos acontecimentos. Se estivesse tudo bem, por que ela morreu? Essa pergunta provavelmente não terá resposta, porque se torna cada vez mais difícil aceitar um óbito materno diante de tanta tecnologia. Assim, isso vem reforçar um sentimento de culpa, se não de culpa, pelo menos de um certo descaso por parte dele ou da família.

Tudo isso significa o sofrimento. Os maridos têm a consciência de que tudo fugiu ao seu alcance. Mesmo assim, relatam que talvez não tivessem prestado a devida atenção a uma queixa da mulher, não tivessem olhado direito, não se houvessem preocupado o suficiente, não tivessem dado a devida importância, tenham faltado à compreensão do outro, que permitiria construir qualquer coisa após tanta fragilidade. Esse sentimento é tão confuso e doloroso que a grande maioria dos entrevistados sempre teve vontade de conversar com o médico sobre o ocorrido, mas nunca teve coragem. É como se fugissem da constatação de sua suposta culpa. Preferem o ônus da dúvida. E assim a compreensão da morte se torna um processo muito mais difícil e a reestruturação familiar um caminho penoso rumo ao esquecimento e à não aceitação.

A ausência aparente de sofrimento pela perda da mulher denota a busca da causa de tanta dor, revolta, angústia. Nesse momento, qualquer atitude que esclareça os pontos obscuros, que os tire dessa indiferença com a vida tornaria a crueldade por que passam menos dolorosa. Um marido relatou que o sogro foi procurar o médico depois de algum tempo, e disse:

O senhor está lembrado de mim?
"Este respondeu que não." Como? O
senhor mata minha filha e esquece?

O medo dos familiares de constatar que o que foi trágico para eles não passou de um fato totalmente passível de esquecimento é provavelmente o que os inibe de procurar explicações. Para eles, o tempo não irá encerrar a dor. Eles tentarão reconstruir suas vidas, lembrando com emoção a imagem da mulher e da morte. Mas mesmo assim, com o passar do tempo, conservarão no imaginário a busca por explicações.

O problema de referência e contra-referência ainda é um fator agravante. Aponta no sentido de uma reformulação do atendimento do SUS, da ampliação do atendimento e da profissionalização técnica e científica dos profissionais, visto que em alguns casos a realização do parto foi feita por atendentes de enfermagem ou por médicos generalistas.

Alguns fatos chamaram a atenção em relação às duas famílias que se recusaram a falar. As mulheres que foram a óbito eram solteiras, sem companheiros, a família não chegou a conhecer o pai da criança e as mães não acreditavam muito na gravidez. Uma chegou a relatar: minha filha não morreu disso, ela era virgem, foi enganada. Outro fato importante foi a localização dos endereços, difícil, mas não impossível. Em um caso específico, no momento em que se procurou o antigo endereço e se perguntou pela família que morava ali, ninguém soube informar; mas ao se perguntar de uma mulher que morreu "*de parto*" as pessoas se recordaram e forneceram os endereços de todas as famílias.

Uma situação interessante aconteceu na localização de um dos endereços. Na rua indicada não existia o número. Foi então indagado a uma garota de uns 14 anos se ela conhecia aquela família. A resposta foi negativa. Quando questionado se conhecia uma mulher que havia morrido "*de parto*" havia uns quatro anos atrás ela disse: 'Ah! O marido não mora mais nessa rua, mas a mãe dele, mora lá para cima, eu vou te ensinar'. Isso pode revelar o quão perturbadora é a morte de uma mulher no período gestacional

não só para a família mas também para o grupo social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte da mulher no momento do parto e a dúvida quanto à culpabilidade pelo evento transformam os sentimentos em uma dor que não diminui com o passar do tempo. Os viúvos entrevistados haviam perdido suas mulheres entre um e sete anos; no entanto independentemente do tempo transcorrido os sentimentos eram os mesmos, de dor, de saudade, de falta. A emoção no momento da entrevista era a mesma, o choro, o desespero, a angústia.

Esse sentimento permanece tanto no marido como nos familiares. Como durante o pré-natal não houve intercorrências e foi bom o atendimento nesse período, a morte súbita ou se mostra como algo inevitável, trágico, ou uma falha deles em algum momento. Como via de regra a pesquisa mostrou que não houve explicações sobre o ocorrido e, quando as houve, não eram compreendidas, a tendência é sempre o marido se sentir culpado. Essa culpa se revelou não como algo sólido, mas como um sentimento ambíguo, porém profundamente invasivo.

O tempo não apagou esses sentimentos que permanecem vivos, e apenas precisam ser tocados para virem à tona. Para as famílias, a dor da perda vem sobrecarregada de sentimento de revolta e da constatação da desigualdade e do descaso no atendimento. Sentem-se menosprezadas, incompreendidas, impotentes frente à injustiça. Suas falas revelam a falta de humanismo por parte das instituições de saúde.

