



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



## Percepción de mujeres con anemia falciforme sobre la gestación: estudio exploratório

Aline Silva Gomes Xavier<sup>1</sup>, Sílvia Lucia Ferreira<sup>2</sup>, Evanilda Souza de Santana Carvalho<sup>1</sup>, Edna Maria de Araújo<sup>1</sup>, Rosa Cândida Cordeiro<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Feira de Santana

<sup>2</sup> Universidade Federal da Bahia

<sup>3</sup> Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

### RESUMEN

**Objetivo:** analizar la percepción de mujeres con anemia falciforme sobre la gestación. Método: estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio, que envolvió 25 mujeres con anemia falciforme residentes en la Bahía. Los datos fueron obtenidos de entrevista abierta y sometidos al análisis del Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** De los discursos emergieron 3 ideas centrales: Miedos y anseos marcan la gestación de las mujeres con anemia falciforme; Dilemas permean la decisión de abortar; El deseo de ser madre es frustrado por el aborto espontáneo. **Discusión:** Delante de la carencia material, y falta de apoyo social para el ejercicio de la maternidad la mujer experimenta tristeza, depresión y piensa en interrumpir el embarazo. **Conclusión:** La opción por tener hijos, aunque con riesgo, debe ser asegurada por las políticas públicas con una asistencia integral a la mujer con anemia falciforme envolviendo toda su trayectoria reproductiva.

**Descriptor:** Mujeres; Anemia Falciforme; Salud Reproductiva; Cuidados de Enfermería; Enfermería Obstétrica.

## INTRODUCCIÓN

Para las mujeres con anemia falciforme (AF), el embarazo es una situación potencialmente grave que puede dejarla aún más fragilizada e insegura. Mismo con alta incidencia de complicaciones durante la gestación, ellas conviven con el sentimiento positivo de embarazar, tener hijos y de la realización traída por la maternidad. Durante el parto y el puerpério necesitan de una asistencia diferenciada, pués en esos momentos de alegría y plenitud, ellas vivencian el riesgo de muerte y el miedo de su hijo también nacer con AF<sup>(1)</sup>.

El embarazo puede agravar la AF con el aumento de la frecuencia y seriedad de las crisis dolorosas y de las infecciones. Los riesgos materno-fetales incluyen aumento de las crisis vaso-oclusivas en el pré y post parto, infecciones en el trato urinario, complicaciones pulmonares, anemia, pré eclampsia y hasta el óbito<sup>(2)</sup>. En las complicaciones fetales, se observan partos pré término, restricción de crecimiento intrauterino en razón del vaso-oclusión placentaria, sufrimiento fetal durante el trabajo de parto y parto, además de elevación de la tasa de mortalidad perinatal<sup>(3)</sup>.

Las complicaciones más severas ocurren en mujeres con hemoglobinopatía SS (88%) y otros factores sociales pueden contribuir para los agravios en el embarazo de las mujeres con AF, por ejemplo, problemas de subnutrición e infestaciones parasitarias, comprometedores para la mujer embarazada y para el feto<sup>(3-4)</sup>.

En razón de las complicaciones, en gestación en mujeres con AF es considerada de alto riesgo, en que la mujer embarazada y/o el feto presentan mayor probabilidad de tener la salud comprometida y su vida en el riesgo en porcentaje mayor que las demás mujeres. La no realización del prenatal, por sí sólo, puede ser considerado un factor de riesgo para cualquier gestación.

Aunque las mujeres con AF estean sujetas a riesgos durante el embarazo, eso no las impide de

almejar el embarazo. Por otro lado, los servicios y profesionales de salud estão aún poco preparados para cuidar de esas mujeres, particularmente durante al gestación, lo que puede contribuir para aumentar la inseguridad y el miedo que ellas experimentan en esa fase de la vida.

El equipo de enfermería, cotidianamente en contacto con mujeres en adolecimiento crónico, puede intervenir en la perspectiva de la valoración de los sentimientos, de los conflictos físicos, psíquicos y sociales, debendo ejercer el papel de facilitadores de estrategias de autoconocimiento de las mujeres en un proceso de elaboración de mecanismos para aceptación de sus limitaciones<sup>(5)</sup>.

