



## CLÍNICA

### GESTAÇÃO DE RISCO: PERCEPÇÃO E SENTIMENTOS DAS GESTANTES COM AMNIOREXE PREMATURA

GESTACIÓN DE RIESGO: PERCEPCIÓN Y SENTIMIENTOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON AMNIOREXE PREMATURO

\*Costa, M da C., \*\*Bezerra Filho, JG., \*\*\*Andrade Bezerra, MG., \*\*\*\*Veríssimo de Oliveira, MI., \*\*\*\*\*Carvalho de Oliveira, RM.,\*\*\*\*\*De Vasconcelos Silva, AR.

\*Enfermeira. UNIFOR, Ceará. \*\* Doutor em Saúde Pública. Docente do Programa de Pós Graduação UFC/UECE. \*\*\*Mestre em Enfermagem, Professora da Universidade de Fortaleza, Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand-Universidade Federal do Ceará. \*\*\*\*Mestre em Saúde Pública, Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand-Universidade Federal do Ceará. \*\*\*\*\*Mestre em Enfermagem, Fortaleza, Ceará. Brasil.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco. Emoções. Conhecimentos. Gestantes.

Palabras clave: Embarazo de alto riesgo. Emociones. Conocimiento. Mujeres Embarazadas

Keywords: High Risk Pregnancy, Emotions, Knowledge, and Pregnant Women

### RESUMO

Amniorrexe prematura, gestação de risco, tornou-se preocupação mundial devido os agravos na gestante e no feto. Objetivamos identificar o conhecimento de gestantes sobre amniorrexe prematura e conhecer suas percepções e seus sentimentos diante desta patologia. Estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma maternidade pública. Participaram 11 gestantes internadas com o diagnóstico de amniorrexe prematura, nos meses de setembro e outubro de 2007. Utilizou-se na coleta de dados entrevista semi-estruturada de onde emergiram as categorias: conhecimento das gestantes em relação à amniorrexe prematura, necessitando de informações, sentimentos vivenciados, reação diante do rompimento da bolsa das águas. Os resultados revelaram que as gestantes pouco conhecem da patologia, temem pela vida dos filhos e não sabem o que fazer diante dessa situação. Consideramos então a necessidade dos profissionais de saúde olhar para as gestantes como seres que necessitam de apoio e compreensão.

## RESUMEN

Amniorrexe prematuro, embarazo de riesgo, se convirtió en preocupación mundial debido a los agravios en la gestante y en el feto. Objetivamos identificar el conocimiento de las gestantes sobre amniorrexe prematura y conocer sus percepciones y sus sentimientos ante esta patología. Estudio descriptivo con un enfoque cualitativo, desarrollado en una maternidad pública. Participaron 11 gestantes hospitalizadas con diagnóstico de amniorrexe prematura, en los meses de septiembre y octubre de 2007. Se utilizó en la recogida de datos entrevista semi-estructurada a partir de la cual surgieron las categorías: conocimiento de las gestantes en relación con amniorrexe prematura, que requieren la información, los sentimientos experimentados, la reacción ante la ruptura de la bolsa de aguas. Los resultados mostraron que las mujeres saben poco de la enfermedad, el temor por la vida de sus hijos y no saben qué hacer ante esta situación. De ahí la necesidad de los profesionales de la salud de mirar a las gestantes como seres que necesitan de apoyo y comprensión.

## ABSTRACT

Premature amniorrhesis, risky pregnancy, became a global concern because of the harm to the mother and fetus. Aim to identify the knowledge of women of premature amniorrhesis and get to know their perceptions and their feelings about this pathology. Descriptive study with a qualitative approach, developed in a public maternity ward. 11 women participated while hospitalized with a diagnosis of premature amniorrhesis, in the months of September and October 2007. The collection of semi-structured data was used, from which emerged the categories: Women's knowledge in relation to premature amniorrhesis, requiring information, and their feelings experienced, and reaction before their water broke. The results showed that women know little of the disease, or fear for the life of their children, and do not know what to do before that. Additionally health care professionals should regard women as human beings that need support and understanding

## INTRODUÇÃO

A gravidez acarreta alterações emocionais e fisiológicas na mulher, pois ocorrem mudanças no corpo, no âmbito familiar e nas relações interpessoais. Assim, a adaptação psicológica às novas condições estabelecidas diante de uma gravidez requer uma reflexão da gestante e dos profissionais de saúde diante desse ciclo vital.