A compreensão do drama da morte materna, na perspectiva do viúvo, leva a questionamentos a respeito da formação do profissional de saúde. A atuação dos profissionais de saúde necessita se adequar à realidade e à necessidade da população. Estes precisam ser preparados e capacitados para atender a mulher no ciclo gravídico puerperal, e atendê-la em todos os aspectos. Não vê-la apenas como uma barriga grávida, mas sim como um todo, abrangendo os aspectos emocional

e familiar. É clara a necessidade de se investir em uma formação profissional não só qualificada tecnicamente, mas profundamente humanizada. Uma formação humanizada, que permita uma visão de cidadania, não individualizada, mas coletiva. Uma visão de que a cidadania é a luta por direitos iguais para pessoas desiguais. Uma formação para que a cidadania não seja apenas um direito, mas algo inerente ao ser humano.

O clima emocional carregado acabou gerando um maior espaçamento entre as entrevistas, permitindo ao entrevistador um

certo “fôlego” para se recompor do desgaste emocional causado pelo processo de coleta de dados.

Foi ainda possível observar que a emoção, a tristeza, a não aceitação da tragédia são iguais para todos, não importando o tempo transcorrido desde o óbito. Mas chamou a atenção de que os maridos que já tinham outros filhos reconstruíram suas vidas, até em função da sua educação e criação, enquanto os que ficaram com a criança ou ficaram sozinhos ainda não tinham conseguido se casar novamente.

FAMILY PROBLEMS AND MOTHER'S DEATH

ABSTRACT.

The objective of this work was to investigate the impact of the death of a mother in the family context, the respect to health rights, and the efficiency of the prenatal care in the women health care. This is a qualitative research, with adaptation of two theoretical presuppositions: the one of Imogene King, which is centered in the care and in the individuals' health and groups, and the association to the five steps used by Hill & Hansen which are concerned with the attention to the maternity centered in the family, for a social structure of the family, in order to have the interaction of the members with the community. The sample was composed of 9 families of women that had died, from 1990 to 1997. The woman's death during childbirth and the doubt regarding who was to be blamed for the event, turn the feelings into a pain that does not decrease in the course of time. The widowers interviewees had lost their wives in a period of time of one and seven years. In spite of the elapsed time, the feelings of pain and loneliness were still the same among them. The emotion at the moment of interview, the crying, the despair and anguish were also similar. Time did not take away those feelings which remain strong and alive. For the families, the pain of loss comes overloaded with anger caused by the certainty of the inequality and the disregard in the health services. They feel despised, misunderstood, and helpless facing the injustice of the death and the kind of attendance they have had.

Key words: Maternal death. Family. Health.

LA PROBLEMÁTICA FAMILIAR Y LA MUERTE MATERNA

RESUMEN.

El objetivo de este trabajo fue investigar el impacto de la mortalidad materna al ámbito familiar, el respecto al derecho a la salud y la eficiencia de la asistencia prenatal en la asistencia a la salud de la mujer. Se trata de pesquisa cualitativa, con el uso de la adaptación de dos presupuestos teóricos: los de Imogene King, los cuales están centrados en el cuidado y en la salud de los individuos y grupos, y la asociación a los cinco pasos utilizados por Hill y Hansen, a los cuales están orientados para la atención a la maternidad centrada en la familia, para una estructura social de la familia, para la interacción de los miembros con la comunidad, podrían dar subsidios para una mejor comprensión de esta problemática. La muestra fue compuesta de nueve familias de mujeres que tuvieron óbitos directos en el periodo de 1990 a 1997. La muerte de la mujer en el momento del parto y la duda cuanto a la culpabilidad por el evento transforman los sentimientos en un dolor que no disminuye con el pasar del tiempo. Los viudos entrevistados habían perdido sus mujeres entre uno y siete años; mientras tanto independientemente del tiempo transcurrido los sentimientos eran los mismos, de dolor, de salud, de falta. La emoción en el momento de la entrevista era la misma, el choro, el desespero, la angustia. El tiempo no apagó esos sentimientos que permanecen vivos, y solamente necesitan que sean tocados para resurgieren. Para las familias, el dolor de la pérdida viene sobrecargado del sentimiento de revuelta y de la constatación de la desigualdad y del descaso en el atendimento. Siéntense menospreciadas, incomprendidas, impotentes frente a la justicia de la muerte y del atendimento recibido.

Palabras Clave: Mortalidad materna. Familia. Atención a la salud.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília, DF, 1994. 117 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Assistência Pré-Natal- Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. 40 p.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo- a experiência vivida**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- BEREZOWSKI, A.T. et al . Mortalidade materna: análise dos últimos 10 anos do centro médico universitário de Botucatu- UNESP. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 1001-07, nov /dez. 1995.
- FAÚNDES, A. Gênero, poder e direitos sexuais e reprodutivos. **FEMINA**, São Paulo, v. 24, n. 7, p. 661-670, ago. 1996.
- GEORGE, J. Imogene King. In: GEORGE, J. **Teorias de enfermagem os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre:Artes Médicas, 1993. p.174-189.
- REEDER, S. R. et al. **Enfermeria materno infantil**. Washington: Oficina Sanitária Pan-americana, 1978.
- TANAKA, A. C. A. **Maternidade - dilema entre nascimento e morte**. Rio de Janeiro:Hucitec, 1995.

Endereço para correspondência: Sandra Marisa Pelloso. Endereço. Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem. Av. Colombo, 5790. CEP: 87.020-900. Maringá - PR. E-mail: smpelloso@uem.br.