El prénatal especializado en el alto riesgo debe ser iniciado lo más precoz posible, y el acompañamiento sistemático ofertado, preferencialmente, por servicios con equipos capacitadas para disminuir y tratar adecuadamente las complicaciones, reduciendo la mortalidad materna y perinatal.

Segundo recomendaciones del Ministério de la Salud, mujeres embarazadas con AF deben pasar por consultas préntales con intervalo de dos semanas hasta la 26ª semana, y después de tal período, las consultas deben ser semanales<sup>(6)</sup>. Es importante que ellas sean atendidas por un equipo multiprofesional, a fin de garantizar que todos los aspectos del embarazo sean contemplados<sup>(6)</sup>.

El interés por el presente estudio advino de la aproximación de las autoras con las mujeres con AF, tanto en la asistencia cuanto en las actividades de investigación que envuelve esta temática. En ese sentido, este estudio partió de la siguiente cuestión: ¿Cómo las mujeres con anemia falciforme perciben la gestación? Y para responderla, se demilitó como objetivo analizar la percepción de mujeres con anemia falciforme sobre el embarazo.

Con este estudio se pretende contribuir para dar visibilidad las experiencias reproductivas de esas mujeres y suscitar reflexión de los profesionales de salud acerca de la asistencia prestada a ese grupo.

## MÉTODO

Se desarrolló un estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio, de lo cual participaron 25 mujeres que atendieron a los siguientes criterios de inclusión: tener diagnóstico confirmado de anemia falciforme; estar catastrada en el servicio ambulatorial del Hospital Universitario Profesor Edgar Santos (HUPES) y/o vinculada a la Asociación Baiana de Personas con Enfermedad Falciforme (ABADFAL); ser adulta entre 18 a 49 años de edad; y poseer experiencia reproductiva.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la EEUFBA a través del Protocolo n. 12/2010; CAAE n. 0087.0.053.000-07, y atendió las recomendaciones de la Resolución n. 196/96 del Consejo Nacional de Salud.

Los datos empíricos foram obtidos por meio de entrevista aberta, quando as mulheres foram instigadas a responder al siguiente pedido: Hable sobre su experiencia con la gestación y la anemia falciforme. El local de las entrevistas fue negociado anteriormente con cada participante, de modo que ocurran en el ambulatorio y en domicilio, en el período de agosto a septiembre de 2010.

Para organización, tabulación y análisis de los datos, se optó por el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC), que consiste en una forma cualitativa de representar el pensamiento de una colectividad, lo que se hace añadiendo en un sólo discurso síntesis, contenidos discursivos de sentido semejante, emitidos por personas distintas, como respuesta a preguntas abiertas de una entrevista<sup>(7)</sup>.

## RESULTADOS

Las 25 mujeres participantes de este estudio, en su mayoría, se concentran en el grupo de edad de 30 a 40 años (52%), con una media de edad de 36 años; 80% son residentes de la capital y 20% del interior del estado de la Bahía. Todas se auto

referiran como negras, pues 56% se declararon de color negro y 44% de color parda. La mayoría se encontraban casadas o en una unión estable (n=14; 52%) y ocho de ellas (32%) se encontraban solteras. Más de la mitad de ellas, 52%, tienen renta mensual de a penas un saldo mínimo, y 11 (44%) mujeres referiran a la enseñanza media completa.

Entre las participantes del estudio, 14 (56%) de las mujeres dijeron haber quedado embarazada más de una vez.

En lo que se refiere a las complicaciones maternas y fetales, se identifica que la mayoría de esas mujeres (72%) presento complicaciones durante el período gestacional, como aborto espontáneo, parto prematuro, agravamiento del cuadro anémico con necesidad de hemotransfusión, crisis algicas, infección urinaria, enfermedad hipertensiva específica del embarazo, ocurrencia de natimorto, recién nacido con bajo peso al nacer y/o ictericia.

A partir del análisis cualitativa fueron identificadas tres ideas centrales del DSC: Miedos y anseos marcan la gestación de las mujeres con anemia falciforme; Dilemas permean la decisión de abortar; El deseo de ser madre es frustrado por el aborto espontáneo.

En la primera idea central del DSC, "Miedos y anseos marcan la gestación de las mujeres con anemia falciforme", se identifican los sentimientos y conflictos experimentados por las mujeres por temer las complicaciones de la AF durante el período gestacional, lo que las dejan aprehensivas durante todo período que antecede el parto.