Nesse sentido, deve-se saber que, alguns fatores podem desequilibrar a frágil estrutura emocional de uma gestante, dificultando o seu processo de adaptação aos desafios impostos pela gravidez. Se isso ocorrer, poderá ocasionar prejuízos à sua saúde, desencadeando uma gravidez de risco.

A gravidez de risco a muito vem sendo discutida, tornando-se uma preocupação mundial, devido aos agravos que comprometem tanto a gestante quanto o feto, levando ao processo de doença que resulta em tratamentos de alto custo, causando impacto na economia do País.

Etimologicamente, a palavra risco é derivada do vocábulo "riscare", significando ousar. Assim, risco seria uma opção e não um destino. Para o Ministério da Saúde, a avaliação de risco não é tarefa fácil, uma vez que o conceito de risco associa-se a possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado. Especificamente, o conceito de risco gravídico surge para identificar graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto, puerpério e vida da criança em seu primeiro ano. Na assistência pré-natal, a gestação de alto-risco diz respeito às alterações relacionadas tanto à mãe como ao feto<sup>1</sup>.

A gravidez traz em si mesma, risco para a mãe e para o feto. No entanto, em cerca de 20% delas, este risco está aumentado, sendo então, incluídas entre as chamadas gestações de alto risco, em contraposição às "normais", ditas de baixo risco. Assim, conceitua-se gravidez

de alto risco como “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”<sup>2</sup>.

Para alguns autores<sup>3</sup> entre as gestações consideradas de risco encontra-se a amniorrexe prematura, ou seja, a ruptura das membranas ovulares ocorridas antes do início do trabalho de parto, independente da idade gestacional.

Vários autores<sup>4</sup> explicam que esta ruptura prematura das membranas ovulares (RPM) é uma condição comum acometendo 10% das gestações, este fato se dá quando ocorre solução de continuidade do córion e âmnio, sendo estas as membranas que limitam a cavidade amniótica durante toda a gestação, antes do início do trabalho de parto.

A incidência de amniorrexe prematura varia de 3% a 18,5%. Aproximadamente 8% a 10% das pacientes com gestação a termo apresentam esta patologia<sup>5</sup>.

Quando ocorre antes da 37ª semana é classificada como amniorrexe prematura pré-termo, com incidência que varia de 3% a 19% de todas as gestações e é responsável por cerca de 30% de todos os partos prematuros<sup>3</sup>.

Na visão dos autores<sup>6</sup> quando a gestação encontra-se de termo, o parto se desencadeará espontaneamente dentro de 24 horas em 80% dos casos. Quanto mais longe do termo, maior o período de latência. Este período corresponde ao intervalo entre a ruptura das membranas e o parto. Quanto maior for este intervalo, maiores serão os riscos de infecções maternas, fetais ou neonatais. A ruptura é dita prolongada quando este período de latência é superior a 24 horas, e quanto menor a idade gestacional maior será este período. Quanto aos indicadores de risco para amniorrexe prematura pode-se considerar: as infecções maternas do trato urinário, cervicites (mycoplasma, chlamydia e ureaplasma) e as DST's (gonorréia, chlamydia e tricomonas); as infecções intra-uterinas; incompetência istmocervical; gestação múltipla; polidrâmnio; o tabagismo; déficit nutricional; história prévia de amniorrexe prematura e história familiar de amniorrexe prematura.