A partir del discurso de esas mujeres se evidencia que la gestación para ellas es marcada por interurrencias, culminando con hospitalizaciones frecuentes para manejo de los síntomas y complicaciones de la enfermedad.

Mi embarazo fue complicada. Sentí mucho dolor, mucho dolor mismo. Tomé remedio durante todo mi embarazo [...]. Tuve muchas complicaciones, me quedé

ingresada, sentía muchos dolores, tuve infección urinaria, fiebre, dolor. En la tercera gestación también tuve muchas complicaciones, también me quedé ingresada y tuve también infección urinaria. Hice transfusión dos veces. (DSC 1)

Igualmente, fueron relatadas complicaciones ortopédicas, crisis álgicas, infección del trato urinario y hemotransfusión durante el período gestacional.

Las mujeres revelan que, durante su gestación, alimentaban la preocupación delante de la ausencia de plazas en maternidad de referencia para gestación de alto riesgo con servicios estructurados y con profesionales capacitados para asistirles, ya que comprendían que la AF añade riesgos a ese proceso vital.

En ese DSC, también está explícita que la preocupación de las mujeres embarazadas con la ausencia de plazas en maternidades de referencia, se intensifica cuando estas reciben una supuesta "alta" del prenatal y son orientadas por los propios profesionales a buscar por servicios con asistencia especializada.

Yo me quedé preocupada por que el médico me decía que si llegase a tener un niño con dolor y no tuviese plaza yo tenía que salir procurando verbalmente por plaza en otro hospital. Eso me dejó mucho preocupada, desesperada por que no podía tener en cualquier maternidad, sólo podría tener en maternidad de alto riesgo. Tuve muchas crisis en el embarazo. Fueron muchas complicaciones que tuve. Hinchazón. Y también con Hb [hemoglobina] baja necesite tomar transfusión en el Hemoba antes del parto. Cuanto a los sentimientos yo creo que ni llegaba a pensar. Era mucho sufrimiento, mucho dolor. No miraba la

hora de pasar. Así, alegría, alegría no tenía no, pero también tristeza [...] puse en la mano de Dios por que ello podía hacer todo. No sé, estaba embarazada, quedaba pensando que tenía que trabajar para sustentar. Pensaba que tenía que cuidar. No sé, pensaba en morir. (DSC 2)

En los discursos, las mujeres con AF, resaltan que sentían miedo de tener hijos enfermos, de morir durante el parto o que el bebé tan deseado no sobreviviera. Estos pensamientos son relatados muchas veces involucrados por lloro, enojo y desesperanza.

La baja condición económica de las mujeres y el proceso de enfermedad crónica si conjugan en diversas dificultades en el vivir de esas mujeres, lo que al embarazo haga con que ella se sienta insuficiente para cuidar de un hijo.

A partir de los discursos arriba, se observa que el embarazo de la mujer con AF, a pesar de ser mucho deseado, es un proceso marcado por preocupaciones, temores y tristeza delante de las expectativas negativas, de las carencias materiales y de la falta de apoyo de los servicios de salud y de la propia familia.

En la segunda idea del DSC, "Dilemas permean la decisión de abortar", las mujeres apuntan los conflictos, dudas, hesitación e impases que vivencian cuando se encontraban embarazos y piensan en recurrir al aborto con intuito de preservar su propia vida, pues temen que el embarazo las conducen a la muerte o a tener un hijo con la enfermedad.

Cuando me embarazé mi familia no sabía, yo escondí de mi familia, me quedé con mucho miedo de cuando ellos descubriesen y lo que ellos irían hacer conmigo. Yo vivía con mi tío, no tenía madre ni padre. No hice ni tratamiento, no hice prenatal, no hice nada, y allí acabé tomando una cosa, tomando otra, tomando té. Tomé

unas hojas allí que vendió, que dicen que iba a descer la menstruación si estuviese retrasada. Tomé también aquel medicamento Regulador Xavier. Usé muchos tés, muchas cosas. Pero perdí mismo con Citotec. Hablé, Dios me perdone, sé que es pecado, pero hago cualquier cosa para no tener ese hijo. Nunca tenía tomado, tenía miedo. Ni que yo me quede muerta, junto, pero no querría, no querría. Es mucho difícil tener un hijo sólo, sin padre, sin nada, sin un apoyo. Tú tienes que virarse en todo, todo es tu. Comenzé a tener miedo de tener un hijo enfermo, tanto que cuando veo alguna escena de niño con algún problema yo no miro no, mismo en mi embarazo nunca miré Yo hablaba: 'ay, Dios míos, me perdone, sé que es pecado, pero me ayude que perca esse niño'. Allí, dije que no iba a tener ese hijo no, Dios me perdonee, sé que es pecado, pero no quiero, ya sufrí mucho. Pensé, pero me quedé con miedo con aquel sentimiento de culpa. En la época trabajaba aquí en Salvador. Mi compañero en el inicio era maravilloso, después que me quedé embarazada fue un desespero. No tuve ningún apoyo, aborté y listo. (DSC 3)

Pensar en abortar promobee en esas mujeres un sentimiento de culpa, pués ellas entienden esa medida como "pecado" contra Dios, pero al mismo tiempo ellas sufren con la expectativa de dar la luz a un niño enfermo, mal formada, dependente, dentro de un contexto familiar desfavorable ya que no se siente apoyada, o con recursos de asumir la maternidad sólo. Así, recurren a varias medidas para interrumpir el embarazo que varían del uso de hierbas a medicamentos.

La tomada de decisión por el aborto es una medida solitaria para esas mujeres, pués cuentan con ningún apoyo de sus compañeros y familia,

tan poco pueden repartir esa decisión con amigas o profesionales de salud por tratarse de una acción criminalizada.

En la tercera idea emergida del DSC, "El deseo de ser madre es frustrado por el aborto espontáneo", evidencia que las mujeres que optaron por mantener el embarazo, en razón del deseo de ser madre, vivencian la decepción de no haber tenido la experiencia de la maternidad concretizada cuando su gestación fue interrumpida espontáneamente en decurrencia de complicaciones de la enfermedad. Ese momento es referido como siendo una pérdida significativa en la vida de esas mujeres, marcado con sufrimiento y tristeza, que muchas veces se ahunda para estados depresivos.

¡Ah! Mucha tristeza, mucho triste. Entonces, hoy perdó el amor de ser madre. No lucho por eso más. De ninguna forma, tengo miedo. Tenía el deseo de ser madre. Es un sueño. Sólo que hoy no lo tengo más. Por que sufrí con la pérdida, ya la amaba. Era una niña, ya la amaba mucho. Mira, ya escuchó hablar de aquellas personas que tienen dificultad de tener hijo, quien tiene anemia falciforme, sólo por que sabe que no puede, son esos quienes desean tener. Sentí tristeza por que no via un fruto mio vengar, no vi ni el rostro de mi niño. El médico también no me mostró. Los médicos sólo vinieron hablarme que mi niño había fallecido, pero no me mostro la niña. No. Ah, es malo, es horrible. Gané hasta una muñeca (risas). Allí, cuando ves un bebito así, en la mano de otros. Pasé a quedarme deseando el hijo de otros. No me conformaba, querría, por que querría. Mi compañero también querría mucho ese hijo. Fui al juzgado para adoptar, no podía ver ningún con hijos que ya les

querría tomar. Me quedé casi loca, por que después mi marido acabó con otra mujer y ella se quedó embarazada. Me quedé loca, con depresión. Después que me conformé con los hijos de los otros. Jugó con los hijos de los vecinos. Para mí, mi hijo tenía que sobrevivir, sólo pensaba eso. Tenía mucha fe en Dios que mi hijo sobreviviese. (DSC 4)

A partir de esa idea, se observa que las mujeres frustran sus sueños de ser madre debido al intenso sufrimiento vivenciado por el aborto espontáneo. Las sucesivas pérdidas e intervenciones sobre su salud fragilizada por el aborto las motivan a desistir de las aspiraciones de tener hijos, y las estimulan a reformular sus planes estableciendo relación afectiva con niños que pueden ser sus sobrinos, hijos de vecinos o sublimar el deseo cuidando de muñecas y animales de estimación.