Logo, a amniorrexe prematura é uma ocorrência obstétrica complexa e de risco, pois sua etiologia é pouco conhecida, seu diagnóstico é difícil, os riscos maternos e neonatais são significativos e seu manejo é controverso.

Nessa perspectiva, diante do número considerado de grávidas com amniorrexe prematura se faz necessário refletir se mulheres ao desenvolverem uma gestação de risco necessitam de tratamento e cuidados especiais, sobretudo nos aspectos emocionais. Portanto, é importante se avaliar a compreensão destas gestantes sobre a amniorrexe prematura e do impacto destas informações, com o intuito de minimizar os fatores estressantes, pois a grávida na qual se identificou um fator de risco, poderá intensificar suas dificuldades para as adaptações emocionais. Conforme afirmou alguns autores<sup>2</sup>, o simples fato de receber a identificação de “alto risco” é suficiente para que a grávida se identifique como diferente em contraposição com a gestação de baixo risco (normal).

Então, considerando as necessidades dessas grávidas, as lacunas existentes na enfermagem acerca de estudos sobre amniorrexe prematura, a importância de se desenvolver esse conhecimento, aliados ao nosso interesse sobre o tema, e fundamentadas em autores<sup>7</sup>, sobre a definição de que perceber está ligado à aquisição de conhecimento por meio dos sentidos, com ênfase no ver, optou-se por desenvolver este estudo que tem como objetivo identificar o conhecimento destas gestantes sobre a amniorrexe prematura e conhecer suas percepções e os sentimentos diante de uma gestação de alto risco.

O conhecimento, tão profundo quanto possível, das adaptações do organismo materno é passo indispensável. Quem não conhece a fisiologia do estado gravídico não saberá

valorizar adequadamente as queixas e, como conseqüência, fará diagnóstico incorreto e instituirá tratamento ineficaz ou iatrogênico<sup>2</sup>.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, as quais contem entre seus preceitos qualitativos à descrição, em que o pesquisador observa, conta, descreve e classifica.

O estudo foi desenvolvido em uma maternidade pública, na cidade de Fortaleza, classificada pelo Ministério da Saúde, como nível terciário, considerada como centro de referência para todo Estado do Ceará, Brasil. Tem como missão promover a formação de recursos humanos, em ações de aprendizado, ensino, pesquisa e extensão, buscando a excelência no atendimento global e humanizado à saúde da mulher e do recém-nascido. Esta maternidade tem em sua estrutura física uma área com 44 leitos destinados ao internamento de gestantes de risco e um local com cadeiras, mesas, som e televisão em que as gestantes desenvolvem trabalhos manuais e palestras.

Participaram 11 gestantes com o diagnóstico de amniorrexe prematura independente da cor, da raça, da religião ou do grau de instrução, internadas nos meses de setembro e outubro de 2007 na maternidade que abrigou o estudo. O quantitativo de participantes se fez a partir da saturação dos dados

Utilizou-se para coleta uma entrevista semi-estruturada dividida em duas partes. A primeira contemplou os dados de identificação e obstétrico. A segunda teve como fio condutor três questões norteadoras, a saber: O que você sabe sobre amniorrexe prematura? Como é para você estar vivenciado este momento? Conte-me como você reagiu quando percebeu ou soube que sua bolsa das águas tinha rompido.

Como recurso para registro das informações foi utilizado um gravador, para a validação da entrevista, após a entrevista as pesquisadoras efetuaram retrocessos nas fitas com a finalidade de que a entrevistada ouvisse, confirmasse ou discordasse do que foi gravado; caso houvesse discordância a participante seria novamente entrevistada até a confirmação. As entrevistas foram posteriormente transcritas na íntegra.