Además, ocurre una progresiva alteración del autoimagen y pérdida de la autoestima por causa de las diversas alteraciones corporales visibles que motivan las mujeres con AF a se sentiren menos atraentes. La gestación y llegada de un hijo representan que ella puede se igualar a otras mujeres consideradas "normales". Cuando la mujer con AF no se realiza en la maternidad, convive con el temor de perder sus compañeros para otra mujer que pueda gestar y parir sin tantos riesgos.

## DISCUSIÓN

La AF se manifiesta en la fase de la vida de las mujeres cuando se espera que ellas sean más productivas, además de eso, representa un agravante el hecho de ser una enfermedad de mayor predominancia en la población afrodescendiente, que vive a orilla de la sociedad en muchos aspectos de la vida. Personas con AF son estigmatizadas, o sea, consideradas, en la mayoría de las veces,

incapaces de responder a las prerrogativas morales socialmente valoradas<sup>(1,8)</sup>.

Las participantes de esta investigación dijeron temer noticiar el embarazo para su familia. Tal hallazgo también fue encontrado en otros estudios envolviendo mujeres embarazadas con AF en el Sudeste del Brasil<sup>(1)</sup>. En ese mismo estudio, autores destacan que la alegría de estar embarazada es más expresa por las mujeres en su primera experiencia gestacional y que los temores son más vivenciados por mujeres que están en gestación siguiente.

La capacidad de enfrentar la enfermedad y sus complicaciones se debe, muchas veces, al apoyo recibido del medio social, especialmente de sus familiares. Ese soporte cambia el efecto de los estresores, proporcionando a las mujeres mejores condiciones para lidiar con las adversidades de la enfermedad y, consecuentemente, proporcionarles mejor cualidad de vida.

Los recursos psicológicos de la propia mujer y la estructura familiar interaccionan y pueden contribuir para su adaptación a la enfermedad. El soporte familiar y las competencias de cada miembro de la familia son importantes fuentes de información e influyen el modo de persona lidiar con su padecimiento<sup>(1)</sup>.

La opción de tener hijos representa una victoria para ellas, crearles una sensación de superación de obstáculos, como la enfermedad, la muerte y el riesgo<sup>(8-9)</sup>. Pero, esa expectativa va se transformando a lo largo del tiempo en razón del sufrimiento con experiencias pasadas. Así, las mujeres con AF que embarazan por la primera vez alimentan expectativas sobre la maternidad y deciden pautadas en la emoción, mientras que las mujeres con experiencias de gestaciones, ingresos y/o abortamento se presentan más racionales con menos expectativas de llevar adelante proyectos de nueva maternidad<sup>(10)</sup>.

En un estudio realizado con 42 mujeres embarazadas con AF, 25 (49,0%) de esas mujeres

presentaron, por lo menos, una crisis álgica durante el prenatal, que llevó a la internación para el tratamiento hospitalario. La transfusión sanguínea durante el prenatal fue realizada en 14 (27,5%) mujeres embarazadas, siendo indicada para mejora de la crisis álgica o para mejora de los índices hematimétricos cuando la mujer embarazada presentaba anemia grave<sup>(3)</sup>

Las participantes afirman que con la gestación experimentaron más crisis álgicas y recurrentes infecciones, dentre ellas las urinarias. Estudios demostraron que las complicaciones maternas son frecuentes, principalmente las infecciosas, trayendo considerable morbilidad a la gestación. Al evaluar ocurrencias de la gestación de mujeres con AF, la infección urinaria figuro como más frecuente, representando un cuarto de los casos, mientras que la neumonía se presentó como la segunda infección más frecuente, con 23,5% de los casos<sup>(3,11)</sup>.

Estudio realizado en la región Sudeste del Brasil con 42 mujeres embarazadas de alto riesgo, identifico que el ingreso antes del parto, la ocurrencia de infección urinaria, neumonía, hipertensión pulmonar y la restricción de crecimiento fetal fueron significativamente más frecuentes en el grupo de mujeres embarazadas con AF. Ese mismo estudio revelo que la necesidad de transfusión sanguínea en el parto o en el post parto fue significativamente mayor en las mujeres embarazadas con AF cuando comparadas aquellas con rasgo falciforme<sup>(3)</sup>.