Após a transcrição dos depoimentos e leitura detalhada das respostas, os dados obtidos nessas leituras foram organizados de acordo com as convergências das falas, da qual emergiram as categorias empíricas, que foram fundamentas em literatura relacionada com a temática. De acordo com determinados autores<sup>8</sup> essa é uma forma de organizar os dados mediante seu agrupamento em categorias. Ao finalizar essa etapa foram selecionadas as falas consideradas significativas, com a finalidade de autenticarem as conclusões e os significados das mesmas.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa. Quanto aos aspectos éticos, foram obedecidas as diretrizes e normas regulamentadoras contidas na Resolução 196/96 referentes à pesquisa com seres humanos obedecendo aos quatro princípios básicos da bioética que são: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

As participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, termo este possuindo duas vias, ficando uma com o sujeito da pesquisa e a outra com o pesquisador, no qual continha os objetivos da pesquisa, e foi informado acerca da divulgação dos dados fornecidos.

## ANÁLISE ORGANIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.

Participaram da pesquisa 11 gestantes que receberam codinome de sentimentos ou virtudes com a finalidade de manter o anonimato das informações. Para facilitar a compreensão do leitor organizamos os resultados em dois momentos, o primeiro momento chamado de caracterização das participantes, no qual as gestantes foram apresentadas em um quadro e o segundo momento foi à descrição das categorias.

**Quadro1:** Caracterização das participantes da pesquisa (MEAC-UFC, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007).

Codinomes	Anos	Grau de instrução	Estado civil	Pré-natal	Idade Gestacional (semanas)	Nº de gestações	Número de abortos
Amor	20	2º grau completo	solteira	6	32	1	0
Paz	20	1º grau completo	solteira	3	30	2	0
Felicidade	20	2º grau completo	união consensual	6	31	1	0
Esperança	34	1º grau incompleto	solteira	6	26	9	0
Caridade	25	Superior incompleto	solteira	2	25	1	0
Coragem	27	1º grau incompleto	solteira	2	33	6	5
Perseverança	38	Superior incompleto	casada	6	31	1	0
Fé	21	1º grau incompleto	união consensual	não lembra	30	4	0
Carinho	22	1º grau incompleto	união consensual	não lembra	33	3	0
Amizade	41	2º grau incompleto	união consensual	3	31	3	1
Humildade	32	1º grau completo	casada	1	28	6	0

Fonte: MEAC-UFC

De acordo com os resultados, as participantes encontram-se na faixa etária de 20 e 41 anos, chamamos atenção para as gestantes com idade maior de 35 anos considera pelo Ministério da Saúde<sup>9</sup> como idade de risco para a gravidez.

O grau de instrução predominante foi o ensino fundamental incompleto, correspondendo a quatro mulheres, havendo, ainda, duas com ensino fundamental completo, duas com ensino médio completo, uma com ensino médio incompleto, e duas cursavam o ensino superior.

Sabemos que a educação influi em todos os aspectos, ficando claro que se uma pessoa não tem educação adequada, possivelmente não terá boas condições financeiras, o que acarretará em péssimas condições de saúde. Os conhecimentos de saúde que os indivíduos, por si sós, não podem alcançar, são definidos por fatores como pobreza e desemprego, analfabetismo e sub-moradia, falta de serviços básicos, com saneamento, água e fatores sociais<sup>10</sup>.

Em relação ao tipo de união encontramos cinco solteiras, duas casadas e quatro em união consensual. Com relação à idade gestacional, quatro estavam respectivamente com 25, 26, 28 e 32 semanas, duas com 30 semanas, duas com 33 semanas, e três com 31 semanas.

Quanto ao número de gestações, três encontravam-se concomitantemente na segunda, quarta e nona gestação, quatro na primeira gestação, duas na terceira gestação e duas na sexta gestação. Sendo que destas, uma teve um aborto e outra cinco.

Em se tratando de consultas de pré-natal, quatro gestantes fizeram 6 consultas, 2 não sabem, duas fizeram 2 consultas, duas fizeram 3 consultas e uma fez uma consulta.