El miedo de la muerte, y de la muerte de su hijo es justificado por el histórico de mujeres que vivencian esas complicaciones, y que las mujeres embarazadas conocen a partir del relato de otras mujeres con la enfermedad, o que tuvieron experiencias semejantes en la familia. Estudios destacan que la gestación en mujeres con AF se asocia a complicaciones en el parto, con alta ocurrencia de sufrimiento fetal debido a la propia restricción de crecimiento que ocurre en esas gestaciones<sup>(3,9)</sup>.

En este estudio las mujeres relatan sus experiencias con seguidos ingresos, cada momento de esos es significado como un riesgo a la vida, de la mujer embarazada y del niño. Como la AF es una enfermedad crónica negligenciada, el diagnóstico es tardío, y muchas veces son comunes, en el cotidiano de estas mujeres, inúmeros atendimientos en servicios de emergencia y frecuentes internaciones que se constituyen momentos de desequilibrio y de dificultades<sup>(8)</sup>. Así, con base en su propia experiencia a lo largo de la enfermedad, las mujeres con AF constroen ideas sobre lo que podrán vivenciar en la gestación.

El acceso al prenatal de calidad es dificultado para las mujeres con AF, sea por las limitaciones físicas y económicas de se dirigirse a los servicios, sea por la discriminación sufrida por la raza, género y la clase social baja, en que esas mujeres se encuentran.

La dificultad de acceso a los hospitales de maternidad es uno de los principales factores responsables de las muertes maternas<sup>(12)</sup>. Esta pérdida se relaciona con la "peregrinación" hospitalaria, es decir, el hecho de las mujeres embarazadas en trabajo de parto a menudo tener que recurrir a más de una institución, antes de ser hospitalizado, contribuyendo a que la asistencia proporcionada a ellos, que a veces ocurre más adelante en vida. La ausencia de las ranuras, el fenómeno de la peregrinación, hospital representa fuente de angustia para las mujeres estudiadas.

Tantas experiencias negativas en el proceso de cronificación de la enfermedad, las bajas condiciones económicas, el alto grado de dependencia de esa mujer perante su familia, los miedos de la muerte y de gestar hijos con la enfermedad las hacen pensar en optar por el aborto, lo que se identifica en ese estudio por medio del DSC.

Los dilemas vividos por mujeres con AF delante de un embarazo indeseado se asemejan al de otros grupos de mujeres, y, después decidiren por el aborto, ese es vivido de forma solitaria y

completamente desasistida. Esto, pues, en el momento de la decisión, ellas no encuentran apoyo del compañero y ni de los familiares. Eses toman conocimiento de la situación de la mujer generalmente después la utilización de la substancia abortiva o cuando se encuentran en la unidad hospitalaria en atendimento de emergencia<sup>(9)</sup>.

La mujer que aborta hace un juicio de si misma con base en los consensos sociales existentes; piensa en como será juzgada por su acto por el equipo de salud que le presta asistencia, hasta por la familia cuando de su retorno a casa. Su preocupación reside en el hecho de haber provocado el aborto en una sociedad para cual esta situación es considerada crimen<sup>(13-14)</sup>.

En este sentido, la mujer con AF sufre de antemano por las posibles sanciones y juicios que podrían enfrentarse a si las personas de su entorno para identificar que buscó tal medida. La decisión de abortar es siempre asignada, individualmente, como responsabilidad de la mujer. Sin embargo, cabe mencionar que el contexto de las relaciones sociales y familiares, en los que se incluyen, las mujeres en el proceso de efectuar no es analizado en el espacio profesional de la salud, ni las circunstancias que llevaron a la decisión de interrumpir el embarazo.

El contexto de la mujer con AF aparece con escasos recursos materiales, mientras que la mayoría es pobre y no tienen trabajo formal y los ingresos individuales, la mayoría depende de la familia para su subsistencia, y sus vínculos conyugales son debilitados por la enfermedad y constante de las hospitalizaciones. Todo esto viene a influir en su decisión por el aborto, y esta decisión es llevada por sentimientos de culpa, miedo, odio y auto castigo<sup>(13)</sup>.

Además, el discurso demuestra que las mujeres usan diversos métodos combinados, deseando abortivos resolver el problema, por lo tanto exponerse a los riesgos y complicaciones. Como se informó, las directrices para el uso de métodos

abortivos y la realización de abortos clandestinos se realizan por laicos, como vendedores de hierbas medicinales, amigos o asistentes de farmacia.