Sabemos que a assistência pré-natal é um fator importante na redução da mortalidade perinatal, o que se compreende facilmente, visto que muitas patologias maternas que afetam o feto podem ser tratadas ou controladas nesse período, evitando efeitos danosos para o produto. É preciso lembrar também que um pré-natal bem feito certamente orientará no sentido de se evitar alguns problemas específicos do parto ou mesmo para alguns cuidados imediatos do recém-nascido como a incompatibilidade sangüínea<sup>11</sup>.

O controle pré-natal, segundo recomendações de organismos oficiais de saúde, deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais ações preventivas e curativas, e deve ser observado um número mínimo de consultas. Seu sucesso depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia e do número de consultas realizadas. Este número varia de acordo com o mês de início e com intercorrências durante a gravidez. O Ministério da Saúde recomenda, no mínimo, seis consultas pré-natais para uma gestação a termo, em gestantes sem fatores de riscos detectados, com início precoce, até o quarto mês de gestação. O intervalo entre duas consultas não deve ultrapassar oito semanas<sup>12</sup>.

Pudemos então observar que das 11 gestantes, apenas 4 fizeram as consultas preconizadas para um pré-natal efetivo, o que nos remete a refletir sobre a possibilidade do risco de amniorrexe ter sido detectada previamente e estas gestantes terem sido preparadas para uma gestação com cuidados. Questionamos sobre a qualidade deste pré-natal, uma vez que os fatores de risco podem ser detectados e medidas podem ser tomadas para que minimizem uma gestação de alto risco.

## **Categorias**

A partir das falas das gestantes foram extraídas 4 categorias temáticas, a saber, conhecimento das gestantes em relação à amniorrexe prematura, necessitando de informações, sentimentos vivenciados, reação diante do rompimento da bolsa das águas, que serão descritas a seguir.

### **Conhecimento das gestantes em relação à amniorrexe prematura**

Nesta categoria os depoimentos revelaram que oito das participantes desconheciam a patologia e três relacionaram a sua etiologia a outros fatores que não o da amniorrexe, como gravidez agitada, idade avançada e esforço físico. O que nos faz pensar que estamos diante

de uma falha na comunicação entre o profissional de saúde e a gestante durante o atendimento, os profissionais de alguma forma podem estar explicando, contudo, as gestantes não estão compreendendo, o que observaremos nas falas das gestantes:

“... o que eu sei realmente são poucas coisas mesmo, sei pouquíssimas coisas sobre isso.” (Perseverança).

“Só disse que era pra mim ficar, e ficar internada.” (Coragem).

“... e eles falam que a perda de líquido se dá realmente por uma, por um fator que eles ainda não têm assim como dizer o que é exatamente...” (Fé).

O processo da comunicação não depende só da orelha, mas também de uma série de fatores, como, com quem se esta falando, sob que condições o ato da que esta ocorrendo (número de interlocutores, ruídos) e o objetivo da comunicação (social, de trabalho, de negócios)<sup>13</sup>.

Nesse sentido, as informações deveriam ser realizadas em forma de dialogo, visto que o propósito do diálogo é ultrapassar o atendimento individual, é explorar questões vistas como complexas ou difíceis, sob vários pontos de vista, e o seu resultado, é uma livre exploração que traz a tona total profundidade de experiências e do pensamento das pessoas, e ainda pode ir alem de suas visões individuais. Através do diálogo pode-se observar o próprio pensamento e, então percebê-lo como ativo, sendo, portanto, possível assumir uma postura de participação com criatividade para solucionar os problemas do cotidiano. Sendo assim, acreditamos que o dialogo pode permitir que os indivíduos expressem suas necessidades, seus desejos, e seus pensamentos e elaborem /negociem a forma de satisfaze-las<sup>14</sup>.

### **Necessitando de diálogo/informação**

Sabemos que mulher precisa de informações sobre sua saúde e seus direitos para desenvolver uma gestação sadia. Nesta categoria pudemos perceber que as gestantes necessitam de informação, como nos revelam as falas a seguir:

“... não sei, acho que... eu tive um horror de filho e nunca tive esse problema. É porque o menino é miúdo é?!” (Esperança).

“É assim eles não dão a explicação totalmente como é, eles só ficam só observando mais a gente (...) me deram duas injeções pra fortalecer o pulmão da criança quando eu vim pra cá. E eu passei sete dias tomando ampicilina e agora eu to sem o soro, sem nada, só tomo sulfato ferroso e estou em observação, só isso mesmo.” (Paz).

A assistência no período gravídico tem como objetivo acolher a mulher desde o inicio da gravidez, assegurando o seu término, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal. Para que essa atenção ocorra o Ministério preconiza a incorporação de condutas acolhedoras<sup>15</sup>.

Nessa perspectiva, os profissionais que atuam com gestantes devem vê-las com uma "concepção de pessoa humana", procurando estabelecer mecanismos de interação que desvelem as verdadeiras necessidades e seus significados. Não devem assumir uma posição superior, vendo as gestantes como pessoas indefesas, fracas e submissas. Se o serviço e os profissionais assumirem uma posição de igualdade, respeito e confiança em relação às suas experiências e aprendizagens adquiridas, a relação será de

desenvolvimento emocional e de crescimento mútuo, considerando as necessidades biopsicossociais e culturais da mulher grávida<sup>16</sup>.

### *Sentimentos vivenciados*

Vários sentimentos foram pontuados, entre eles, tristeza, angústia, medo, preocupação, ansiedade, calma e vontade de fugir.

Os sentimentos, medo e preocupação foram manifestos, pelo fato de não saberem o que poderia ter ocorrido ou está acontecendo aos seus filhos dentro do ventre agora sem a bolsa íntegra para protegê-los. Para pessoas leigas, o fato de a bolsa romper significa que seu filho irá nascer logo a seguir, o que gera preocupação e medo quando isso não ocorre. Isto nos alerta da importância de prover a assistência holística a gestante fornecendo-lhe os esclarecimentos necessários para que possa acalmá-la sobre a saúde do seu bebê. As depoentes assim se expressaram:

“... é uma coisa que você fica guardando, não sabe o momento, quando e como vai ser, se vai dar certo ou não. Fico preocupada” (Caridade).

“Fiquei com medo, sei lá, fiquei com medo de morrer naquela hora. Eu e o neném” (Humildade).

“Eu pra mim eu ia perder...” (Coragem).

Nas leituras dos discursos podemos inferir que a tristeza expressa se dá pelo fato de que nenhuma mulher deseja, nem está preparada, para que ao invés de ter uma gestação tranqüila, tenha que ficar internada na possibilidade de perder seu filho, como foi manifestado nas seguintes falas:

“Pra mim está sendo triste, né? De está aqui dentro, uma coisa que nunca aconteceu comigo, né?” (Paz.).

“Eu tive a expectativa de engravidar e tudo, engravidei, gostaria muito de mantê-la (...) tristeza pela situação que eu me encontro né?” (Perseverança).

“(...) faz 8 dias amanhã que eu estou aqui, eles não decidem uma coisa, nem outra” (Humildade).

A possibilidade de um parto antecipado rompe com o sonho de ter o filho no tempo normal, livre de intercorrência uma vez que as condições físicas decorrentes de patologias maternas ou relacionadas com a gravidez interferem no processo gravídico podendo resultar em hospitalização<sup>17</sup>.