El aborto realizado en condiciones de inseguridad y de riesgo es frecuentemente acompañado de complicaciones severas, tales como, perforación uterina, infección y hemorragia, las cuales figuran entre las principales causas de muerte materna; es un factor importante de discriminación contra las mujeres en los servicios de salud, lo que dificulta la búsqueda de las mujeres en estos servicios<sup>(15)</sup>.

En el proceso de aborto provocado, las mujeres desesperaciones, sufre de abandono del compañero, es juzgado por familiares y profesionales de la salud. Juicio social empieza desde el entorno familiar, y aborto proviene de la censura que las mujeres se dan cuenta que la familia hará cuando se entere de su embarazo, que no fue el resultado de una relación a largo plazo, o en fase de equilibrio para la familia. De esta manera, la decisión de abortar es solitario<sup>(14)</sup>.

El aborto plantea un alto riesgo para la salud física y mental de las mujeres y tiene una mayor incidencia en mujeres jóvenes, Afro descendientes y de bajo nivel educativo, entre aquellos con FA, residentes en las zonas más pobres del país<sup>(16)</sup>.

Factores sociales, tales como las condiciones económicas y culturales de las familias, influyendo en los proyectos de las mujeres para la maternidad. Las instalaciones o las dificultades para realizar tales proyectos varían de una clase a otra y dependen de la situación y la calidad de los servicios de salud accesibles, apoyo familiar y presencia, redes de solidaridad a los alrededores de estas mujeres. Las condiciones materiales de existencia no determina la elección de la maternidad, pero interfieren con las posibilidades de su realización<sup>(8,9)</sup>.

Sin embargo, se refleja el deseo de tener hijos en cuanto a las reclamaciones sobre derechos sexuales y reproductivos, así como las nuevas demandas en el marco de las políticas públicas, incluida la salud, que requieren más reflexión

por parte de los diversos actores involucrados. El valor asignado a la familia se basa en el modelo de familia conyugal moderna, cuya fuerza se expresa en medio de las transformaciones en las relaciones familiares y las identidades sexuales. Muchas de estas mujeres divulgan el deseo de cumplir el sueño de su compañeros de la paternidad. Uno tiene que tener en cuenta, también, el deseo de los niños como el deseo de establecer la familia biológica, que hace hincapié en la fuerza del vínculo matrimonial y diferencias relacionadas con el género<sup>(17)</sup>.

Las mujeres AF presentan mayor riesgo de morbilidad materna y muerte fetal. Correcto cuidado de la díada materno-fetal, desde el principio del embarazo a puerperio, es esencial para la asistencia de las mujeres embarazadas. Porque las mujeres con AF representan un grupo muy específico, no sólo debido a las disfunciones orgánicas secundarias a la patología subyacente, así como la frustración de no hacer ejercicio, a menudo, sus derechos reproductivos y sexuales. Por lo tanto, muchas de estas mujeres desarrollan trastornos psicológicos graves, como la depresión y la ideación suicida durante las crisis<sup>(1,3)</sup>.

## CONCLUSIÓN

Este estudio examinó las percepciones sobre el embarazo de las mujeres con anemia de células falciformes, los resultados destacaron que este momento se vive con mucha expectativa y temor de esta mujer, ya debilitada por el proceso de la enfermedad.

Embarazo también necesita manejar completamente sana y evitar los riesgos para la madre y el hijo. Sabiendo las complicaciones de la AF, gestación está marcada por el sufrimiento, temor y culpa cuando esa mujer no puede alcanzar el éxito, o cuando no encuentra apoyo social para el ejercicio de la maternidad.

Una de las dificultades que enfrentan estas mujeres hay un punto culminante para la decisión de abortar, que surge de los discursos como una alternativa que a menudo por las mujeres para salvar su salud, evitar que un niño con la enfermedad o por las dificultades de atender a un nuevo ser con todas las limitaciones ya ante el AF.

Siendo (el) enfermera profesional que interactúa con estas mujeres en contextos de atención, es esencial para la inclusión del tema que rodea a las mujeres con AF y gestación en formación profesional, para profesionales para afrontar los problemas experimentados por estas mujeres, comprender y adoptar medidas, provisión de directrices para la contracepción segura y de calidad prenatal.