O tempo prolongado de hospitalização nos leva a deduzir que foi o motivo das participantes expressarem o sentimento de angústia ao manifestarem o desejo de retornarem aos seus lares, por não saberem o que está acontecendo com os seus familiares: Eis os depoimentos:

“Estou muito angustiada, esperando alguma notícia se vou ter logo, ou não vou. Só angústia, sinto vontade de ir para casa.” (Amor)

“A minha vontade é de sair daqui e ir para casa” (Carinho)

“Eu já pedi a ele pra ir pra casa e ele disse que eu não podia não (...) aí insistiu pra mim ficar aqui até o dia do meu parto”. “Que não é pra eu ir pra casa” (Coragem)



Faz-se necessário lembrar que, as mulheres durante muitos anos foram detentoras das práticas de saúde, cujos significados persistem na atualidade e remetem à importância da mulher no processo de cuidar da família<sup>18</sup>. Observamos a força dessa prática quando as gestantes manifestaram preocupação tanto para com o filho que estavam esperando, como também com os filhos que se encontravam em casa. As participantes a seguir se manifestaram:

“... eu se preocupo mais, é assim, eu fico pensando só em meus filhos que estão lá...” (Fé)

“... Acho difícil, sinto dor de cólica, por mim eu tava em casa, porque eu tenho uma menina mais nova, tem 10 meses.” (Humildade).

“Eu acho é ruim fica sem meu filho que tá lá né, que num tá comigo o outro. O filho da minha irmã. Eu tô, tenho pena dele porque ele é direto comigo, eu tenho pena dele. Meu pensamento é só nele aqui dentro...” (Coragem).

### **Reação no momento do rompimento da bolsa das águas.**

Nessa categoria observamos as mais diversas atitudes, a grande maioria ficou confusa por não saberem se o que estava ocorrendo era fisiológico ou não, traduzidas nos seguintes discursos:

“Chorei muito pensando que a minha filha ia morrer, só o que eu soube fazer na hora foi chorar.” (Amor).

“Eu achei que ia ter o menino prematuro, aí a gente fica nervosa com medo de acontecer alguma coisa com o bebê.” (Amizade).

Porém, algumas se mantiveram calmas, no momento em que percebeu que sua bolsa havia rompido, como se reportam as falas:

“Eu me mantive muito calma até, vim com muita calma e tudo porque eu sabia que quanto mais nervosismo eu poderia prejudicar e perder, a perda de líquido ia ser maior ainda.” (Perseverança).

“Fiquei preocupada não.” (Fé).

É preciso levar em conta que as pessoas nem sempre conhecem as razões que as levam a agir de determinada maneira na vida diária. A atuação do profissional de saúde adequada que busca o atendimento das reais demandas por cuidados dos usuários de saúde, é um grande desafio, cujo alcance deve ser objeto de dedicação das instituições de saúde e de seus profissionais, sobretudo daqueles que atuam em instituições que atendem a população de baixa renda<sup>18</sup>.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo nos revelou que as gestantes pouco conhecem a patologia, temem pela vida de seus filhos e não sabem o que fazer diante dessa situação. Desta forma a gravidez não deve ser um evento estressante no sentido patológico, uma vez que já o é fisiologicamente, e que o profissional da saúde, sobretudo o enfermeiro, deve estar atento a modificações e anormalidades que possam estar surgindo durante uma gestação. O acompanhamento da gestação é importante, pois visa não deixar ocorrer transtornos para a mãe, pois afetará diretamente o feto, que é sensível aos fatores emocionais. Quando uma mulher se depara

com uma gravidez de alto risco poderá ter dificuldade de responder positivamente mudanças do seu organismo.

Diante destes dois fatores conhecimento e percepção, podemos alertar os profissionais de saúde quanto à assistência de uma mulher nesta fase da vida que por si só traz uma gama de sentimentos ambíguos, que tornam a gravidez um momento único e intenso quanto aos sentimentos, sobretudo o medo e preocupação. No caso de amniorrexe prematura, o fato da gravidade é bem mais intenso, pois a mãe não tendo conhecimentos sobre seu estado de saúde, não poderá participar ativamente do processo da gestação, a partir do momento que lhe é dito apenas que a bolsa de águas rompeu antes do tempo, o bebê está bem e que tem que esperar pelo curso “normal” da gestação, gera na mãe uma ansiedade quanto ao que realmente ela está esperando.