No contexto geral, essas mulheres têm sido assistidas em serviços pré-natais para mulheres sem patologias crônicas, com profissionais menos habilitados a reconhecer a complexa dinâmica do viver e adoecer crônico.

En el contexto general, estas mujeres han recibido ayudas de servicios prenatales para las mujeres sin patologías crónicas, con menos calificados profesionales para reconocer la compleja dinámica de vida y crónica de la enfermedad.

Este estudio apunta a la necesidad de una mayor inversión por parte de las políticas públicas en la prestación de servicios calificados y asistencia especializada a las mujeres con AF, dentro de un enfoque multidisciplinario, para que éstos podrán ejercitar sus derechos sexuales y reproductivos sin incurrir en ningún riesgo para su salud.

La opción por tener hijos, aunque con riesgo, debe ser asegurada con una asistencia integral a la mujer con AF, envolviendo toda su trayectoria reproductiva.

## CITAS

1. Xavier ASG. Experiências reprodutivas de mulheres com anemia falciforme. Salvador. Dissertação

- [Mestrado em Enfermagem]- Universidade Federal da Bahia; 2011.
2. Rogers DT, Molokie R. Sick Cell Disease in Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2010; 37(2):223-37.
  3. Normura RM, Igai AM, Tosta k, Fonseca GH, Gualandro SF, Zugaib M. Maternal and perinatal outcomes in pregnancies complicated by sickle cell diseases. *Rev bras ginecol obstet.* 2010; 32(8): 405-11.
  4. Barbosa CG, Dias LRQ, Abreu MTCLA. Gravidez na adolescência e sua interação com anemia falciforme. *Rev méd Minas Gerais.* 2012; 22(2):231-4.
  5. Alves PC, Santos MCL, Fernandes AFC. Stress and coping strategies for women diagnosed with breast cancer: a transversal study. *Online braz j nurs [Internet].* 2012 Aug [cited 2012 sep 03] 11(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3714>. <http://dx.doi.org/10.5935/2F1676-4285.20120028>
  6. Ministerio da Saúde. Manual de acompanhamento da gestante com doença falciforme. Belo Horizonte: NUPAD; 2009.
  7. Lefevre F, Lefevre AMC, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciênc saúde coletiva.* 2009; 14(4): 1193-204.
  8. Cordeiro RC, Ferreira SL. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. *Esc Anna Nery.* 2009; 13(2): 352-8.
  9. Santos ACC, Cordeiro RC, Xavier ASG, Ferreira SL. Feelings of women with sickle cell anemia with regard to reproductive experiences. *J Nurs UFPE on line [internet].* 2012 [cited 2013 Dec 19] 6(12). Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3506/pdf\\_1733](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3506/pdf_1733)
  10. Santos NS, Chvatal VLS, Varga CRR, Böttcher-Luiz F, Turato ER. Vivências sobre gravidez relatadas por mulheres com anemia falciforme em hospital universitário: um estudo qualitativo. *Revista psicologia e saúde.* 2011; 3(2):23-9.
  11. Al Jama FE, Gasem T, Burshaid S, Rahman J, Al Suleiman SA, Rahman MS. Pregnancy outcome in patients with homozyous sickle cell disease in a university hospital. *Arch gynecol obstet.* 2009; 280(5):793-7.
  12. Monken FV, Barros NN, Valadares PJC, Macedo RSPB, Cruz SG, Cury PS, et al. Situações de urgência na gestante com doença falciforme. *Rev méd Minas Gerais.* 2010; 20(2 Suppl1):73-7.
  13. La Taille Y. Vergonha: a ferida moral. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.
  14. Souza ZCSN, Diniz NMF. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. *Texto & contexto enferm [online].* 2011 [cited 2013 Feb 20] 20(4). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/13.pdf>
  15. Domingos SRF, Merighi MAB. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2010; 14(1): 177-81.
  16. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad saúde pública.* 2009; 25 Suppl 2:193-04.
  17. Vargas EP; Moás LC. Discursos normativos sobre o desejo de ter filhos. *Rev saúde pública.* 2010. 44(4): 758-62.

---

**Recibido:** 28/02/2013

**Revisado:** 24/11/2013

**Aprobado:** 01/12/2013