Logo, consideramos que a enfermagem deve atuar identificando as ansiedades das gestantes com amniorrexe prematura, minimizando sofrimentos, esclarecendo-as sobre a doença, formas de tratamento, orientando-as para o auto cuidado evitando infecções, preparando-lhes para o enfrentamento de possíveis complicações no feto e internação deste. Pois, acreditamos que estes cuidados e a contribuição das ações públicas favoreçam o acesso aos serviços de saúde permitindo melhorias na qualidade da assistência, com ações que integram todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém nascido.

## REFERÊNCIAS

1. Gomes R, Cavalcanti LF, Marinho ASN, Silva LGP. Os Sentidos do Risco na Gravidez Segundo a Obstetrícia: um estudo bibliográfico. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2001; 9 (4): 62-67.
2. Tedesco JJA. A grávida: suas indagações e as duvidas do obstetra. São Paulo (SP): editora Atheneu; 2002.
3. Guedes RAA, Valença YMP, Oliveira RN, Lima, SRG. Prognóstico materno e perinatal em gestações complicadas por amniorrexe prematura. Ginecologia e Obstetrícia Atual 2001 jan./fev; 1 (2): 16-18.
4. Pierre AMMA, Bastos GZG, Oquendo RJ, Alencar CA. Repercussões maternas e perinatais da ruptura prematura das membranas até a 26ª semana gestacional. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2003 mar; 25 (2): 109-114.
5. Assis JB, Martins DP. Amniorrexe prematura. Disponível em: <http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Amniorrexe%20prematura.ppt>. Acesso em: 26/03/07
6. Santos LC, Amorim MMR. Amniorrexe prematura – diagnostico e conduta. Revista Femina 2002 jan/fev; 30 (1): 21-28.
7. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
8. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 4ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2001.
9. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco. Brasília (DF); 2000.

10. Santos ZMSA, Albuquerque VLM, Sampaio FHS. Vacinação - o que o usuário sabe? Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2005; 18 (1).
11. Laurenti R, Buchalla CM. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades II — Mortalidade perinatal segundo peso ao nascer, idade materna, assistência pré-natal e hábito de fumar da mãe. Revista de Saúde Pública. [periódico on line] 2007 nov; [citado junho de 1985]; 19 (3): [aproximadamente 7 telas]:Disponível: <http://www.scielo.br>
12. Bettioli H, Aragão VMF, Ribeiro VS, Alves MTSSB, Mochel EG, Silva AAM, Coimbra LC. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Revista Saúde Pública. [periódico on line] 2007 nov; [citado ago 2003]; 37 (4): [aproximadamente 7 telas]:Disponível: <http://www.scielo.br>
13. Batista ACM, Sampaio FM. Nível de satisfação dos idosos usuários de próteses auditivas doadas pela APC-NAMI-UNIFOR. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2005; 18 (1): 7-10.
14. Cecagno D, Cecagno S, Siqueira HCH. Trabalhador de enfermagem: agente colaborador no cumprimento da missão institucional. Revista Brasileira de Enfermagem. 2005 jan/fev; 58 (1): 22-26.
15. Cabral FB, Ressel LB, Landergahl MC. Consulta de enfermagem: estratégia de abordagem a gestante na perspectiva de gênero. Escola Ana Nery Revista de Enfermagem 2005 dez; 9 ( 3): 459-65.
16. Falcone VM, Mäder CV, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. Revista de Saúde Pública. 2005 ago; 39 (4): 612-618.
17. Silveira IP, Campos ACS, Carvalho FAM, Barroso MGT. Ação educativa a gestante fundamentada na promoção da saúde: uma reflexão. Escola Ana Nery Revista de Enfermagem 2005 dez; 9 (3): 451-458.
18. Hoga LAK. Práticas de cuidado e cura desenvolvidas por mulheres no contexto doméstico. Revista Paulista de Enfermagem 2006 jul/set; (24): 140-147.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia