



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Aline Fernanda Palombarini Santiloni

**Itinerário terapêutico de mães de crianças que foram a
óbito no período neonatal em município do interior paulista**

Orientadora: Profa Dra Vera Lúcia Pamplona Tonete

Co-Orientadora: Profa Adj. Cristina Maria Garcia de Lima Parada

**Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.**

Botucatu

2015

Aline Fernanda Palombarini Santiloni

Itinerário terapêutico de mães de crianças que foram a óbito no período neonatal em município do interior paulista

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lúcia Pamplona Tonete
Co-Orientadora: Prof^a Adj. Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Botucatu

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Santiloni, Aline Fernanda Palombarini.

Itinerário terapêutico de mães de crianças que foram a
óbito no período neonatal em município do interior paulista
/ Aline Fernanda Palombarini Santiloni. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Vera Lúcia Pamplona Tonete
Coorientador: Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Capes: 40402002

1. Recém-nascidos - Mortalidade. 2. Serviços de saúde. 3.
Cuidado pré-natal. 4. Mães - Cuidados médicos. 5. Cuidado
pós-natal. 6. Recém-nascidos - Cuidados médicos.

Palavras-chave: Óbito; Recém-nascido; Saúde
materno-infantil ; Serviços de saúde.

Aline Fernanda Palombarini Santiloni

Itinerário terapêutico de mães de crianças que foram a óbito no período neonatal em município do interior paulista

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lúcia Pamplona Tonete

Comissão examinadora

Prof(a). Dr(a) Vera Lúcia Pamplona Tonete
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp)

Prof(a). Dr(a) Marli Terezinha Cassamassimo Duarte
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp)

Prof(a). Dr(a) Débora Falleiros de Mello
Universidade de São Paulo (USP)

Botucatu, 27 de fevereiro de 2015.

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos(as) pacientes...

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me dar forças em todos momentos e permitir que este sonho fosse realizado.

Ao meu marido, que esteve ao meu lado sempre e me apoiou do começo ao fim.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete, por todos os ensinamentos e por todo apoio durante esta caminhada.

À minha querida co-orientadora, Profa. Dra. Cristina Maria Garcia de Lima Parada, pelas ricas contribuições.

Aos meus familiares, amigos e colegas de trabalho, por estarem presentes e me ajudarem a construir este sonho.

Sem todos vocês, não teria sido possível.

EPÍGRAFE

“DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos, se não fora

A presença distante das estrelas!”

Mário Quintana

RESUMO

As taxas de mortalidade infantil configuram-se como indicadores que exprimem as condições de vida e saúde da população, uma vez que são determinados, principalmente, por condições socioeconômicas e pela qualidade da assistência à saúde obtida. A partir da segunda metade da década de 90 do século XX, observou-se que a taxa de mortalidade neonatal, que estava em torno de 20 óbitos/mil nascidos vivos, passou a representar 60% dos óbitos em menores de um ano. Pretendeu-se, com este estudo, a análise do itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças que foram a óbito por causas evitáveis no período neonatal, entre janeiro de 2013 a junho de 2014, em município do interior paulista. Esta pesquisa de cunho qualitativo foi desenvolvida com base no referencial do itinerário terapêutico, a partir das experiências de mães de crianças que faleceram no período neonatal. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove mulheres. O material coletado foi sistematizado segundo o Método de Análise Temática de Conteúdo, sendo subdividido nas categorias: Atenção Pré-natal, Atenção ao Parto e Atenção Pós-parto à Mãe e ao Neonato. Observou-se que a busca ativa pelas mulheres pelo melhor atendimento profissional foi constante nos três momentos, sendo que a devolutiva do serviço, tanto público quanto privado, frente às necessidades de saúde apresentadas, demonstrou fragilidades, distanciando-se dos princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS. Salienta-se a relevância de investimentos na detecção precoce e nas respectivas condutas frente às intercorrências apresentadas pelas gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, valorizando e garantindo o devido atendimento das demandas apresentadas.

Palavras-chave: Óbito, recém-nascido, serviços de saúde, saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Infant mortality rates are configured as indicators expressing the living conditions and health of the population, since they are determined mainly by socioeconomic conditions and the quality of the obtained health care. From the second half of the 90s of the twentieth century, it was observed that the neonatal mortality rate, which was around 20 deaths / thousand live births, now accounts for 60% of deaths in children under one year. It was intended, with this study, the analysis of the therapeutic road traveled by mothers of children who died from preventable causes in the neonatal period, from January 2013 to June 2014 at a university hospital in São Paulo. This qualitative nature study was developed based on the framework of therapeutic itinerary, based on the narratives of mothers of children who died in the neonatal period. Semi-structured interviews with nine women were interviewed. The collected material was systematized according to the Content thematic analysis method, being subdivided into categories: Prenatal Care, Childbirth Care and Postpartum Care of the Mother and Newborn. It was observed that the active search for the best care for women was constant in the three times, and the devolutiva service, both public and private, across the health needs presented, demonstrated weaknesses, distancing themselves from the principles and guidelines established by the SUS . We emphasize the importance of investments in early detection and its front conducts the complications presented by pregnant women, pregnant women, mothers and newborns, valuing and ensuring the proper care of the demands presented.

Keywords: Death, newborn, health services, maternal and child health.

LISTA DE TABELAS E QUADRO

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica materna e da história obstétrica. Botucatu, 2013-2014.....	20
Tabela 2 - Aspectos da atenção à gestante e à parturiente. Botucatu, 2013-2014.....	21
Tabela 3 - Condições de nascimento e óbito dos recém-nascidos. Botucatu, 2013-2014.....	22
Tabela 4 - Aspectos da atenção aos recém-nascidos que foram a óbito no período neonatal. Botucatu, 2013-2014.....	23
Quadro 1 - Síntese dos temas e núcleos de sentido obtidos. Botucatu, 2014.....	35

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CID - Classificação Internacional das Doenças

CIMS - Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas

CNS - Conselho Nacional de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FSEADE - Fundação Seade

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

ODM - Objetivos do Desenvolvimento do Milênio

ONU - Organização das Nações Unidas

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Determinantes da mortalidade neonatal	14
1.2 Políticas públicas para redução da mortalidade infantil e neonatal	18
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo Geral	22
2.2 Objetivos Específicos	22
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	23
3.1 Tipo de Estudo	23
3.2 Local e participantes do estudo	26
3.3 Procedimentos para obtenção dos dados	28
3.4 Técnica de análise dos dados	29
3.5 Aspectos éticos	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.1 Caracterização da população de estudo	31
Atenção ao Parto	61
Atenção Pós-parto à Mãe e ao Neonato	73
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	89
REFERÊNCIAS	89
ANEXOS	103

1 INTRODUÇÃO

As taxas mortalidade na infância e, mais especificamente, as taxas de mortalidade infantil, configuram-se como indicadores que exprimem as condições de vida e saúde da população, uma vez que são determinados, principalmente, por condições socioeconômicas e pela qualidade da assistência à saúde obtida (BRASIL, 2010; JONES, STEKETEE, BLACK, BHUTTA, MORRIS, 2003).

Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), propostos no ano 2000, pela Organização das Nações Unidas (ONU), contemplam no ODM 4 a redução da mortalidade na infância em 75%, entre os anos de 1990 a 2015, visando a taxa de 17,9 óbitos de crianças brasileiras menores de cinco anos por mil nascidos vivos e de 15,7 crianças brasileiras menores de um ano por mil nascidos vivos, em 2015 (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Como forma de acompanhar as ações voltadas ao cumprimento dos ODM, o governo brasileiro tem elaborado relatórios de acompanhamento periódicos, sendo que o publicado em 2010 apontou a redução de 65% da taxa de mortalidade na infância entre 1990 e 2010, com o número de óbitos passando de 53,7 para 19 óbitos por mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade infantil também vem diminuindo no transcorrer dos anos, passando de 29,7, em 2000, para 15,6, em 2010, mostrando-se menor que a meta prevista para 2015 (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Constata-se que, no Brasil, os óbitos em menores de cinco anos concentram-se nos menores de um ano, ou seja, nos componentes: neonatal precoce (até o 6º dia de vida), neonatal tardio (do 7º dia ao 27º dia de vida) e pós-neonatal (após o 28º dia de vida) das taxas de mortalidade infantil (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013). Essa situação se relaciona à redução da mortalidade pós-neonatal a

partir dos anos 90, tendo-se em vista a melhoria significativa das condições de vida da população brasileira no decorrer dos anos (LANSKY, S. FRANÇA, E. LEAL, MC, 2002). A partir da segunda metade da década de 90, observou-se que a taxa de mortalidade neonatal, que estava em torno de 20 óbitos/mil nascidos vivos, passou a representar 60% dos óbitos em menores de um ano (NASCIMENTO et al., 2012).

As afecções perinatais, relacionadas à curta duração da gestação, aos problemas cardiorrespiratórios do recém-nascido e aos traumatismos do parto, são as principais causas de óbito no primeiro ano de vida e correspondiam, em 1990, a 40% do total de óbitos e, em 2008, passou a corresponder a 60% deste total (BRASIL, 2010).

Além das afecções perinatais, outro grupo de intercorrências relacionadas à mortalidade infantil foi o das malformações congênitas, que eram responsáveis por 6,7% dos óbitos, em 1990, e por 18,3%, em 2008. Também, foi relacionado o grupo das doenças infecciosas, responsáveis por 14,6% dos óbitos, em 1990, e 5,3%, em 2008. Nesse mesmo período, evidenciou-se o aumento na mortalidade proporcional por afecções perinatais de 20%, 11,6% por malformações congênitas e uma redução de 9,3% na mortalidade proporcional por doenças infecciosas (BRASIL, 2010).

Especificamente, a redução da participação das doenças infecciosas nos óbitos infantis decorreu além da melhoria das condições socioeconômicas da população, às ações de imunização, à maior cobertura da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) e às ações de vigilância epidemiológica e sanitária. O risco de morrer por afecções perinatais também se reduziu no mesmo período, porém, observa-se que a participação dessas afecções nos óbitos infantis. Proporcionalmente. mantém-se elevada (BRASIL, 2010).

Tem-se que, atualmente, as mortes neonatais no Brasil representam 68% das mortes infantis (VICTORA et al., 2011). No Estado de São Paulo, no ano de 2011, a taxa de mortalidade infantil foi de 11,5 óbitos por mil nascidos vivos e no município de Botucatu a taxa de mortalidade infantil foi de 8,8 óbitos por mil nascidos vivos (FSEADE, 2013).

Sabendo-se que a meta a ser atingida pelos ODM em relação à mortalidade infantil é de 15,7 óbitos por mil nascidos vivos, pode-se afirmar que o estado e município acima referidos apresentam, atualmente, situações mais favoráveis que a indicada a ser atingida em 2015. Quanto à taxa de mortalidade neonatal, observou-se que no Estado de São Paulo e no município de Botucatu, no ano de 2011, as taxas foram de 7,9 e 7,6, respectivamente (FSEADE, 2013), o que demonstra, claramente, que em ambos os contextos, o maior componente da mortalidade infantil é a mortalidade neonatal.

1.1 Determinantes da mortalidade neonatal

A mortalidade neonatal demonstra-se resultante de uma tênue e intrincada relação entre as condições biológicas, sociais e de assistência à saúde, exigindo ampla análise de seus determinantes (ALMEIDA, BARROS, 2004).

Tem-se por pressuposto que os determinantes sociais, definidos pelo delineamento social no qual a vida perpassa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005), e os biológicos, relativos à mortalidade infantil, podem ser divididos em estruturais ou distais, intermediários e proximais (CALDEIRA, FRANÇA, GOULART, 2001; GEIB, FREU, BRANDÃO, NUNES, 2010).

Nos estruturais ou distais incluem-se a educação e a renda, aspectos socioculturais e econômicos dos indivíduos em questão, e que são considerados os responsáveis pelas iniquidades existentes entre os estratos populacionais, não podendo ser resolvidos em curto prazo. Tem-se, nesse contexto, a escolaridade materna, fator que contribuiu para a redução da sobrevivência infantil em estudo realizado em Passo Fundo, Estado do Rio Grande do Sul (GEIB, FREU, BRANDÃO, NUNES, 2010).

Os determinantes intermediários relacionam-se à vulnerabilidade aos agravos à saúde e compreendem as condições de vida e trabalho, comportamento e acesso aos serviços de saúde preventivos. O tabagismo na gestação, por exemplo, pode ser considerado fator predisponente à mortalidade neonatal (GEIB, FREU, BRANDÃO, NUNES, 2010).

Os determinantes proximais relacionam-se com as causas contíguas de morte, como as afecções perinatais, a vitalidade e o peso ao nascer e a situação do aleitamento materno, cujos resultados, positivos ou negativos, são entremeados pela acessibilidade e resolubilidade dos serviços de saúde (GEIB, FREU, BRANDÃO, NUNES, 2010).

Dentre as características maternas e infantis mais pesquisadas como determinantes da mortalidade neonatal, encontram-se a escolaridade da mãe, a saúde materna, os procedimentos de atenção à saúde e as condições biológicas do recém-nascido (ZANINI, MORAES, GIUGLIANI, RIBOLDI, 2011).

Em relação à saúde materna, a história reprodutiva, o comportamento, a morbidade, algumas características pessoais e a presença/ausência de apoio social podem estar associados à mortalidade neonatal, visto que esses fatores relacionam-se com as condições de nascimento (NASCIMENTO et al., 2012).

Sobre as condições biológicas do recém-nascido, o baixo peso ao nascer (<2500g), a prematuridade (parto antes de 37 semanas), o índice de Apgar no 5º minuto de vida (<7 ou <8, dependendo do estudo) e as malformações congênitas são apontados como categorias que, isoladamente ou associadas, demonstram-se sensíveis ao desfecho da mortalidade neonatal (RISSO, NASCIMENTO, 2011; SCHOEPS et al., 2007).

A qualidade da assistência à saúde prestada à gestante e ao neonato no pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto correlaciona-se com os desfechos perinatais e neonatais, sendo a assistência ao neonato classificada, dentre outras, como variável proximal dos níveis hierárquicos, ou seja, como ânago entre as causas de mortes neonatais precoces, assim como as condições biológicas do neonato no nascimento (NASCIMENTO et al., 2012).

A APS na gestação é responsável pela prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde, tratamento de afecções geradas pelo período gestacional e/ou encaminhamento de gestantes consideradas de alto risco aos serviços de referência. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como parte do processo de reorganização da APS, no qual se estabelece a relevância do vínculo entre equipe e usuários, o acolhimento e o cuidado integral e multidisciplinar, incluindo o cuidado materno e infantil. Considera-se, neste aspecto, a realização da assistência pré-natal pelos enfermeiros e médicos de unidades de saúde da família (USF) (DUARTE, ANDRADE, 2006; ROCHA, OLIVEIRA, SILVA, BONFIM, 2011).

Em relação à assistência à saúde no âmbito hospitalar, a qualidade dos serviços prestados pode estar associada à maior mortalidade neonatal, sendo, portanto, fator determinante da magnitude das taxas de mortalidade (LANSKY, FRANÇA, LEAL, 2002).

Sabe-se que maioria das causas da mortalidade neonatal precoce pode ser considerada como passível de prevenção ao se aliarem condutas adequadas durante o curso da gestação e no momento do parto (NASCIMENTO et al, 2012). Considera-se que a assistência à saúde da gestante e do recém-nascido deva ser acolhedora e que o olhar biopsicossocial dos profissionais para o indivíduo esteja presente, a fim de se garantir assistência de qualidade, tanto na APS quanto na atenção hospitalar, para que se possa minimizar ou reduzir a mortalidade neonatal precoce (DUARTE, ANDRADE, 2006; SOARES, MENEZES, 2010).

Evidências indicam que, caso houver bom funcionamento dos serviços de saúde e adequadas condições de vida para a população, os óbitos neonatais, em sua maioria, podem ser evitados (DUCHIADE, CARVALHO, LEAL, 1989; ABHAN, MATHIAS, ASSUNÇÃO, SILVA, 2008; OLIVEIRA, 2009; MALTA et al., 2010a).

Considera-se, em geral, que o óbito neonatal é evitável por adequada atenção pré-natal e ao parto e o óbito pós-neonatal o é, controlando-se doenças infecciosas, como pneumonia e diarreia (ORTIZ, 1996). Óbitos evitáveis são aqueles que ocorreram em condições que não deveriam ter evoluído para óbito (MANSANO, MAZZA, SOARES, ARALDI, CABRAL, 2004).

Para classificação dos óbitos de menores de cinco anos em evitáveis e não evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, têm-se disponível uma lista que relaciona as intervenções com a causa básica do óbito segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID) – 10 (Anexo 1) (MALTA et al., 2007; MALTA et al., 2010b).

A partir dessa classificação é possível o levantamento de suposições acerca do que se espera que deva ser efetuado pelos serviços de saúde e aquilo que, de

fato, é colocado em prática, evidenciando as tendências e o desempenho do sistema de atenção à saúde.

1.2 Políticas públicas para redução da mortalidade infantil e neonatal

Embora o país tenha avançado na atenção à saúde infantil, com a criação e implementação de políticas públicas de saúde desde a década de 1970, como o Programa Nacional de Imunização, em 1977; o Programa Nacional de Saúde Infantil em 1984; Programa Nacional para a Redução da Mortalidade Infantil, em 1995; Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, em 2004 (BRASIL, 2005); Criação de Comitês Locais para Redução da Mortalidade Infantil, em 2005 e Pacto pela Vida, em 2006, os desafios continuaram persistindo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Em 2011, o MS brasileiro instituiu a Rede Cegonha, como estratégia que visa estabelecer uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para a sua implantação, essa estratégia se propõe considerar o critério epidemiológico, a taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2011).

Inerente a essa proposição, ressalta-se a necessidade de se cumprir os preceitos constitucionais de universalidade e integralidade, como norteadores das transformações na atenção à saúde materno-infantil. A universalidade deve garantir o acesso a todos os níveis de atenção à saúde e, de forma complementar, a integralidade intenciona a continuidade do cuidado ao usuário, ao serem levantadas

suas necessidades biopsicossociais de saúde e ao se construir um plano de assistência integral. Com a assistência à saúde de maneira focada nos princípios de acesso e acolhimento aos usuários, segundo as suas próprias necessidades, pode-se obter a continuidade e a qualificação do cuidado prestado às mães e crianças (CORRÊA, FERREIRA, CRUZ, PEDROSA, 2011).

Considerando-se, dentre os determinantes da mortalidade neonatal, os aspectos relativos à rede de escolhas e possibilidades dos sujeitos frente à busca pela solução de seus problemas/necessidades de saúde, propõe-se o presente estudo, que pretende explorar o itinerário terapêutico de mães de crianças falecidas no período neonatal por causas evitáveis.

Utiliza-se o referencial do itinerário terapêutico como ferramenta para se conhecer as estratégias e planos de indivíduos em situação de adoecimento ou mudança no estado de saúde, visto que suas ações são resultantes do contexto sociocultural e econômico em que se inserem e no qual ocorrem as interações sociais (BURILLE, GERHARDT, 2010).

Como exemplos de estudos sobre itinerários terapêuticos encontram-se aqueles que enfocaram a avaliação das condições de acesso à rede de serviços de saúde e a atenção às necessidades de saúde da população estudada, pela concessão de programas educativos, capacitação profissional e adequação dos fluxos. Nesses estudos, foi proposto melhor direcionamento dos pacientes por e entre os fluxos e a consideração do indivíduo em sua rede de interações, de forma que suas decisões possam ser compreendidas e o Estado possa colocar em prática políticas públicas mais justas (LAGO et al., 2010; FERREIRA, SANTO, 2012).

Um estudo de revisão de literatura científica realizado no Brasil sobre itinerários terapêuticos levantou que a composição do caminho percorrido por

usuários frente aos problemas relacionados ao acesso à saúde e à integralidade é pouco explorada pelos serviços e profissionais de saúde (CABRAL, MARTINEZ-HEMÁEZ, ANDRADE, CHERCHIGLIA, 2011).

Quanto a esse fato, um ensaio teórico aponta que, de maneira geral, as dimensões associadas ao contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde passam de maneira despercebida pelos profissionais, embora sejam essenciais à garantia de acesso e resolubilidade das necessidades de saúde dos indivíduos (MÂNGIA, MURAMOTO, 2008).

Observa-se que o conhecimento do itinerário terapêutico dos indivíduos pode subsidiar a promoção da adequação das estratégias dos profissionais e serviços de saúde em relação ao acesso e ao cuidado integral (LAGO ET AL., 2010), em acordo com os princípios da universalidade e da integralidade, propostos pela Constituição Federal de 1988 para o SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Especificamente, quanto a estudos sobre itinerários terapêuticos relacionados à saúde materno-infantil realizados no Brasil, têm-se o estudo conduzido no início deste século, em um bairro de Curitiba, Estado do Paraná, o qual revelou que o sistema de saúde hospitalar impõe às mulheres que perderam seus bebês no período perinatal obstáculos ao fluxo hierarquizado de busca por atendimento à saúde, causando sofrimento adicional a elas (FRAIZ, 2001). Em outro estudo mais recente, realizado em Florianópolis, Estado de Santa Catarina, que se propôs a investigar o itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho, constatou-se que a definição dos caminhos a serem percorridos pelas mulheres em busca de cuidado à saúde perpassa a particularidade de cada caso, relacionada à gravidade, disponibilidade e adequação de recursos, sendo influenciada por práticas e saberes informais e científicos (AMARAL, SOUZA, MELO, RAMOS, 2012).

No presente estudo, intenciona-se focalizar óbitos neonatais por causas evitáveis e compreender as escolhas e aderência aos processos de cuidar em saúde, por parte das mães participantes da pesquisa, a fim de que se esclareçam as características da interrelação entre o caminho percorrido desde o período gestacional até o desfecho (óbito neonatal) vivenciado pelas famílias, a fim de que se possam analisar as experiências sobre o acesso aos serviços de saúde e a relação entre a dimensão sociocultural e as estratégias desenvolvidas por esses indivíduos, neste período.

Assim, a questão central que este estudo pretendeu responder é: *Quais as experiências de cuidados em saúde materno-infantil de mães de recém-nascidos que foram a óbito por causas evitáveis, desde a gestação dos mesmos?*

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças que foram a óbito por causas evitáveis no período neonatal, entre janeiro de 2013 a junho de 2014, em município do interior paulista.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as condições de saúde maternas em relação aos períodos do pré-natal, parto e puerpério e dos recém-nascidos até o óbito;
- Descrever as experiências das mães sobre atenção obtida nos serviços de pré-natal, parto e puerpério, bem como a atenção aos recém-nascidos;
- Relacionar as conformidades e não-conformidades vivenciadas pelas mães quanto aos princípios e às diretrizes propostas pelo SUS, de modo geral e para a atenção materno-infantil, em específico.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de Estudo

Este estudo é de cunho qualitativo e adota como referencial o itinerário terapêutico, a partir das experiências de mães de crianças que faleceram no período neonatal.

A pesquisa qualitativa responde a questões particulares dos universos individuais e coletivos. Seu nível de realidade não pode ser quantificado, uma vez que se estuda o todo dos significados, crenças, valores, atitudes e aspirações, correspondendo a um espaço difícil de ser desvendado e que não pode ser relacionado apenas à operacionalização de variáveis. Os dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem, mas se complementam, pois a interação entre eles pode gerar a completude daquilo que se propõe a estudar (MINAYO, DESLANDES, GOMES, 2007).

É válido reafirmar que, por itinerário terapêutico, entende-se o caminho percorrido pelos indivíduos para manutenção da saúde e/ou resolubilidade da doença, cujos processos significativos são intersubjetivamente partilhados e construídos socioculturalmente (ALVES, 1993; GERHARDT, 2006; BURILLE, GERHARDT, 2010). A experiência da enfermidade ou estado de saúde atual refere-se aos modos como os indivíduos constroem e/ou lidam com a doença e/ou mudança na saúde (CORRÊA, FERREIRA, CRUZ, PEDROSA, 2011) sendo o itinerário terapêutico a resposta do indivíduo socialmente construído, imbuído de culturas e condutas singulares, frente a essa experiência (ALVES, 1993; ROSA, BÚRIGO, RADÜNZ, 2011).

Neste estudo, ao se analisar o itinerário terapêutico por meio das narrativas sobre as experiências maternas, buscou-se interpretar os processos pelos quais as mães escolheram, avaliaram e aderiram (ou não) à atenção materno-infantil acessada, admitindo-se que esses processos foram influenciados pelo contexto sociocultural em que ocorreram (ALVES, SOUZA, 1999)

Considera-se que, diante de um episódio de mudança no estado de saúde, as crenças e concepções em relação à nova condição podem gerar modelos explicativos distintos, produzindo conflitos entre o saber médico e o saber popular (MALISKA, PADILHA, 2007).

Em estudo antropológico realizado com famílias canadenses, observou-se que narrativas feitas por pacientes em relação às doenças exemplificam e dão sentido às vivências; a narrativização atua como ponto de partida para a reflexão e torna-se terapêutica, à medida que mobiliza a transformação de pessoas que vivem a experiência da enfermidade (KAPLAN-MYRTH, 2007).

Para tanto, ressalta-se que a utilização de narrativas é essencial, por permitir esclarecer pontos principais da elaboração da experiência frente aos agravos de saúde, em seus contextos sociais e momentos específicos.

A partir das narrativas pode-se ter acesso a sentimentos, pensamentos e experiências, a fim de analisá-los, visto que as perspectivas dos indivíduos são percebidas através de suas histórias. Os eventos lembrados, assim como as experiências que as pessoas escolhem a partir de seu amplo acervo de memórias, focalizam os aspectos significativos de sua realidade social. Narrar auxilia os indivíduos a darem sentido às suas experiências, visto que contam a história em sequência, como eles percebem acontecendo, e buscam explicações para os

eventos e ações ao interpretá-los e ao refletirem sobre eles (HOLLOWAY, WHEELER, 2009).

As narrativas deixam de ser meros instrumentos comunicacionais, os quais dão acesso às realidades anteriores, para serem tomadas como os próprios locais de acontecimento da análise, permitindo a construção de considerações que partem de relações exatas dos sentidos do sofrimento, adoecimento e cura. Essa explicitação convoca à reflexão sobre os parâmetros técnicos, éticos, teóricos, epistemológicos e (micro)políticos do cuidado em contextos situacionais (NUNES, CASTELLANOS, BARROS, 2010).

Nota-se que as dimensões socioculturais envolvidas abrangem a produção dos caminhos percorridos pelos indivíduos em busca de cuidado à saúde e que, para além dessa influência, as iniciativas exprimem de certa forma, reações desses indivíduos às ações de saúde dos profissionais e do sistema. Ressalta-se, aqui, a relevância da identificação de barreiras econômicas, culturais, sociais e físicas para a proposição da equidade na dinâmica da organização dos serviços de saúde em seus diversos níveis de complexidade (ASSIS, JESUS, 2012).

Nesta perspectiva, não se pode isentar a participação ativa e democrática daqueles que produzem e consomem saúde, de forma que a criação de vínculo profissional/usuário e o estímulo à narrativa sejam elementos essenciais nas ações de atendimento às necessidades de saúde da população. Mesmo com a realidade diversa do acesso aos serviços de saúde, de acordo com as necessidades socialmente construídas, torna-se possível a construção da consciência cidadã, com vistas ao acesso universal e equânime no atendimento das referidas necessidades (ASSIS, JESUS, 2012).

3.2 Local e participantes do estudo

O estudo foi conduzido no município de Botucatu, que se localiza na região centro-sul do Estado de São Paulo, sendo considerado de médio porte, com população estimada de 131.723 habitantes (IBGE, 2013) e densidade demográfica de 88,84 habitantes/km² para o ano de 2013 (FSEADE, 2013).

No Estado de São Paulo, em 2013, o número de nascidos vivos foi de 611.031 e o número de óbitos infantis foi de 7.013, totalizando uma taxa de mortalidade infantil de 11,5 óbitos por mil nascidos vivos, a menor registrada pela Fundação Seade desde o século passado. Em relação a 2012, essa taxa ficou estável (FSEADE, 2013). Observou-se que dentre os óbitos infantis, 7,8% ocorreram no período neonatal, sendo que 5,6% e 2,2% constituíram-se de óbitos neonatais precoces e tardios, respectivamente. Os óbitos pós-neonatais representaram 3,6% da taxa de mortalidade infantil (FSEADE, 2013).

Em Botucatu, no ano de 2013, o número de nascidos vivos foi de 1.669 e o número de óbitos infantis foi de 17, totalizando uma taxa de mortalidade infantil de 10,2 por mil nascidos vivos. Dentre os óbitos infantis, 8,4% ocorreram no período neonatal, sendo que 6,6% e 1,8% ocorreram no período neonatal precoce e tardio, respectivamente. Os óbitos pós-neonatais representaram 1,8% (FSEADE, 2013).

Segundo dados disponíveis, do ano de 2012, a taxa de mães adolescentes com menos de 18 anos foi de 6,91% e de mães que tiveram cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal chegou a 83,71%; os dois últimos itens mostram que os valores do município em foco apresentaram pior e melhor situação em relação aos índices do Estado de São Paulo, que foram de 6,88% e 78,33%, respectivamente. O índice, no mesmo ano, de nascimentos de baixo peso em Botucatu (SP) foi de

10,37% e de partos cesáreas foi de 56,71%, abaixo do valor do Estado de São Paulo, que foi de 59,99%. A porcentagem de crianças com esquema vacinal básico em dia foi de 99,9%. A prevalência de desnutrição foi de 0,6 por 100 em menores de dois anos e a taxa de hospitalização por pneumonia chegou a 3,1% em menores de cinco anos, por 1000 nascidos vivos (FSEADE, 2013).

Em Botucatu existem duas maternidades, uma pública e outra privada. A maternidade pública atende, em média, 200 parturientes por mês e conta com 39 leitos para gestantes e puérperas e 24 leitos para recém-nascidos, ou seja, 24 leitos de alojamento conjunto e 15 leitos para intercorrências clínicas e cirúrgicas da gestação/puerpério. É referência nas áreas obstétrica e neonatal, em especial para os 68 municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde VI – Bauru.

O hospital privado conta com 111 leitos clínicos, cirúrgicos, maternidade e pediatria. A maternidade desse hospital possui 16 leitos que incluem quartos privativos e semiprivativos. Esta instituição atende somente usuários do serviço privado/conveniado a empresas e cooperativas de saúde.

As participantes deste estudo foram mães de crianças que faleceram por causas evitáveis no período neonatal, entre janeiro de 2013 a junho de 2014, e que residiam em Botucatu. Essas mulheres foram selecionadas a partir do sistema de vigilância de óbitos infantis do município, considerando as fichas de investigação desses óbitos preenchidas.

No período de janeiro de 2013 a junho de 2014, foram contabilizados 44 óbitos neonatais ocorridos no município em estudo. Desses óbitos, 25 foram considerados evitáveis, excluindo-se, portanto, os recém-nascidos que portavam algum tipo de malformação congênita (MALTA et al, 2007, MALTA et al, 2010b).

Tomando por critério de inclusão, somente aquelas que eram residentes em Botucatu, a população entrevistada foi constituída da totalidade de mães que perderam seus bebês no período neonatal por causas evitáveis, no período referido acima, excetuando-se apenas uma, que se recusou a participar da pesquisa e outra que não foi localizada, totalizando-se nove indivíduos. Salienta-se que o número de ocorrências de óbitos neonatais totalizou onze, visto que três mães da população-alvo tiveram gestação múltipla, sendo que um dos dois recém-nascidos de uma dessas mães e os dois recém-nascidos de cada uma das outras duas mães foram a óbito no período neonatal.

De modo geral, considera-se que foram incluídas no estudo participantes que forneceram dados ricos, interessantes e suficientes para exprimir as informações pretendidas, sob diferentes pontos de vista (Fontanella et al. 2008).

3.3 Procedimentos para obtenção dos dados

Além da obtenção dos dados constantes nas fichas de investigação de óbitos infantis do período de janeiro de 2013 a junho de 2014 (Anexos II, III e IV), que são de responsabilidade dos setores de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, a coleta de dados deu-se por meio da realização de entrevista semiestruturada (Apêndice II), que foi gravada em MP3, transcrita e apagada posteriormente. O local da entrevista foi devidamente acordado com as mães participantes. As questões norteadoras da entrevista foram baseadas na investigação do itinerário terapêutico de cada uma delas, durante o período da gestação, parto e período percorrido até a ocorrência do óbito.

3.4 Técnica de análise dos dados

O referencial metodológico para a sistematização dos dados coletados foi o Método de Análise de Conteúdo, na vertente Temática, segundo Bardin.

O caminho da análise de conteúdo temática é constituído por três etapas: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação. Na primeira etapa - pré análise - realiza-se uma leitura perceptiva do material selecionado, buscando ter um olhar de conjunto, focalizando as particularidades do material, escolhendo formas de classificação inicial e definindo os conceitos teóricos que vão orientar a análise. Na segunda etapa - exploração do material - é feita a análise de núcleos de sentido, dividindo trechos, frases de cada texto de análise através da classificação inicial, reunindo as partes do texto por temas e buscando dar sentido, relacionando-os aos conceitos teóricos. E, na terceira etapa - tratamento dos resultados/inferência/interpretação - elabora-se um resumo interpretativo que permita correlacionar temas com objetivos, questões e pressupostos da pesquisa (MINAYO, DESLANDES, GOMES, 2007).

3.5 Aspectos éticos

Em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos do Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas (CIMS) e da resolução nº 466/12-CNS-MS do Conselho Nacional de Saúde, o presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, por meio da Plataforma Brasil, obtendo parecer favorável

(Número do Parecer: 417.320; CAAE: 22345113.3.0000.5411), em 07 de outubro de 2013 (Anexo V).

Antes da realização das entrevistas, as mulheres foram esclarecidas sobre os objetivos e procedimentos utilizados na pesquisa. Em seguida, foram convidadas a participar e, havendo concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da população de estudo

Observa-se, na Tabela 1, que oito das nove entrevistadas eram de cor branca, todas elas atingiram a maioridade no momento da entrevista e a maioria delas possuía ensino médio ou mais como escolaridade e trabalhavam fora de casa. Quanto à história obstétrica, observou-se que cinco entrevistadas eram primigestas, sendo que uma delas teve a sua primeira gestação com dois fetos, ou seja, gestação gemelar. Duas das entrevistadas estavam na quarta gestação: uma havia tido três partos normais anteriormente e a gestação atual era gemelar, por isso, teve cinco filhos vivos (incluindo-se os filhos da última gestação); a outra havia tido um parto cesárea e dois abortos, portanto, teve dois filhos vivos (incluindo-se o filho da gestação atual). Uma das entrevistadas estava em sua terceira gestação, tendo um parto normal, uma cesárea e três filhos vivos. Outra entrevistada estava na sua segunda gestação; na primeira teve um aborto, tendo, portanto, dois filhos vivos, pois a gestação em estudo era gemelar.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica materna e da história obstétrica. Botucatu, 2013-2014

Mães	Cor	Idade (anos)	Escolaridade	Trabalho fora do lar	Número de gestações***	Paridade	Número de filhos vivos***
E1	Branca	30	EM* ou mais	Sim	1	1	2
E2	Branca	26	EM ou mais	Não	4	4	5
E3	Branca	37	EF**ou menos	Sim	3	3	3
E4	Branca	26	EF ou menos	Não	2	1	2
E5	Branca	36	EM ou mais	Não	4	2	2
E6	Branca	26	EM ou mais	Sim	1	1	1
E7	Parda	18	EF ou menos	Não	1	1	1
E8	Branca	20	EM ou mais	Sim	1	1	1
E9	Branca	18	EM ou mais	Sim	1	1	1

Fonte: Declaração de óbito. Ficha de investigação de óbito infantil (Serv de Saúde Hospitalar).

*EM = Ensino médio; **EF = Ensino fundamental; ***Inclusive esta.

Destaca-se que, até o período da realização das entrevistas, três mães já haviam engravidado novamente.

A Tabela 2 mostra que oito participantes tiveram seus filhos no período de prematuridade extrema e que apenas um deles nasceu a termo. Todas as mães apresentaram intercorrências durante a gestação e/ou parto, tais como infecção urinária, ruptura prematura de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, eclâmpsia, apresentação anômala e hemorragia.

Tabela 2 – Aspectos da atenção à gestante e parturiente. Botucatu, 2013-2014

Mães	Intercorrências/ gestação	IG na internação	Intercorrências/ parto	Tipo de parto	Anestesia no TP*
E1	Infecção urinária	23 semanas	TPP*	Vaginal	Não
E2	-	37 semanas	Apresentação anômala	Cirúrgico	Sim
E3	-	26 semanas	TPP; RPMO**; Hemorragia	Cirúrgico	Sim
E4	-	23 semanas	TPP	Vaginal	Não
E5	-	25 semanas	TPP	Vaginal	Não
E6	Infecção urinária	29 semanas	Eclâmpsia	Cirúrgico	Sim
E7	-	22 semanas	TPP	Vaginal	Não
E8	-	23 semanas	TPP	Vaginal	Não
E9	-	23 semanas	TPP; RPMO	Vaginal	Não

Fonte: Declaração de óbito. Ficha de investigação de óbito infantil (Serv de Saúde Hospitalar).

*TPP: Trabalho de parto prematuro; **RPMO: Ruptura prematura de membranas ovulares.

Complementa-se, ainda, que não foi utilizada ocitocina durante os trabalhos de parto, visto que foram oito partos prematuros e o único parto a termo foi cirúrgico por apresentação anômala. Foi utilizada raquianestesia nas três gestantes que tiveram partos cirúrgicos e, em relação ao monitoramento fetal e à utilização de partograma, observou-se que em oito ocorrências, essas variáveis não se aplicavam, pois os partos ocorreram pré-termo e três partos foram cirúrgicos. Em três ocorrências observou-se que as fichas de investigação de óbito infantil, nos campos de utilização de ocitocina, realização de anestesia e utilização de partograma, estavam sem resposta, demonstrando a dificuldade muitas vezes

encontrada no preenchimento correto destas fichas, que pode estar relacionado à qualidade da informação registrada no prontuário dos usuários.

Dos recém-nascidos que foram a óbito, oito eram do sexo feminino, oito nasceram de parto vaginal, dez nasceram prematuros e somente um nasceu a termo, apresentando, porém, muito baixo peso ao nascer. Nove recém-nascidos apresentaram extremo baixo peso ao nascer (Tabela 3).

Tabela 3 - Condições de nascimento e óbito dos recém-nascidos. Botucatu, 2013-2014

Mães	Sexo	Nascimento a termo	Peso ao nascer	Primeiro filho	Feto único	Idade no óbito
E1	F	Não	530g	Sim	Não	45 min
E1	F	Não	510g	Sim	Não	4 dias
E2	F	Sim	1620g	Não	Não	24 dias
E3	M	Não	890g	Não	Sim	6 dias
E4	F	Não	420g	Não	Não	3 min
E4	F	Não	390g	Não	Não	4 min
E5	F	Não	840g	Não	Sim	5 dias
E6	F	Não	896g	Sim	Sim	22 dias
E7	M	Não	445g	Sim	Sim	5 dias
E8	F	Não	530g	Sim	Sim	2 dias
E9	M	Não	595g	Sim	Sim	60 min

Fonte: Declaração de óbito. Ficha de investigação de óbito infantil (Serv de Saúde Hospitalar).

Constata-se, pela observação da Tabela 4, que todos recém-nascidos apresentaram Apgar menor ou igual a 7 no primeiro minuto e duas das fichas investigadas estavam com este campo sem resposta. Oito recém-nascidos apresentaram Apgar menor ou igual a 7 no quinto minuto e duas das fichas investigadas estavam com este campo sem resposta. Em relação à reanimação, seis recém-nascidos foram submetidos a esse atendimento, um não foi e quatro das fichas investigadas estavam com este campo sem resposta. A idade gestacional obtida pelo pediatra, pela realização do exame físico, foi relatada em quatro casos, sendo que sete fichas investigadas esse campo estava sem preenchimento. Todas as fichas investigadas estavam sem resposta em relação à constatação do tipo de

Rh da mãe e do recém-nascido e, também, não constava a utilização ou não de imunoglobulina. Seis recém-nascidos foram encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI) e quatro não, sendo que três deles faleceram ainda no centro obstétrico e um recém-nascido faleceu em casa. Em relação a infecções neonatais, dez recém-nascidos não tiveram infecções confirmadas e uma das fichas investigadas estava com este campo sem resposta.

Tabela 4 – Aspectos da atenção aos recém-nascidos que foram a óbito no período neonatal. Botucatu, 2013-2014

Mães	Apgar 1º minuto	Apgar 5º minuto	Reanimação	IG* por exame físico	Leito de UTI*	Infecções neonatais
E1A	-	-	Sim	-	Sim	Não
E1B	-	-	-	-	Não	Não
E2	7	9	-	35 semanas	Não	Não
E3	1	4	Sim	-	Sim	Não
E4A	1	0	-	22 semanas	Não	Não
E4B	1	0	-	-	Não	Não
E5	7	3	Sim	-	Sim	Não
E6	5	6	Não	29 semanas	Sim	Não
E7	1	4	Sim	-	Sim	Não
E8	1	3	Sim	23 semanas	Sim	Não
E9	1	1	Sim	-	Não	-

Fonte: Declaração de óbito. Ficha de investigação de óbito infantil (Serv de Saúde Hospitalar).

*IG: Idade gestacional, UTI: Unidade de Tratamento Intensivo

4.2 Itinerário terapêutico percorrido por mães de recém-nascidos que foram a óbito por causas evitáveis

As narrativas maternas sobre o itinerário terapêutico percorrido desde a constatação da gravidez até a ocorrência dos óbitos neonatais de seus filhos seguem apresentadas.

Inicialmente, apresentam-se as narrativas das experiências de cada entrevistada (E) de 1 a 9, quanto ao itinerário terapêutico percorrido.

4.2.1 Itinerário terapêutico de cada participante do estudo

E1

E1 descobriu a gravidez após passar em consulta agendada com o médico ginecologista e obstetra de serviço de saúde privado (particular), para avaliação de dor forte em baixo ventre. Ela se assustou com a notícia e com o fato do exame ultrassom, realizado por esse mesmo médico, ter revelado descolamento de placenta. Foi recomendado a ela ficasse de repouso em casa e que retornasse para nova consulta em um mês. Nesta consulta, outro ultrassom revelou que a gestação era gemelar, sendo informado à gestante que o primeiro descolamento de placenta havia se resolvido, porém foi detectado outro descolamento em curso. Durante o período gestacional E1 sentiu dores muito fortes em baixo ventre e teve episódios de corrimento, que foram caracterizados como sintomas normais, pelo médico pré-natalista particular. E1 manteve-se em repouso, evitava relações sexuais, agachamentos e levantamento de pesos, como sua mãe havia recomendado e como ela mesma imaginava que deveria se portar frente à situação que estava vivendo.

Aos dois meses e meio de gestação apresentou sangramento vaginal, quando procurou atendimento no serviço de saúde público, onde foi atendida e medicada. Posteriormente, quando as dores fortes em baixo ventre tornaram-se mais fortes, E1 ligou para o médico pré-natalista particular, que prescreveu medicação para alívio da dor e repouso. Como a dor continuou, E1 ligou novamente para o médico pré-natalista particular, avisando que iria fazer ultrassom por conta própria. A médica de serviço de saúde privado que realizou o ultrassom disse que um dos bebês estava encaixado na bacia e que E1 estava com pedras nos rins, recomendando a E1 consultar o médico que a estava acompanhando no pré-natal sobre a situação apresentada. E1 ligou para o médico pré-natalista particular, que agendou consulta para o mesmo dia. Quando E1 chegou ao consultório do médico pré-natalista particular, ele não estava lá e na maternidade privada em que trabalha, não respondendo também às chamadas de celular. E1 decidiu procurar o pronto-atendimento público, onde foi recomendada a internação hospitalar imediata. Porém, neste intervalo, o médico pré-natalista particular retornou a ligação e desaconselhou a internação. E1 assinou um termo de responsabilidade sobre a discordância da indicação de internação, demonstrando confiança maior nas recomendações do médico de serviço de saúde privado e descrédito nas obtidas no serviço de saúde público. Naquela noite, a dor sentida em baixo ventre por E1 continuou e ao ligar novamente para o médico pré-natalista, recebeu a recomendação de comprar um novo medicamento para alívio da dor apresentada. No fim da tarde do dia seguinte, E1 ligou novamente para o médico pré-natalista que manteve a recomendação de uso do mesmo medicamento para alívio da dor e, se caso não melhorasse até o dia seguinte, que voltasse a procurá-lo que ele iria tomar providências. Na madrugada do dia seguinte, E1 precisou ir com urgência ao pronto-atendimento público, pois

estava apresentando sangramento e aumento da dor. Neste serviço, ao se constatar que colo uterino de E1 estava com oito centímetros de dilatação, rapidamente a encaminharam para a sala de parto. Logo depois, o primeiro gemelar nasceu. Após oito horas do nascimento desse bebê, o segundo não havia nascido, sendo realizada cerclagem para evitar o nascimento prematuro do segundo gemelar. Dois dias depois, ainda internada na maternidade pública, E1 entrou em trabalho de parto do segundo gemelar. Na transferência de E1 uma maca a outra, para realizar os procedimentos de analgesia de parto, as pernas do bebê apresentaram-se penduradas entre suas pernas. Um dos bebês faleceu logo após o parto e o outro, dois dias após o nascimento. Para E1 a conduta dos médicos que a atenderam no serviço público foi adequada, o que não considera quanto à atenção recebida do médico pré-natalista particular, que não se manifestou em momento algum e isso. Os médicos do serviço público disseram a E1 que eles só eram responsáveis pelo ocorrido durante os partos e não pelos problemas apresentados na gestação. E1 não compreende o fato do médico pré-natalista particular não tê-la examinado, não tê-la atendido nas inúmeras vezes em que ela ligou para ele e se recrimina ao se lembrar de não ter aceitado a internação proposta pelo serviço público. E1 avalia a atenção à saúde ofertada a ela e aos seus bebês, no parto e na UTI Neonatal, como satisfatória. O problema, em sua opinião, ocorreu no pré-natal. E1 deseja engravidar novamente e já sabe que tem condições para isso.

E2

E2, assim que descobriu que estava grávida, começou a fazer o pré-natal na unidade básica de saúde próxima a sua casa. No primeiro ultrassom realizado em serviço público, foi visualizada gestação gemelar. Após essa descoberta, foi

encaminhada ao pré-natal de alto risco do serviço de saúde público. A gestação transcorreu sem intercorrências e os bebês nasceram a termo, de parto cesárea. Um dos bebês pesou 1.000 gramas e 10 cm a menos do que outro, sendo necessário que ficasse internado no berçário durante 15 dias, com a finalidade de ganho de peso. E2 avalia como satisfatório o atendimento ofertado pelo serviço público, tanto no pré-natal e parto, quanto em relação aos cuidados realizados no berçário, onde um de seus bebês esteve internado. Sentiu-se satisfeita e grata à equipe, que a deixou ficar no hospital durante os 15 dias de internação de seu bebê, para que pudesse amamentá-lo. Após esse período, seu bebê recebeu alta e continuou em acompanhamento no ambulatório de recém-nascidos de baixo peso no serviço de saúde público. Em um dos retornos ao ambulatório, dez dias após a alta, constatou-se que o bebê havia perdido 100 gramas e, por isso, indicou-se a complementação da amamentação com fórmula industrializada, que não foi comprada e oferecida ao bebê naquele dia. E2 se culpa por isso. Na noite do dia seguinte, E2 amamentou seus bebês e os colocou para dormir. Acordou algum tempo depois, amamentou o bebê, que nasceu com peso adequado. Quando foi desenrolar o outro bebê para amamentar, ele já não mais respondia a estímulos. E2 permaneceu com o bebê em seu colo durante duas horas, descrente no que acabara de acontecer. Após a realização da necropsia, E2 recebeu a informação, por telefone, de que o bebê faleceu de morte natural e de que, como não era possível descrever a morte dessa forma devido às exigências relacionadas ao preenchimento do laudo médico, colocaram que o bebê faleceu de pneumonia. E2 não buscou esse laudo e não se conforma com o ocorrido.

E3

E3 descobriu a gravidez por estar com a menstruação atrasada e com enjoos. Ao confirmar da gestação por resultado de exame de urina feito por conta própria, ela e seu marido ficaram imensamente felizes. No entanto, esperou por um mês para iniciar seu pré-natal, pois aguardava sua inclusão no plano de saúde empresarial de seu marido. Por indicação de uma vizinha, começou a realizar o pré-natal com o médico particular específico. No decorrer da gestação, E3 sentiu muita dor em baixo ventre, apresentava corrimento vaginal espesso, em grande quantidade, sendo diagnosticada infecção urinária pelo médico pré-natalista particular. E3 tomou os medicamentos prescritos para a infecção urinária e para a infecção genital, sem confirmação laboratorial posterior de cura, permanecendo com corrimento vaginal não considerado como problema pelo médico pré-natalista particular. Dias depois, E3 foi internada na maternidade privada para avaliação pelo médico pré-natalista particular das dores que haviam piorado. E3 conta que, como o referido médico iria viajar, no dia seguinte, foi dada a alta hospitalar, sem ter sido resolvido o problema, embora as dores já tivessem diminuído de intensidade. Poucos dias depois, durante a madrugada, E3 teve que ir às pressas ao serviço de pronto atendimento privado, pois as dores tornaram-se muito fortes. Chegando lá, o plantonista demonstrou-se alheio às suas queixas e não se dispôs a contatar o médico pré-natalista particular para discutir a conduta a ser tomada. Com o grande descontentamento e insistência de E3, o plantonista ligou para aquele médico, que indicou medicação e dispensa. No mesmo momento, E3 percebeu que sua bolsa estourou e, após esse ocorrido, o plantonista não apareceu mais no consultório. Depois de um longo tempo de espera neste serviço, foi realizado um ultrassom e constatada a necessidade de se realizar a indução do parto. Ainda em espera da continuidade do atendimento, após toque

vaginal e foi dito a E3 que a perna do bebê estava para fora e que ela teria que ser transferida para o serviço de saúde público, imediatamente. Houve demora na transferência de E3 do pronto atendimento privado para a maternidade pública devida a problemas de transporte. Na maternidade pública, foi tentado o parto normal, em desaprovação de E3 que estava com muita dor. Como a cabeça do bebê não saía, o parto cesáreo foi realizado. O bebê teve parada cardíaca assim que nasceu e ficou internado por uma semana na UTI Neonatal, antes de falecer. Neste serviço, E3 não obteve atenção que gostaria por parte dos profissionais, não sendo explicadas a ela as normas e rotinas do local; ela ficou sem saber onde poderia ficar e se podia pegar seu bebê no colo. Para ela, faltou humanização e comunicação tanto no atendimento ofertado a ela, no pré-natal e no parto, quanto para o seu bebê, atribuindo o desfecho ocorrido à demora no atendimento às suas necessidades e à falta de atenção do médico pré-natalista particular. E3 considera que o atendimento do plano de saúde às pessoas que pagam por consultas e procedimentos é diferenciado de seu caso, que por ser um convênio empresarial, o tratamento dispensado é menos qualificado. O desejo de E3, que quer engravidar de novo, é que nada parecido com a situação vivenciada por ela aconteça novamente, pois perder o seu bebê com uma semana de vida trouxe para ela o sofrimento de uma vida toda.

E4

Com dois meses de gestação E4 iniciou seu pré-natal em unidade básica de saúde do município em que morava. Sentia muitas dores neste período e a conduta dos profissionais do serviço era sempre a prescrição de medicamentos para dor. Nesse serviço, foi diagnosticada infecção urinária, que não foi tratada. Ainda no início da

gestação, E4 mudou-se para o município em estudo e começou a fazer seu acompanhamento pré-natal na unidade básica de saúde próxima a sua residência. Assim que foi descoberta a gestação gemelar, E4 foi encaminhada ao pré-natal de alto risco do serviço público do município. Porém, passou por apenas uma consulta de pré-natal nesse serviço, pois seus bebês nasceram prematuros. Após perceber saída de conteúdo vaginal, E4 foi direto para a maternidade pública; ao ser examinada, diagnosticaram o início de trabalho de parto. Logo após o nascimento ambos os bebês faleceram. E4 passou pelo procedimento de curetagem e teve alta no mesmo dia. Como os atestados de óbito dos bebês foram preenchidos erroneamente, como óbitos fetais e não natimortos, E4 teve que comparecer no serviço de saúde, no setor de assistência social e no cartório por várias vezes devido ao erro. E4 avalia o atendimento prestado durante o pré-natal e o parto como insuficiente e inadequado, destacando a falta de comunicação dos profissionais para com ela durante o cuidado prestado, deixando-a sem explicações plausíveis sobre o ocorrido. E4 tem dúvidas em relação a tudo que aconteceu, sendo que seu marido, está fazendo acompanhamento psicológico para tentar superar os danos causados pela perda dos bebês. E4 está grávida novamente, feliz e ansiando um desfecho diferente daquele vivenciado.

E5

E5 desejava muito engravidar, em tentativa por dois anos seguidos e com encaminhamento feito ao ambulatório de fertilização do serviço público, aguardando ser chamada. Ao apresentar sintomas característicos, realizou o teste em unidade básica de saúde, sendo confirmada a gravidez. Algum tempo depois da descoberta o serviço de saúde público contatou E5 para agendar sua consulta no ambulatório

de fertilidade, mas ela já estava realizando o pré-natal na unidade básica de saúde próxima a sua residência e tudo estava correndo bem. Lá foi indicado repouso a E5, que parou de trabalhar. E5 gostaria de ter feito o pré-natal do serviço público de referência, mas lá só aceitavam gestações de alto risco e não era o caso dela; pensou em fazer pré-natal particular, mas a médica da unidade básica de saúde não recomendou. E, assim, ela seguiu sendo acompanhada na unidade do seu bairro, pois tudo estava correndo bem. Dois dias antes do parto, que foi prematuro, E5 começou a sentir dores abdominais. Foi à unidade básica de saúde e a médica prescreveu um medicamento e solicitou que ela se deitasse e repousasse. Porém, a dor ficou cada vez mais forte depois e E5, junto de seu marido, decidiu procurar a maternidade pública. Neste serviço houve demora no atendimento, avaliado como muito insatisfatório por E5. O parto foi vaginal, embora E5 desejasse ser cirúrgico, e não pôde ser acompanhado pelo pai. E5 viu seu bebê somente no dia seguinte ao nascimento; passou pelo procedimento de curetagem e teve alta dois dias depois. Seu bebê ficou internado na UTI Neonatal por sete dias e, depois, faleceu. Avaliou satisfatoriamente o atendimento ao seu bebê nesse serviço. E5 e seu marido iam visitá-lo frequentemente. À E5 não foi dada explicação sobre os motivos do óbito do seu bebê, o que leva ao receio de engravidar novamente.

E6

A gravidez da E6 não foi planejada, mas aceita. Ela fez o pré-natal com médico particular e com 20 semanas começou a apresentar sinais e sintomas de hipertensão arterial. E6 relata que nenhuma providência foi tomada pelo médico pré-natalista particular, mesmo quando a pressão arterial aferida dentro do consultório mostrou-se alterada. Em contrapartida, E6 avaliou o atendimento do serviço de

saúde público, local que procurou quando apresentou sinais e sintomas de hipertensão, pré-eclâmpsia e Síndrome Hellp, como muito bom, pois os profissionais a avaliavam de forma intermitente e fizeram tudo que estava ao alcance deles em relação ao cuidado à saúde, prestado a ela e ao seu bebê, que nasceu prematuro. E6 avalia que não teve assistência alguma durante o pré-natal. E6 está grávida novamente, porém seu bebê possui malformação e ela está sendo acompanhada pelo pré-natal da medicina fetal, no serviço público de saúde.

E7

E7 engravidou inesperadamente, no começo do namoro com seu atual marido, com quem vive uma relação estável. Passou por apenas uma consulta de pré-natal na unidade básica de saúde, pois escondeu a gravidez de sua mãe enquanto foi possível. Com a mãe de E7 não aceitava sua gestação, ela foi morar com o namorado. Certo dia começou a ter dores em baixo ventre, mas não procurou nenhum serviço de saúde. Dias depois, sentiu dores ainda mais fortes e foi até o serviço público de saúde. Ficou internada durante seis dias, recebendo medicações e mantendo repouso; no sétimo dia de internação seu bebê nasceu prematuramente. E7 passou pelo procedimento de curetagem e teve alta hospitalar, dois dias após o parto. O bebê ficou internado na UTI Neonatal durante cinco dias e depois faleceu; E7 foi visitá-lo todos os dias, menos no dia de domingo. E7 avalia o atendimento pelos profissionais, na maternidade pública, insatisfatório, pois alguns membros da equipe não valorizaram suas queixas; na UTI Neonatal o cuidado ao seu bebê foi avaliado por E7 como adequado. Ela relaciona a falta de acompanhamento pré-natal com o desfecho vivenciado, considerando que não realizou o exame de Papanicolaou, cujo resultado está alterado no momento. Ou

seja, associa a alteração do Papanicolaou com o trabalho de parto prematuro. De certa forma, coloca sobre si mesma culpa pelo ocorrido. E7 está grávida novamente e feliz.

E8

E8 descobriu que estava grávida somente aos três meses de gestação. Anteriormente à descoberta, refere que saía, bebia e fumava. Depois, parou de ter esses hábitos e começou a comprar os itens do enxoval. Compareceu em todas as consultas de pré-natal na unidade básica de saúde e tudo estava indo bem. Até que certo dia, a bolsa amniótica estourou repentinamente e começou a sentir fortes dores. A mãe de E8 a aconselhou a procurar o serviço de saúde público, pois não era normal sentir tantas dores. Após vinte minutos de sua chegada nesse serviço, o bebê nasceu prematuramente, de parto vaginal. O bebê ficou internado na UTI Neonatal por dois dias antes de falecer. E8 ia visitar seu bebê toda hora. Em relação à qualidade do atendimento, E8 avalia que o cuidado que tiveram com ela foi excelente; Porém, com o bebê, ela considera que houve descuido, inclusive com ocorrência de injúria física não intencional. A família de E8 e seu ex-companheiro, a apoiaram, mas para ela a experiência foi e tem sido muito difícil, pois ao mesmo tempo em que o acontecimento parece não ter sido nada, foi tudo em sua vida. Fica entristecida próximo ao dia que seu bebê faleceu ou quando encontra crianças. Por outro lado, acha que se tornou uma pessoa melhor após esta vivência, o que permitiu que ela visse o lado bom daquilo que é vivido.

E9

A E9 começou a fazer o acompanhamento pré-natal na unidade básica de saúde próxima a sua residência logo que descobriu a gravidez. Estava tudo normal, porém teve o diagnóstico de infecção urinária, que foi tratada conforme foi orientado. Certo dia, E9 sentiu fortes dores abdominais e solicitou que seu ex-sogro a levasse ao médico. O ex-sogro a levou no pronto atendimento particular, por ser o serviço mais próximo e, mesmo E9 não tendo plano de saúde, foi atendida e examinada. Pelo exame, foi constatado que seu colo uterino estava com quatro centímetros de dilatação e, por isso, encaminharam-na para o serviço de saúde público imediatamente. Após algum tempo, o bebê nasceu na sala de parto e faleceu, aproximadamente, uma hora depois. E9 não quis ver seu bebê, mas recebeu apoio de sua mãe, que a fez encontrar respostas divinas para superar o seu sofrimento. E9 atribui o ocorrido, ao fato de que o relacionamento com pai do bebê, não deu certo, então, não era para terem um filho juntos. E9 relaciona, também, o óbito do bebê à demora na realização do exame de Papanicolaou, pois sua mãe disse que esse exame deve ser realizado logo no início da gestação e não aos seis meses, como foi feito. E9 está em um novo relacionamento, pretende se casar e não quer ter filhos no momento.

4.2.2 Itinerário terapêutico percorrido pelo grupo de participantes do estudo

Os depoimentos obtidos seguem apresentados por temas, correspondentes aos itinerários terapêuticos experienciados pelas mães nos períodos pré-natal, parto e puerpério e pelos bebês após o nascimento, e por subtemas relativos aos respectivos núcleos de sentido que emergiram da análise dos dados coletados. depoimentos obtidos.

Quadro 1. Síntese dos temas e núcleos de sentido obtidos. Botucatu, 2014

TEMA 1 – Atenção Pré-natal
Não estava esperando ficar grávida
Minha gestação foi normal
Tive problemas na gestação
Fiquei insatisfeita com o atendimento recebido
Eu fiz minha parte
Minha família e amigos me deram conselhos
Acreditava que estava escolhendo o melhor
TEMA 2 – Atenção ao Parto
O parto não ocorreu onde e como deveria
O apoio da família foi fundamental
TEMA 3 - Atenção Pós-parto à Mãe e ao Neonato
Fizeram tudo o que puderam
Faltou humanização
Não esperava por aquilo: foi um baque!
Fiquei sem saber por que tudo isso aconteceu
Espero que daqui pra frente tudo dê certo

Atenção Pré-natal

Não estava esperando ficar grávida

Os depoimentos das entrevistadas revelaram que, muito embora, algumas delas estivessem querendo engravidar, para todas, a confirmação da gravidez foi surpresa. Foram diversos os sentimentos relatados por essas mulheres, relacionados à descoberta da gestação, por sua vez ligados à insegurança pelo desconhecido a ser enfrentado, à não-aceitação pelos familiares, ao conformismo com a nova situação e até a alegria de vivenciar essa experiência pela primeira vez ou novamente:

...minha médica pediu exame, daí eu fiz, quando soube o resultado, nossa! Fiquei muito feliz, porque era uma coisa que eu não esperava... Assim, no subconsciente eu queria, mas não estava esperando aquilo naquele momento. Fiquei muito feliz!
E5

É porque assim, eu morava com a minha mãe, daí eu conheci o o pai da criança e acabei engravidando de começo. Eu estava morando com a minha mãe e minha mãe não aceitava... Daí, eu fui morar com ele, em outro bairro. E7

Não queria, mas daí, quando eu fiquei sabendo passei a querer.
E8

Então, eu descobri que eu estava grávida já estava de três meses. Eu não sabia, daí saía, bebia, fumava... Normal! Quando fiquei sabendo que eu estava grávida, aí eu parei, daí comecei comprar as coisas da nenê, já tinha tudo já. E9

Pelos depoimentos acima, observa-se claramente a influência do período vivenciado, entremeado pelas peculiaridades dos aspectos biológicos, sociais, psicológicos, culturais e econômicos (CARNEIRO et al., 2013). Sabe-se que a gestação traz mudanças na vida das mulheres e de seus familiares e que a nova condição vivida por elas exige adaptações biopsicossociais, tais como o

relacionamento interpessoal com os profissionais de saúde, o processo de aprendizagem relacionado ao cuidado do bebê e de si mesma e as influências da mídia e as experiências vivenciadas e compartilhadas (CAMACHO, 2010; CARNEIRO et al., 2013; SIMAS, 2013;). Pode-se verificar que os sentimentos produzidos, em meio às experiências individuais e coletivas, quais se interrelacionam.

Em estudo realizado em Uberaba, Estado de Minas Gerais, constatou-se que, entre as primíparas, a insegurança era muito presente e que, entre as multíparas, havia coexistência da falta de planejamento de uma nova gestação e o desejo inconsciente de gerar um bebê. Esse estudo revelou também discrepância ao se constatar que mulheres que desejaram suas gestações passaram por situações de crise e aquelas que não desejaram construíram um sentido para a gravidez naquele momento, demonstrando aceitação evidente (SIMAS, 2013).

Os dois próximos núcleos de sentido, abaixo apresentados, mostram a coexistência de entrevistadas que não apresentaram alterações durante a gestação e aquelas que apresentaram intercorrências de tipos e graus variados de gravidade.

Minha gestação foi normal

Três das entrevistadas não relataram problema algum ocorrido com elas ou com os bebês, durante o período gestacional, denotando inconformidade com desfecho ocorrido.

Foi tudo certinho, nunca passei mal, as nenês sempre estavam bem! Todos os ultrassons sempre davam bem! Nunca passei mal, nunca me deu ânsia, tontura, nada... E2

Estava indo tudo normal, ela mexia bem, eu estava bem. Em todas as consultas, estava tudo bem. Têm os ultrassons, dois

ultrassons que fiz, está tudo aí, perfeita, perfeita! Quando eu descobri que estava grávida, eu estava com três meses, ela já estava grandinha já. Aí, quando foi dois dias antes de acontecer... Aí, eu estava sentindo cólica. Diminuía, mas depois voltava... E estava tudo bem, o ultrassom demonstrava! E todos os meus exames normais... E5

Tive infecção de urina... E um pouco de fezes endurecidas. Mas estava normal, nunca imaginava que iria acontecer, que eu iria ter... Estava normal, escutei o coraçãozinho e tudo. E9

Tive problemas na gestação

Desde a descoberta da gravidez, o período gestacional, para a maior parte das entrevistadas foi permeado por sentimentos variados, bem como foram vivenciadas várias intercorrências, tais como a presença de dor, secreção vaginal, descolamento prematuro de placenta, sangramento, pressão alta e infecção urinária.

Tinha colado o descolamento, mas aí eram gêmeos... Outro descolamento! Outro nenê e outro descolamento. E foi assim, daí, o período da gravidez. Com o descolamento, eu fiquei um pouco mais insegura, mas aí, assim, nas minhas palavras, ele sarou, mas a gravidez, por ser de gemelar, ela era bem delicada. Eu sentia muita dor no pé da barriga, uma pressão no osso da vagina, o tempo todo, desde o começo da gravidez, sabe? Eu não conseguia andar de carro, porque qualquer “soquinho”, cutucava dentro da minha barriga. Eu tive corrimento, também. Foi assim esses quatro meses, sabe? Dor, desconforto, eu não dormia... Doía, tive um sangramento nesse período... E nesse período o nenê estava desenvolvendo bem, ganhando peso, estava crescendo “nas medidas”, certinho. Eu não entendo... E1

Aí eu tive muita dor, durante, sei lá, os cinco primeiros meses! Eu que tive infecção de urina... No começo, eu tinha muita dor e aquela secreção horrorosa que saía em muita quantidade! Porque eu ia urinar e escorria, assim, como se fosse um xixi, mas não era líquido, entendeu? Esticava até assim, aquela muita quantidade, era mais de uma colher de... Assim, cada vez que eu ia ao banheiro, eu percebia assim... Então, tinha que colocar absorvente íntimo do grande! Não melhorou... E3

A gestação... Eu sofri muito, sabe? Com muita dor, do começo até o fim, só a dor. A gravidez inteira! E4

Com 20 semanas a minha pressão começou subir e isso foi piorando... Tive uma pré-eclâmpsia! Uma Síndrome de Hellp! E6

Daí eu comecei ter muita dor, daí quando a gente veio pra cá deu um tempo eu senti aquela mesma dor... Porque eu já tinha soltado... minha bolsa já tinha estourado, já perdi meu tampão já. Estourou durante o decorrer da gestação. Eu nem percebi. O tampão também, eu perdi ele. Mas eles fizeram um monte de exame e não deu nada. E7

Considerando as narrativas sobre cada participante do estudo, anteriormente apresentadas, e o próximo núcleo de sentido, verifica-se que as mães não apontaram qualquer problema físico ou emocional vivenciado durante a gestação, como causa direta do óbito neonatal. De outra forma, as relações feitas com esse desfecho foram com o tipo de atendimento recebido nos diferentes serviços de saúde a que tiveram acesso.

Fiquei insatisfeita com o atendimento recebido

As narrativas sobre as entrevistadas incluem algum tipo de situação de atendimento profissional durante o pré-natal, que trouxe insatisfação para elas, tanto em serviços privados como públicos.

Assim, a atenção à saúde pré-natal subsequente à busca das gestantes pela mesma demonstrou lacunas no sistema, o qual está pré-determinado e é balizado por princípios e diretrizes pré-estabelecidos. Estes princípios e diretrizes, que regem o SUS, determinam o modo como são estabelecidas as normas e os fluxos de atendimento aos usuários.

De acordo com a esse núcleo de sentido, questiona-se o cumprimento destes princípios e diretrizes, que contemplam a universalidade, a integralidade, a

equidade, bem como a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social que, em alguns momentos, não foram respeitados.

Eu fui ao médico, na consulta, e ele falou que as dores que eu estava sentindo era normal. Ele só falou assim: “Toma um Buscopam e deita”. Quando descobriu no ultrassom que eu estava com pedra no rim, liguei para ele (médico) que falou: “Vem aqui cinco horas que eu vou te atender”. Fui e ele não estava lá. Não tava no hospital, nem no celular, nem na casa, lugar algum ele estava! Daí, falaram para internar e eu não queria. Aí, o meu médico atendeu ao telefone nesse período de fazer papelada de internação e falou: “Não precisa ficar internada por causa dessa dor. Pode ir para sua casa e tomar Buscopan”. Fui pra casa, fiquei mais quarta à noite em casa. Quinta de dia liguei de novo pro médico que só mudou o remédio. Ele falou assim: “Toma um remédio chamado Inicox. Toma o Inicox dez horas da noite. Se sexta-feira de manhã não melhorar, daí eu vou tomar outra providência”. E ele não me viu mais... E1

Aí, também, tive essa secreção que não foi investigada direito. Só depois que descobriu, que fez lá um exame de urina, que eu estava com infecção de urina... E3

Passei no médico e só deram remédio para tirar a dor, não tirou, porque acho que já estava com infecção de urina, que não fui tratada. E4

Eu fiquei internada antes dele nascer, porque eu estava tomando remédio para tentar segurar. Eu não gostei do jeito que me trataram. Não teve ultrassom, nada. E7

Em um dos depoimentos de usuárias de unidade básica de saúde, observa-se a preocupação em utilizar o sistema de saúde complementar, ou seja, o serviço de saúde privado, para que pudesse garantir a si e ao seu bebê um atendimento de saúde de qualidade:

Daí, então, fui ao posto e a médica falou assim: “Toma Buscopan, só que não toma o composto, toma o simples e quando voltar a dor você vai direto na unidade de referência pública...”. Daí eu fui perguntei se era melhor eu procurar o particular e ela disse: “Não, não há necessidade, está tudo bem...” Fiquei insegura... E5

Verificou-se que as entrevistadas iniciaram a busca por atendimento à saúde e, por vezes, se depararam com serviços de saúde frágeis, que valorizam as tecnologias duras (exames e medicamentos) em detrimento das tecnologias leves (relacionamento interpessoal) e que não apresentam e não propõem devolutiva adequada às necessidades de saúde apresentadas, ao infringirem os princípios do SUS (COELHO, JORGE, 2009).

Em estudo sobre a integralidade (MATTOS, 2004) observou-se que o SUS foi elaborado para articular o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, devendo estar organizado de forma regionalizada e hierarquizada. A hierarquização conjectura a existência de níveis de atenção. Para circunscrever estes níveis de atenção é preciso ordenar os recursos tecnológicos para a viabilização da promoção, proteção e recuperação da saúde. E o acesso da população a todos os níveis de atenção é uma garantia a ser dada pelo SUS (MATTOS, 2004).

Manifesta-se uma percepção que decorre dos diversos sentidos da integralidade e que se aplicam aos encontros entre equipe de saúde e as pessoas. Falar a favor da integralidade é pôr em prática a defesa de que as práticas em saúde no SUS sejam intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se interrelacionem com sujeitos e não objetos. Práticas intersubjetivas abrangem necessariamente um caráter dialógico, concedendo uma dimensão de conversação a estas práticas, de modo que os profissionais de saúde se utilizem de seus conhecimentos para reconhecerem as necessidades de saúde dos sujeitos em questão. Ressalta-se a condição sintônica que deve existir entre a oferta de ações pelos profissionais e o contexto específico de cada indivíduo (MATTOS, 2004).

A escuta e o diálogo permitem que a subjetividade seja posta, adentrando o usuário no espaço assistencial e promovendo uma mudança nas práticas fragmentadas e mecanizadas, que tornam o sujeito um objeto (SOUZA, 2009).

O acolhimento manifesta-se como provedor do acesso e possibilita que o indivíduo seja inserido no espaço assistencial, desenvolvendo e articulando respostas concernentes às necessidades dos usuários. Adiciona-se, ainda, a formação de vínculo, o engajamento em ações de cuidado e seus desfechos, configurando uma assistência pautada na integralidade em saúde (SOUZA, 2009).

Desta forma, pode-se inferir que uma assistência qualificada à saúde pode ser concedida tanto pelo sistema público como pelo sistema privado, se de fato empenharem-se na materialização do que é proposto para o alcance de suas metas. É exatamente esta materialização e concretização do que se propõe que garantirá a credibilidade ou a ausência dela no sistema de saúde (SOUZA, 2009).

Melo et al. (2011) demonstraram que o conhecimento limitado de profissionais de saúde em relação aos princípios do SUS e as políticas que o fundamentam determinam as barreiras existentes na assistência à saúde da mulher durante a gestação. Esse panorama coopera para a sucessão de ações fragmentadas, que vão contra a integralidade da atenção. Neste estudo foi observado também, que o atendimento satisfatório às gestantes dava-se pelo fortalecimento dos vínculos entre profissional e paciente, permitindo que as gestantes tivessem suas dúvidas elucidadas, anseios minimizados e suas necessidades de saúde atendidas (MELO et al., 2011).

Estudo de revisão integrativa, que se propôs a analisar artigos relacionados à saúde materna, sob perspectiva das representações sociais, concluiu que as vivências das gestantes junto aos serviços de saúde e as relações estabelecidas

com os profissionais e familiares foram subsidiadas pelas representações sociais sobre pré-natal, parto normal, cesárea e amamentação (CARNEIRO, 2013).

Sabe-se que o pré-natal se constitui em ferramenta essencial para o desenvolvimento adequado da gestação, cujos executores devem, conforme preconizado no Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério da Secretaria do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2010a), promover sua qualidade na perspectiva da garantia de uma boa condição de saúde para a gestante e seu concepto. Para tanto, os profissionais de saúde devem atentar-se, em todas as oportunidades, às necessidades apresentadas pelas gestantes, valorizando seus conhecimentos prévios e suas dúvidas sobre sua condição de saúde de maneira acolhedora, de forma a garantir a elaboração e construção de novos saberes e fazeres (SÃO PAULO, 2010a; CARNEIRO, 2013; MELO, 2014).

Há necessidade de um olhar atento ao contexto em que as gestantes estão vivendo, de promoção de escuta qualificada, acolhedora, bem como de ações educativas, que permitam a transmutação da passividade intelectual do indivíduo para a criação do empoderamento (MELO et al., 2014; CARNEIRO, 2013).

Observa-se que o paradigma tecnicista, centrado nos aspectos biológicos, tem embargado a comunicação interpessoal dos profissionais e mulheres, tornando-a pouco interativa. Sugere-se que haja mudança nesse modo preponderante, para que os profissionais e mulheres dêem novo sentido aos seus saberes e práticas e contribuam para a transformação e qualificação da atenção ao ciclo gravídico-puerperal atual (ALBUQUERQUE, 2011; SANTOS, 2012; CARNEIRO, 2013).

Eu fiz minha parte...

Para essas mulheres tudo o que estava ao alcance delas, elas procuraram fazer, contudo suas falas deixam transparecer a falta de consideração em relação às suas demandas.

E eu ia pra minha casa! E tomava os meus, as minhas condutas lá de ficar deitada, não fazer serviço. É... Evitei relação sexual... Tudo que foi pedido. Aí, num domingo, eu fui para Avaré de carro, fiquei o dia inteirinho lá. Cheguei em casa, tomei banho, deitei. Na quarta-feira eu liguei pro meu médico particular e falei: “Eu preciso ir aí”. Como ele falou pra tomar Buscopan e deitar, aí liguei de novo pra ele e falei: “Não melhorou”. Aí eu falei: “Vou fazer uma ultrassom por conta própria”. Fui na médica que fazia ultrassom em mim. Ela falou: “Com o seu nenê está tudo bem. Só que uma nenê está encaixada na bacia”. E eu não sei o quê que significava o nenê encaixado na bacia! Primeira gestação! Falei: “Vamos pro pronto-atendimento público, porque lá vai ter algum médico”. Fomos pra unidade de referência pública, chegou lá de cara quiseram internar. Mas, eu peguei minha malinha e fui para minha casa com dor! Assinei um termo de responsabilidade que eu estaria indo embora. Tomei o remédio quinta-feira, duas horas da tarde. Liguei para ele seis horas e falei: “Doutor, a dor está só aumentando...”. E1

Eu estava fazendo pré-natal no posto, desde a minha primeira consulta, eu quis fazer lá. E2

Aí, depois eu esperei ainda um mês, um mês e pouco pra ele me colocar no bendito convênio da empresa, que ele trabalha. Aí fui lá e comecei fazer o pré-natal com ele [Médico]. Aí ele [Médico] falou: “É tudo coisa de grávida.” E eu pensei: “A dor também é coisa de grávida?” Eu falei: “Eu tenho outros dois filhos, eu não tive isso, como que pode ser coisa de grávida?” Não é tão diferente uma gravidez da outra... E3

Daí, depois eu vim pra cá, daí passei na [unidade básica de saúde], depois eu fui na [unidade de referência pública]. Lá, só depois que eles pediram os exames e ainda não vi o resultado!!! Daí depois eu passei lá em Itararé e depois eu vim pra cá também [unidade básica de saúde] e daí uma vez na [unidade de referência pública], daí outra vez só foi pra ganhar as meninas. E4

Fiz o que ela falou, fiquei de repouso, fiquei em casa... Aí teve uma hora que eu voltei lá [unidade básica de saúde], Cheguei a perguntar pro [Médico], que disse: “Está tudo bem...”. E5

Eu preferi fazer o pré-natal particular. E6

Pré-natal eu fiz uma consulta só. É, porque como a minha gravidez era escondida, deu pra mim fazer uma só. E7

Fui a todas as consultas. Tudo. Crescimento, tudo... E8

Em contra-ponto, houve referências auto-repreensíveis ao se depararem com as próprias falhas.

Eu demorei um pouquinho pra ir, sabe? Eu acho que eu demorei uns dois meses, mais ou menos, pra depois ir. E4

Foi ruim por eu não ter feito meu pré-natal, acabei perdendo... Eu não sei, porque agora eu fiz um papa, o médico disse que eu estou com um pré-câncer, que é uma feridinha no útero e eu não sei se eu já estava com isso, porque eu não tinha feito o meu pré-natal, meu Papanicolau ainda, eu não sei se já estava com isso e eles não conseguiram constatar... E7

O sistema de saúde, em sua constituição, proporciona aos indivíduos caminhos a serem percorridos ao interpretarem seu estado de saúde, fazendo-os recorrer às opções de tratamento. Indivíduos em situação de alteração do estado de saúde e que se dirigem ao encontro de explicações, diagnóstico ou tratamento buscam minimizar seu sofrimento por meio de alternativas construídas culturalmente, podendo tornar-se adeptos ou não ao tratamento disponibilizado pelos profissionais de saúde (AMARAL, 2012).

Este estudo qualitativo, realizado com gestantes em Florianópolis, Estado de Santa Catarina, em relação ao itinerário terapêutico traçado por elas no cuidado a sua saúde e do seu bebê demonstrou que, inicialmente, frente a algum sintoma adverso, essas mulheres utilizaram seus conhecimentos prévios a fim de aliviarem o

incômodo e, posteriormente, procuraram atendimento na unidade básica de saúde e/ou hospital, dependendo da gravidade. Observou-se claramente que os recursos utilizados foram balizados pela conciliação de saberes populares e científicos, adquiridos no contexto sociocultural em que estão inseridas. Desta forma, buscaram-se respostas às demandas no meio familiar, com pessoas que já vivenciaram experiências semelhantes e com profissionais de saúde, os quais, por muitas vezes, não valorizam o saber prévio destes indivíduos, dificultando a criação de vínculo (AMARAL, 2012).

Estudo relacionado ao itinerário terapêutico de mães que perderam seus bebês, realizado em Curitiba, Estado do Paraná, observou, como neste estudo, auto-imputação da culpa pelas mães, em alguns casos. Em contrapartida, em outros casos observou-se revolta e atribuição de culpa nos profissionais e serviços que as atenderam (FRAIZ, 2001).

Minha família e amigos me deram conselhos

Durante o período gestacional, segundo as entrevistadas, houve a participação de familiares e de membros da comunidade no sentido de opinarem sobre as melhores condutas a serem seguidas pelas mesmas, frente aos problemas apresentados. Tais participações interferiram, por vezes, no modo característico de formação de pensamentos, opiniões e atitudes efetuadas pelas entrevistadas, especialmente, na busca por atendimento em serviços de saúde ou não.

Minha mãe falava pra eu não pegar balde, não agachar muito. Falei pro meu marido pra ir pra [Unidade de Referência Pública] e ele levou. Meu marido comprou, tomei o Inicox. E1

Uma vizinha me indicou o [médico]... E3

Aí, minha mãe falou: “Sai e vai ao médico, pode ser tireóide, sei lá? Alguma coisa...” Aí foi justamente, até tinha comentado com a comadre aqui, eu disse: “Aí, comadre, ligaram da [unidade de referência pública] pra mim fazer um tratamento pra engravidar, você acha, agora que eu estou grávida!” E tinha comentado: “Será que eu não poderia fazer o pré-natal na [unidade de referência pública]?” e ela disse: “Eu sei que você tem que entrar em contato com a unidade do seu bairro...”, “...a unidade de saúde daqui.” E5

Porque eu morava com a minha mãe e minha mãe não aceitava. Fiz só uma consulta, aqui no postinho. Por causa da minha mãe. E7

Na época eu trabalhava em salão, sempre fiz unha, aí lá falaram pra mim que também podia ser por causa da posição de ficar forçando, pra baixo, não sei. E8

Aí, eu só achei estranho, por que a minha mãe falou assim, que logo no começo que eles fazem o papa. E não fizeram em mim... E9

Acreditava que estava escolhendo o melhor

É possível observar que os aspectos culturais, sociais, religiosos e econômicos influenciam na tomada de decisão, na forma de lidar com os acontecimentos, na busca por atendimento e no conhecimento construído pelas entrevistadas ao longo do caminho percorrido durante o pré-natal, determinando suas escolhas e suas opiniões frente às condutas que lhes são ofertadas. Os dois relatos seguintes demonstram a crença, obtida durante o período pré-natal, de que o serviço de saúde particular, cuja utilização perpassa a condição socioeconômica do indivíduo, oferece atendimento de qualidade, o que não é ofertado pelo serviço público de saúde, que é caracterizado, pelas falas, por demora no atendimento à saúde e abandono dos pacientes. Demonstra, ainda, a exigência dessas mulheres pelo conhecimento científico por parte de quem as atende, ou seja, dos profissionais de saúde.

Meu médico... Eu confiava muito nele, né? Eu não confiava na [unidade de referência pública]! Eu queria fazer particular, porque eu achava que a [unidade de referência pública] ia me deixar na mão. ou eu ia ficar lá morrendo de dor, igual o povo fala por aí, sabe? Eu penso que foi descuido do meu médico! Porque eu acredito muito, assim, na parte da minha religião, que eu sou católica. Mas, também, Deus deixou a medicina pros, pro ser humano, no caso o médico, exercer, né? Como tem enfermeira, como teve o médico... Deus não vai descer lá do céu e falar: "Aplica uma injeção nela e interna ela". Quando eu, nesse meio, eu fui na [unidade de referência pública]. Errei por não ter ficado?! Mas eu confiava demais nesse médico! Eu fui pra casa. Aí depois de tudo que aconteceu, eu pensei.. Eu prefiro acreditar que foi porque Deus não quis. Mas na razão, eu acho que o médico poderia... Ele tava nesse meio, ele tinha que ter me internado, feito um toque, me examinado, nesse dia que ele marcou cinco horas comigo no consultório... E1

Daí eu tava super animada, pensando, super empolgada... Não antes, mas daí quando eu fiquei sabendo eu queria... Tava normal, nunca imaginava que ia acontecer, que eu ia ter dor antes, tava normal, escutei o coraçãozinho e tudo. E eu já estava entrando nos seis meses aí que eles marcaram pra fazer, daí eu achei estranho. E9

Entretanto, no relato de três entrevistadas vê-se, por um lado, a satisfação com o atendimento do serviço público de saúde e, por outro, a insatisfação com o atendimento oferecido pelo serviço de saúde particular.

Que ele não estava. Então eu penso que foi um descuido do médico. Eu analiso dessa forma. Eu não tive nada! Mas eu não tive, eu não tive... Eu não me vejo, assim, uma pessoa que tive algum problema de saúde, a não ser essa questão que até hoje eu não sei se foi o rim ou não. E os nenês não tiveram nenhuma má formação, nenhum nada! Teve o descolamento. Mas a minha atenção, com elas dentro da minha barriga, no pré-natal, foi é que esse médico faltou... Faltou cuidados dele! De talvez me internar, de talvez, sei lá, de aplicar um medicamento na veia. E1

Quanto à [unidade básica de saúde] eu não tenho que falar, nossa, eu chegava... Pra você ter noção, todo mundo ali, quando ficou sabendo que eu estava grávida, aquilo foi uma festa... E5

A primeira vez que subiu [pressão arterial] eu estava dentro do consultório. Infelizmente, não foi tomada nenhuma providência

em relação a isso, não tive... Eu acho que não tive o acompanhamento que eu necessitava. Avalio que eu não tive assistência [no pré-natal particular]. Só. E6

Historicamente, tem-se observado que o setor privado do sistema de saúde brasileiro foi incentivado pelas políticas públicas, promovendo o credenciamento de consultórios médicos, criação de serviços de diagnóstico e tratamento especializados e/ou por meio de incentivos às empresas de planos de saúde. O sistema de saúde brasileiro é composto por serviços públicos e privados, os quais se integram na concessão de ações em saúde terceirizadas, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos e planos de saúde. Trabalhadores de empresas públicas e privadas são os indivíduos que compõem essencialmente a demanda por planos de saúde. Pessoas que possuem planos de saúde privados relatam ter acesso facilitado a serviços preventivos e afirmam dispor mais do uso de serviços de saúde em relação àquelas que não possuem tais planos. Porém, indivíduos com planos de saúde comumente utilizam serviços disponibilizados pelo SUS, tais como vacinas, serviços de alto custo, hemodiálise e transplantes (PAIM, 2011).

No ano 2000, criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar, que objetiva dispor oficial e legalmente o mercado de seguros privados de saúde. A Lei 9.656/98 tornou ilegítima a vedação de cobertura por parte dos planos privados de saúde a indivíduos que sofram de doenças ou lesões preexistentes e impediu a restrição ao uso de serviços ou procedimentos de saúde específicos. Desta forma, como o crescimento do subsetor privado é reforçado pelo Estado, o subsetor público torna-se subfinanciado, comprometendo seu poder de asseverar o acesso aos serviços e a qualificação do cuidado em saúde (PAIM, 2011).

Segundo Victora (2011a), a assistência pública e privada existe concomitantemente no âmbito do SUS, inspirando o fortalecimento de avaliações intermitentes que garantam a autenticidade de um atendimento qualificado, de forma a inserir o subsetor privado na rede regionalizada dos serviços de saúde, sem que haja ganhos ou perdas desiguais aos usuários dentro do sistema.

Atenção ao Parto

O parto não ocorreu onde e como deveria

Nas narrativas de três entrevistadas E1, E3 e E9, denota-se que após procurarem o serviço de saúde particular e/ou profissional de saúde autônomo, por uma necessidade emergente na gestação, uma delas, E1, decidiu procurar atendimento à saúde no serviço público, uma vez que a atenção não foi conforme o esperado. Em outras duas narrativas, E3 e E9, pode-se observar a necessidade de transferência das entrevistadas para o serviço público, pois o serviço particular não dispunha de mecanismos e instrumentos necessários ao atendimento das intercorrências clínicas apresentadas na gestação que, no caso, foi o trabalho de parto prematuro. Os depoimentos a seguir ilustram essas situações.

Cinco e meia, pra amanhecer sexta, eu liguei pra meu médico e falei: “Agora eu estou indo pra [unidade de referência pública], porque já está sangrando”. Era muita dor! Cheguei na lá, deitei na maca, eles foram fazer o toque, eles falaram: “Tá nascendo! Tá com oito dedos de dilatação”. Aí tava nascendo já! E1

E aí quando foi no dia 21 de agosto ele falou: “Vou te internar pra medir as contrações...”. Aí internou, passei só a noite lá na [maternidade particular]. No dia seguinte, me mandou embora pra casa porque ele disse que queria viajar, que o hospital não era bom e tal, daí : “Não, doutor, eu estou medicada, por isso que eu não estou sentindo dor, mas eu sei que se eu sair daqui

eu não vou estar com medicação direto, vai voltar a doer!”, aí ele: “Pode ir embora”, daí eu fui embora. Depois no dia 22, uma hora da manhã, do dia 22 pro 23, começou contração, assim, uma atrás da outra, direto, muita dor. E aí nós fomos para o pronto atendimento do convênio. Chegando lá aquela demora pra tudo, pra tudo, o médico... Ele não acreditava que eu estava com dor, ele estava duvidando, era coisa mais absurda que a gente estava passando, não podia falar nada pra ele porque podia piorar a nosso atendimento, entendeu? Então, você tem que „lamber o sapato” e ainda não receber o atendimento que precisa... Isso porque na hora, você também com tanta dor, não consegue raciocinar o suficiente pra falar “Vou chamar a polícia, vou chamar uma televisão, vou fazer um escândalo aqui pra ver se...”, tanto é que, eu falei que demorou a ambulância, só veio depois, de madrugada. E3

Então, na hora que eu vi que a dor estava ficando insuportável já pedi pra me levar, que daí já meio que desconfiei... Daí, chegando lá, me atenderam bem, porque primeiro fui no pronto socorro ali aí falaram que não tinha, não sei o que não tinha lá... Aí, de lá me levaram de ambulância na [unidade de referência pública] e chegando lá me atenderam bem, foi uma correria. E9

Observa-se, também, a valorização do profissional de saúde e das decisões por ele tomadas, visto que uma das entrevistadas relata que a decisão do profissional de saúde mais velho, mais experiente, foi de que o parto deveria ser normal. Contraditoriamente, essa entrevistada avalia negativamente o serviço de saúde no momento do parto, dizendo que não fizeram o procedimento corretamente e nada foi diagnosticado. Em outro depoimento, a entrevistada enaltece a gentileza despendida por um dos profissionais durante o atendimento e refere que não esquecerá a fisionomia de cada um, visto a notabilidade do momento do parto.

Eu estava sentindo muito azia, queimando estômago, e daí eu deitei na cama, achei que era normal porque a gravidez inteira já estava com dor mesmo. Fiquei quieta, nem reclamei... Daí, depois, eu fui no banheiro, quando vi que saiu um coisa branca com um pouco de sangue, daí eu contei pro meu marido, daí já fomos pro médico. Lá eu fiquei um tempo sentada, esperando ele atender, já com muita dor. Daí depois o médico foi pra ver, disse que as meninas já „estava” nascendo, saindo já, mas mesmo assim fiquei até 6 horas da manhã pra ganhar. Daí tinha um médico lá, ele falou que era pra fazer cesárea, no caso, pra

tirar as meninas, daí chegou um médico mais velho... Disse que não era pra fazer, era pra deixar espontâneo, daí „ponharam“ lá soro, daí eu fiquei a noite inteira com dor, daí só de manhã que elas nasceram. Eu acho que, na hora, eu acho que não foi tão bom, não fizeram o procedimento direito, não diagnosticaram nada, então, não sei. E4

Quando eu cheguei na [unidade de referência pública], eu não já estava mais aguentando... Achei que o atendimento da [unidade de referência pública], nossa, poderia ser melhor, pra ser franca. Meu marido foi comigo e ele falou que uma das enfermeiras, não atendeu bem. Nem lembro... Só lembro a cara de uma médica, dessa eu lembro, lembro até o nome, [médico], uma baixinha, dela eu lembro, foi muito gentil, só ela... Mas daí, eu acho que demorou o atendimento, acredito que se tivesse sido mais cedo, se tivessem feito uma cesárea, porque na hora eu não estava conseguindo... ela veio de um jeito rápido só que teve uma hora que ela ficou, daí o...se eu ver ele eu lembro, ele falou: “Você não pode segurar...”, e na hora que ele falou isso, ele falou assim: “Ela ficou um pouquinho presa e rompeu uma veia da cabecinha dela e ela perdeu muito sangue”. E5

Tendo buscado atendimento, a necessidade de saúde física das entrevistadas foi contemplada: a realização do parto. Esta experiência contou com momentos de dor e sofrimento, em que a escolha de algumas delas, relacionada ao tipo de parto, não foi atendida, nem ouvida. Foi questionado por uma delas, inclusive, o conhecimento científico dos profissionais de saúde que a atenderam, demonstrando insegurança e fragilidade na relação profissional de saúde-paciente. Salienta-se, aqui, a relevância da realização do parto normal, que beneficia a mãe e o seu bebê quando é indicado.

Em contrapartida, algumas dessas mulheres acreditavam que a realização do parto cesárea seria a melhor opção. Destaca-se a solicitação das entrevistadas por, pelo menos, uma explicação compreensível sobre o que estava ocorrendo. Observam-se, nos depoimentos abaixo, detalhes de um momento que, certamente, será inesquecível para elas.

Foi um parto bem tranquilo [1º parto]. Mas, depois [2º parto], foi um parto muito, muito, muito dolorido! Muito! Ela tava sentada,

eu não sei se é porque tava sentada, ou porque tava a placenta da primeira dentro de mim, alguma coisa tampava o caminho, sabe? Foi assim... muita dor, de rolar no chão, eu levantei da maca e rolava no chão! Eles decidiram que ia dar uma raqui em mim pra tirar a dor, mas que ia nascer normal... Eu fui descer da maca pra ir pra outra maca, ela nasceu e ficou pendurada entre minhas pernas! Eu com um pé na escada, sentada na maca. Um pé na escada e o outro não. Ela ficou pendurada. Eu vi o corpinho dela pendurado! Aí a enfermeira me empurrou, assim, na maca e tiraram o nenê. E1

Os médicos não saberem que o ângulo da cabeça do bebê é maior que o... Que saindo o corpinho ia com certeza ia parar aqui, lá no útero, como que não sabe??? Tudo pra fora, e a cabecinha entalou, entendeu? E aí depois que abriram o útero que foi que acelerou o parto, depois que abriram lá na [unidade de referência pública], chegando lá eu ainda implorava para as médicas, eu falava: “Pelo amor de Deus, tudo que é mais sagrado, faz uma cesárea!”, [choro] “Tira esse nenê!” Elas nem respondiam nada, porque eles (médicos) não discutem nada com a gente, não informam nada pra gente... Aí eu implorava pra ela fazer uma cesárea, falava pros chefes, pros médicos “Faz uma cesárea!”, “O nenê é pequeno, a gente vai tentar fazer...” O nenê era pequeno nada, o nenê era grande, não era pequeno, e qualquer médico, seja com muito ou que estude um pouco vai saber que o diâmetro da cabeça com o ombrinho, porque geralmente quando está certo o nenê sai a cabeça o ombro vai, agora a cabecinha parou, aí nisso, na hora que foi nascer, daí eles tentaram lá parto normal, parou a contração. Daí viram a gravidade, aí foram falar pra ele que era pra fazer uma cesárea, aí começaram a preparar pra fazer cesárea, o nenê nasceu 9 e quinze. Tomei uma raqui... Depois eu tomei duas... de cesárea. Tomei duas raqui, a primeira não pegou, aí eu tomei mais uma e nisso o nenê aqui, você com a perna reta, tem que abaixar desse jeito! Tem cabimento isso, o nenê pendurado metade pra fora, aqui, assim? Não é possível uma coisa dessa! Eu acho que a demora lá foi crucial... Porque com esses problemas, com essas dores e não sei o que, isso e aquilo... E por causa da infecção. Quando foi aberto o útero, que viram, que saiu o odor, o cheiro ruim e tal, que viram que eu estava com a infecção dentro do útero, tinha subido pro útero, aí, até então, nem imaginava que era isso, então por causa de ter adiantado o parto e todas essas coisas, eles poderiam também, né, porque tem como segurar antes de estourar uma bolsa. E3

Daí começou. Já estava em trabalho de parto, não tinha como segurar... Aplicaram umas injeções lá, também achei errado. Era corticóide, deram isso aí, eu achei que já ia entrar numa cesariana, aí ela falou que não ia dar tempo, aí foi parto normal. Eu já estava programando, meu marido estava trabalhando pra

pagar um parto, porque daí eu ia fazer a cesárea e fazer a laqueadura, pela minha idade... E4

Teve que ser antecipado o parto com 28 semanas e fiquei aqui em observação até controlar a Hellp certinha, e com 23 dias do parto a criança veio a óbito e no atestado de óbito foi prematuridade extrema e insuficiência respiratória. Isso, acho que foi isso, resumindo. E6

Fui pra [unidade de referência pública] de novo, daí eu fiquei seis dias internada, no sétimo dia ele nasceu. Foi horrível, daí eu tive sangramento, tava tomando soro na veia. É, contração e bastante cólica, daí eu tava tendo que tomar soro na veia. Eu entrei em trabalho de parto, aí não nasceu, daí eu fiquei numa sala... um quartinho onde tem uma cama, daí eu dormi lá, outro dia cedo eu acordei e fui pro quarto, tudo de cadeira de roda, daí eu fui tomar banho, eu senti um negócio...eu fiz xixi, senti um negócio saindo, eu saí do quarto, enfermeiras me levaram, aí saiu meu bolsão pra fora, daí ficou maior tempo pra fora, depois que o nenê nasceu. Ainda tomei a raqui, fizeram curetagem. E7

Aí ela nasceu antes. Eu acordei com muita vontade de ir no banheiro, eu peguei e fui; na hora que eu fui no banheiro parecia que queria sair uma bolsa por baixo, daí eu falei pra mim mãe que estava me dando vontade de fazer cocô, aí ela assim: "Vamos na [unidade de referência pública] que não é certo...", daí fui, aí começou me dar dor, me dar dor, me dar dor, daí eu entrei acho que 10 horas, e 10 e vinte ela nasceu, ela nasceu normal. Fez normal, aí depois fiz a curetagem pra tirar o resto da placenta. E8

Aí não deu tempo e na outra semana eu comecei a ter dor de manhãzinha, eu achei que era dor de barriga, aí eu fui no banheiro, aí eu vi que não era, voltei deitar e a dor vinha mais forte, aí eu fui no banheiro de novo e aí vi que não era o que eu estava pensando. E9

Vê-se que há certa satisfação com o serviço de saúde quanto à atenção ao parto. A busca por atendimento pelas entrevistadas durante o pré-natal, elaborada e relatada no tema anterior, foi instantânea no momento em que perceberam que algo estava anormal. A questão posta, neste caso, seria qual a resposta do serviço de saúde particular à demanda trazida por elas, a qual foi insatisfatória.

Agora, depois que você chega na [unidade de referência pública] com oito dedos de dilatação, não tem mais como empurrar pra

dentro, né? Falar o português claro! Não tem mais jeito! Então eu vejo assim... A atenção eu acho que foi pouca [pré-natal]! Mas fui bem tratada, bem assessorada na [maternidade pública], sabe? Os médicos que estavam lá foram muito, muito atenciosos. Aí eu levantei da maca, enquanto eles foram buscar cadeira e não sei o quê, fui no vaso sanitário, me deu uma dor de barriga muito forte! Parece que limpou tudo, assim. Aí me preparei, me lavei e fui pra mesa de parto. E aí eu fiquei das oito e cinco da manhã, que nasceu a primeira nenê, até quatro horas da tarde e a outra não nascia. E parou toda a minha dor! Tudo. Levantei da maca e comecei a andar. Aí eles falaram que não ia nascer a outra, provavelmente, e eles tomaram a conduta de amarrar o colo do útero, a boca, não sei, um negócio assim. Amarraram pra tentar segurar a outra nenê. Aí fui pro quarto, aí eles deram medicamento, antibiótico pra não dar infecção, injeção pra amadurecer pulmão. Na sexta à noite eu dormi no hospital, sábado de dia eu passei no hospital. Sábado de madrugada começou de novo a dor forte. Era trabalho de parto de novo. De sábado pra domingo, começou outro trabalho de parto. Ela nasceu no domingo, três e quinze da tarde, por aí, não lembro exatamente. Só que aí eu nem sei quantas horas ela viveu, porque daí eu fui pro processo de curetagem, tudo isso, eu não sabia nem quantas horas ela tinha vivido. E1

No pé da barriga, sempre tive muita dor, aí eu pedia pra ele falar, ele falava que era normal, aí apareceu aquele corrimento horrível lá, né, amor? Parecia um... como é que fala, um catarro, um negócio, aí ele me deu só uma pomada pra aplicar, depois fez um exame de urina e constatou que eu estava com infecção de urina, aí tomei um remédio por uma semana, acho que antibiótico, depois dessa uma semana não fez um exame pra saber se tinha passado ou não... Nisso eu já estava de seis meses e meio, só com dor, direto com dor. Então aí o médico plantonista, duvidando que eu estava com dor, pegou e falou: “Eu vou ligar para o seu médico, são quase três horas da manhã, você quer que eu ligue uma hora dessas, eu vou incomodar o médico, uma hora dessa...” Ele falava assim, nossa que vontade de... aí: “Pelo amor de Deus, doutor, ligue pra ele, pra saber o que que faz, porque eu não estou aguentando de dor, não sei que...” Aí ele foi, saiu um pouco, voltou e falou: “Olha, o médico mandou te medicar e mandar embora pra casa.” Eu: “Nossa, doutor!” O medicamento já estava na veia, que mais que ele queria fazer? Aí, não deu cinco minutos, estourou a bolsa e eu não sabia o que que era aquele líquido, aquele monte de líquido, lavou tudo de líquido... Aí ele olhou, olhou, ficou quieto, não falou nada, saiu de perto e sumiu, não vimos mais ele na noite, não apareceu mais... Aí veio a enfermeira e falou: “Eles vão fazer um ultrassom pra ver se foi a bolsa que rompeu...” Demorou umas duas horas pra médica do ultrassom chegar, aí depois dessas duas horas de dor e dor, desesperada,

o nenê já estava apertando aqui em cima da minha vagina, eu sentia tudo, tudo, tudo, o pezinho, eu acho que mexia, sei lá, aí fez o ultrassom: “A senhora está em pleno trabalho de parto, o nenê vai ter que nascer de qualquer jeito...” Eu falei: “Nossa, coisa que é novidade!”, se aquele médico não tivesse duvidado de mim, que eu estava com dor... Aí, também ele errou, não deveria... Só que tudo isso a gente não tinha provas de nada, a gente não tinha... Então, não podia nem condenar os culpados. Ali na [unidade de referência pública] demorou pra fazer esse parto, eu acho que não deveria ter tentado, não deveria ter tentado fazer parto normal num nenenzinho que já tá... “Ah, porque ele é pequeno”, ele é pequeno? Então, não estuda pra saber, os médicos, né? Não estuda pra saber lá o diâmetro, que ia entalar ali, o nenê de qualquer jeito, isso aí eles tinha que saber, não viram isso. Só gostei de uma médica que já conhecia. Acho que foi ela que fez o parto. Não sei, todo mundo tava de máscara. E na noite inteira ali na maternidade particular que demorou, tudo demorou, tudo demorava. Eu não sei se é negligência a palavra certa... Foi muita demora, e essa demora eu acho que estragou tudo, porque a gente vê casos aí, olha, tem uma menininha de 560 gramas que estava com a gente, que a mãe estava com pressão alta, tirou a menininha, tudo, graças a Deus, chama [nome da bebê], tá bem. E3

Todo mundo fala que “a [unidade de referência pública] isso, aquilo e aquilo outro...” Pra mim, desde o momento que eu entrei lá dentro até o momento que eu saí, eu fui muito bem atendida e minha criança também. As enfermeiras tiveram cuidado, de uma em uma hora os médicos estavam em cima de mim pra saber como que estava sendo o processo e tudo, mas por fora, daí eu não posso falar. E6

Duas entrevistadas, divergentemente, descreveram a relação profissional de saúde-paciente, destacando o descuido e o despreparo no cuidado despendido às pacientes por parte de alguns profissionais que as atenderam e, por outro lado, elogiando a atenção e a disponibilidade para o cuidado de outros profissionais com os quais tiveram contato na situação em estudo.

Na hora que eu cheguei com ela lá, que ela estava passando mal, o atendimento foi mal mesmo, conversei com uma moça lá, veio outra enfermeira lá e falou pra mim “Viu, senhora, aqui todas as mulheres estão sentindo dor...”, falou bruta ainda comigo. E5

O mais assim que eu briguei é as enfermeiras, tinha umas ali que tinha vezes que a minha veia entupia, que tinha que fazer assim com a mangueirinha, mas doía, nossa, doeu bastante! E7

Então, comigo eu achei que foram excelentes, principalmente a enfermeira, ela foi a que mais me deu atenção, todas, mas ela foi a que mais me deu atenção. É. É uma pessoa...na verdade, ela cuidava de todo mundo, mas ela me ajudou mais, me ajudou tomar banho, remédio, tudo, me deu muito apoio. Tem, acho que umas três enfermeiras também que fizeram meu parto, uma eu acho que era a [enfermeiro], que era o nome da minha nenê, tinha mais duas, uma que fez meu parto e uma outra, também, elas foram super atenciosas comigo, me deram bastante força também. E8

No depoimento apresentado abaixo, pode-se observar que a interlocução entre o serviço de saúde privado e o serviço de saúde público mostrou-se falha, com dificuldades de acesso ao sistema de saúde e atraso no atendimento à entrevistada, o que pode ter sido determinante na condução e desfecho do tratamento.

Aí mandou a gente lá pra esse quarto, lá pra cima esperar o plantonista da ginecologia dispensar e ver o que ia fazer, disso também demorou uma eternidade pro médico chegar, tudo foi muito demorado essa noite. Não chegava ninguém, não sei que plantão que é esse que a pessoa tá em casa tomando cafezinho, dormindo, aí ele chegou, foi muito atencioso, tanto é que eu estou com ele agora, foi muito atencioso, muito educado, ele fez o toque e falou: “O nenêzinho está com a perninha pra fora, tem que ir urgente...”, Aí não tinha vaga na [unidade de referência pública]. Aí ele foi lá, exigiu uma vaga, não tinha leito, aí exigiu, arrumou uma vaga pra gente. Nisso...depois de quanto tempo isso...foi chegar a ambulância, seis e pouco, né? Porque daí precisou chamar o cara pra dirigir a ambulância... Você acredita uma coisa dessas? Aí chegou a ambulância umas 8 e pouco da manhã? Porque depois tentou mais uma hora parto normal lá, eu cheguei com o nenê pendurado, eles... Olha, isso, vê se pode... Então foi muito mais, porque o nenê nasceu às 9 e quinze. Olha que noite! E3

O desenvolvimento de sujeitos, corresponsáveis e ativos e que participem da construção dos próprios projetos terapêuticos, tornou-se algo elementar para o processo de reorganização das práticas em saúde. Assim, a produção de

subjetividades associada à produção de saúde está definida, ou seja, uma está intimamente relacionada à outra (SANTOS, 2012).

De maneira contraditória, observou-se neste estudo que profissionais de saúde designam as atitudes e comportamentos de gestantes adolescentes como desapropriadas, as quais necessitam de regras e informações que possam tornar seus hábitos de vida compatíveis com a almejada evolução saudável da gestação. (SANTOS, 2012). Observou-se que o desejo de conhecimento sobre sua gestação, manifestado pelas gestantes adolescentes, muitas vezes é desconsiderado pelos profissionais, prejudicando o desenvolvimento e a expressão da autonomia dessas jovens. Com a percepção dos profissionais voltada somente para a dimensão biomédica da gestação e o consequente levantamento de perguntas em série, cujas respostas, por vezes, são negativas e antecipadas, não há incitação à narrativa da gestante e inibem-se as possibilidades de uma ação dialógica (SANTOS, 2012).

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, com gestantes em relação à percepção da qualidade da assistência ofertada por profissionais durante o trabalho de parto e parto constatou-se avaliação positiva, cujo cuidado recebido foi tido como satisfatório, revelando a existência de desconhecimento em relação à humanização do parto por parte destas mulheres, uma vez que o desenvolvimento do processo de parturição deve ser menos medicalizado e intervencionista quanto possível. Porém, sabe-se, pelos depoimentos, que ocorreram intervenções desnecessárias, tais como realização de lavagem intestinal, episiotomia e privação de ingestão de líquidos durante o trabalho de parto, procedimentos estes que não devem ser realizados segundo o Ministério da Saúde (VARGAS, 2014).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) está balizado nos seguintes princípios:

“Toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.”
(Ministério da Saúde, 2000)

Estudo realizado em Cuiabá, Estado do Goiás revelou que a vivência hospitalar das mulheres entrevistadas foi marcada por dor, desatenção, desamparo e abandono, manifestando violência física e emocional às quais as depoentes foram submetidas durante o atendimento ao parto no serviço de saúde estudado. Constata-se que há muito a ser feito para que as diretrizes propostas pelo PHPN sejam postas em prática, qualificando a assistência às gestantes. Evidenciou-se que nas, relações interpessoais, no ambiente da vivência do parto, houve desproporcionalidade, visto que profissionais colocaram-se como sujeitos dominantes, utilizando comunicação não-verbal ofensiva, terminologias biomédicas e incompreensíveis ao entendimento das usuárias, submetendo-as ao jugo em um dos momentos mais delicados de sua vida (TEIXEIRA, 2006).

Estudo com profissionais de saúde realizado em maternidades públicas do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, revelou que as práticas de saúde, tidas também como práticas sociais, abarcam um sentido naturalizador das violências direcionadas às mulheres, tornando-se aceitáveis e “necessárias” na condução das ações dos profissionais. Revela-se uma preocupação com o próprio mérito profissional em detrimento do atendimento às necessidades de saúde dos sujeitos,

que são tidos como colaborativos, quando não se expressam e se submetem a intervenções cujo parecer não foi sequer questionado (AGUIAR, 2013).

Ressalta-se aqui o anseio pela criação de casas de parto e formação de doulas nos dias atuais, demonstrando crítica fervorosa às práticas profissionais no cuidado à saúde da mulher e a busca pelo resgate de sua autonomia e direito sobre seu próprio corpo, bem como a qualificação da relação instituída entre o profissional e a gestante (AGUIAR, 2013).

O apoio da família foi fundamental

A família surge nos relatos como fonte de apoio frente à situação vivenciada, seja como suporte emocional, seja como facilitador dos trâmites relacionados ao acesso aos serviços de saúde. Denota-se que no entendimento de uma das entrevistadas o seu esposo não pode participar do momento do parto por ser homem. Sabe-se que a gestante tem direito a um acompanhante, de sua escolha, durante o trabalho de parto e parto, norma esta que é seguida rigorosamente pela unidade de referência pública. Portanto, vê-se que, novamente, a comunicação entre os profissionais de saúde e a paciente foi falha.

Eu liguei pra minha irmã, pro meu cunhado, aí esse coitado aqui [companheiro], desesperado também. Não conseguia pensar em nada, só via eu lá estrebuchando de dor, naquela situação, ele também nunca tinha passado por isso, que ele é o meu segundo casamento. Aí o meu cunhado, coitado, ele é professor de história, uma pessoa super decente, começou: “Dá a chave aí que nós vamos dirigindo, eu vou chamar a televisão aqui, vou sair dando tiro aqui...”, num vai dar tiro nenhum, não tem nada dessas coisas, é professor, é uma pessoa super, de índole...mas pra assustar um pouco a enfermeira e vê se agilizava alguma coisa, falava: “Eu vou sair dando tiro aqui porque a minha cunhada está quase morrendo”. E3

Quando a menina nasceu, as meninas foram na [unidade de referência pública] me visitar porque já sabia aquela expectativa

que estava, era... Nossa, o bairro aqui... Você não tem noção, era uma criança muito esperada. O problema foi que não deixaram o meu marido entrar, por que sendo homem não podia... Eu fiquei sozinha, tiveram que chamar minha tia, porque a minha mãe não é daqui, a irmã da minha mãe que mora aqui. E daí minha tia... Ela tinha também uns problemas, minha tia só veio depois.” E5

Aí eu falei pro meu ex-sogra me levar, porque estava com uma dor insuportável, daí ele me levou até o serviço da minha ex-sogra. E9

Segundo a Lei 11.108/2005, a mulher tem direito à presença de acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (LEI, 2005).

Ressalta-se a relevância da participação do acompanhante no contexto do parto e nascimento, tendo-se como premissa que a presença de alguém de escolha da mulher neste momento traz benefícios ao desenvolvimento da parturição e está previsto em lei, como foi supracitado. Entretanto, esta questão abrange diversos elementos, visto que se encontra em processo de construção no ambiente das instituições de saúde e envolve aspectos relacionados à estrutura do serviço, à qualificação dos profissionais e à própria postura submissa das usuárias frente aos seus direitos como (LONGO, 2010).

As atribuições do acompanhante oscilam entre o fato de estar presente fisicamente, apenas, e/ou apresentar-se como ordenador de sustento à mulher durante o trabalho de parto e parto, ambos dignos de apreço e relatados como benéficos pelas gestantes neste momento. Ressalta-se aqui o direito de escolha da mulher em relação à pessoa de seu acompanhante, assim como a escolha da ausência do mesmo, também, sendo dever da instituição prover as circunstâncias adequadas para recebê-lo. A Medicina Baseada em Evidências comprova os efeitos

benéficos da presença física e/ou do apoio ofertado pelos acompanhantes à gestante, durante o processo de parturição (LONGO, 2010).

A presença e a participação do acompanhante no trabalho de parto e parto abrangem não somente sua entrada no ambiente de nascimento. Os profissionais de saúde envolvidos neste processo devem se conscientizar da sua função de nortear o desenvolvimento da relação com este novo integrante, sendo capazes de renovar suas ideias pessoais, profissionais e de direitos de cidadãos. Os ambientes das instituições precisam se apropriar e prover espaço físico, regras de procedimento e rotinas para que os efeitos benéficos atinjam todos os envolvidos neste processo (LONGO, 2010).

Atenção Pós-parto à Mãe e ao Neonato

Em relação aos cuidados às mães e aos recém-nascidos pelos profissionais e serviços de saúde, desde o nascimento até a ocorrência de seus óbitos, as narrativas sobre cada mãe revelam a divergência de considerações sobre a atenção recebida, incluindo aquelas que ficaram muito satisfeitas com os cuidados dispensados e outras que se consideraram abandonadas e desrespeitadas em seus direitos, conforme demonstram os núcleos de sentido, a seguir, apresentados.

Fizeram tudo o que puderam

Para algumas mães, houve, o contentamento com o cuidado prestado e a confiança de que o manejo, a vigilância e a atenção foram os adequados.

Depois de algum tempinho já nasceu a primeira nenê, ela nasceu, 530 gramas e ainda chorou. É! Chorou e foi pra, pra incubadora lá, aonde fica os nenê. As „nenê” nasceram perfeitas, vivas, só que elas não resistiram porque era extrema

prematuridade. A primeira que nasceu ficou na incubadora. Ficou sexta, ficou sábado, ficou domingo, segunda, terça-feira ela faleceu. Então, pras minhas filhas, o atendimento foi bom, porque elas nasceram dentro da [Unidade de Referência Pública]! Levaram pra UTI Neonatal, correram, fizeram tudo que podia fazer. Depois que nasceu, foi feito tudo! Não tinha mais o que fazer. E1

No dia que nasceram, ela teve que ir pro berçário porque ela estava com baixo peso, porque ela nasceu com 1.600g. Vou falar pra você, foi ótimo, viu! Enquanto ela estava lá no hospital, qualquer consulta eles perguntavam de tudo, queria saber de tudo, sempre foi bom. Não, eu fiquei no hospital, fizeram de tudo pra mim ficar no hospital, me deram a alta, a moça do hospital queria alta, eu falei: “Dá alta pra quem quer ir embora, eu não quero, eu não saio daqui...com as duas no colo, com as duas no colo, eu não vou pra casa e deixar minha filha aqui”. Não! Eu fiquei no hospital. Os enfermeiros de lá fez de tudo pra mim ficar no quarto, aí como eu já tava de alta aí fizeram como eu tivesse de acompanhante pra nenê. É obrigação e, outra, é até lei! Fizeram de tudo, foi ótimo o atendimento na [Unidade de Referência Pública]. Tudo. Até o ultimo minuto que eu estava ali dentro. Nem embora me deixava, depois que eu estava de alta, que a nenê estava de alta: “Não, se não vier ninguém buscar você, você dorme aqui...”, 15 dias no hospital não é fácil não, mas pra mim eu poderia ficar dois meses lá, enquanto minha filha tivesse ganhando peso. Depois de 10 dias... Nessas duas semanas, eu levei ela na consulta pra ficar acompanhando se acaso... Ela tinha perdido 100 gramas nesse dia que eu fui e passaram o [Leite artificial]. Ela tinha perdido 100 gramas só! Aí, eu falei: “Foi ótimo o atendimento porque, olha só, algumas gramas...” Se preocuparam com essas 100 gramas! Foi...falar pra você, foi ótimo, viu! Enquanto ela estava lá no hospital, qualquer consulta, eles perguntavam de tudo, queria saber de tudo, sempre foi bom. E2

Daí na hora que ela nasceu eu disse “Cadê ela?”, eu só vi ela passando, “Não, a gente vai fazer os primeiros...” Eu não escutei o chorinho dela, ela não chorou, apesar que a irmã também quando nasceu não chorou. Daí só pude ver ela no outro dia, ele [marido] viu assim que ela nasceu. Eu só vi ela depois. Eu tive a nenê e no outro dia me deram alta, só que daí pra vim embora... Daí todo dia a gente ia lá. Todo dia. E ele até tinha animado, falou pra gente que quando ela começasse... Estimulei o leite, mas estava sem vir, elas: “Não desiste...não desiste”, quando começou a sair aconteceu isso. Ela ficou na UTI Neonatal seis dias, bem! Achei lá que o atendimento das meninas... Elas ficavam em cima, tanto que animavam a gente, lá na neonatal, lá dentro do setor. E ela ficou lá, teve uma hora que ela teve que fazer transfusão... E5

Ficou cinco dias na UTI. Eu não fiquei porque daí eu tive alta, só que eu estava indo ver ele. Só não fui num domingo, daí o resto dos dias eu tinha ido. Mas estava tirando leite. Do jeito que eles trataram eu gostei, trataram bem, tudo, eu vi, ele ficou bem lá na incubadora. E7

A assistência à saúde ao prematuro em UTI Neonatal tem sofrido mudanças ao longo dos anos. Nesse contexto, a sucessão de algumas indicações tem sido implementadas em unidades neonatais como instrumentos para o trabalho da equipe de saúde, cujos exemplos são a liberação de visitas à família estendida, a concessão da permanência dos pais junto ao recém-nascido hospitalizado, a implantação de grupos de apoio aos familiares, o estímulo à participação da mãe/pai no cuidado ao bebê e nas discussões relacionadas ao tratamento (GAIVA, 2005).

Tais mudanças têm favorecido para que o cuidado, substancialmente centrado no bebê doente, venha sendo aperfeiçoado no sentido de garantir a incorporação da família neste processo. Desta forma, as normas relacionadas ao acesso dos pais às UTI neonatais têm sido modificadas, permitindo que os mesmos permaneçam junto aos seus bebês, caso queiram, tornando oportunas as circunstâncias para o alojamento dos pais nas unidades (GAIVA, 2005).

Entretanto, mesmo com o avanço nos estudos referentes ao tema, as condições do prematuro não têm sido alteradas. Os serviços, em sua maioria, limitam a visita dos pais aos recém-nascidos internados e a introdução da mãe no cuidado dispensado ao seu filho ainda é reduzida. Estabelecem-se regras que distanciam o recém-nascido de sua mãe e familiares pela justificativa da necessidade da ausência nos momentos de realização de procedimentos técnicos pela equipe, pela estrutura física que não favorece e pela falta de recursos humanos em número suficiente. Em relação aos outros membros da família, observa-se

dificuldade ainda maior, pois a visita de familiares, que não sejam os pais, é pouco permitida nos serviços (GAIVA, 2005).

Faltou humanização

Em contraponto ao núcleo de sentido anterior, em alguns relatos emergiram advertências em relação ao cuidado prestado ao recém-nascido e à puérpera, que deixou a desejar e, em certos momentos foi desprovido da humanização e da comunicação de que este serviço deve dispor.

Eu fiquei dois dias só, depois que nasceu a última. Aí eles colheram sangue, fizeram exame e depois de uma semana... Sangue e urina, eu voltei lá ver o resultado. Aí eles falaram: “Se der positivo, alguma infecção, você já vai ficar internada, a gente já vai aproveitar e encaminhar você pra área de rim...” Não lembro o nome. Mas não deu nada nos exames. Porque eles falaram assim: “Pode ser que como você tomou muito antibiótico de um parto pro outro, então se tinha alguma infecção, sarou, não dá pra gente saber”. Aí ficou assim: a [Unidade de Referência Pública] fez o procedimento, eu tenho tudo guardado, mas eu não tenho um, uma resposta... Parto prematuro. Causa: infecção de rim, a mãe teve algum problema, ou o útero não suportou o nenê, a mãe é muito fraca. Eu não tive! E a [Unidade de Referência Pública] falou: “A gente não pode te dar...”. O médico falou: “Eu não posso te dar essa certeza, porque a gente assessorou seu parto só. Você chegou aqui tendo o nenê”. E eu entendi perfeitamente o lado deles, né! E meu médico particular ficou quietinho na dele. E está até agora quietinho na dele. E1

E aí na hora que nasceu, o médico pediatra lá, que estava lá, ele falou que o nenê teve uma parada cardíaca, acho que pela demora, faltou oxigenação, alguma coisa, não entendo, mas aí ele...reanimaram ele. Depois ele foi pra UTI. Eu achei que faltou muita humanização lá... na UTI, com o nenenzinho... Ele era bravinho, ele queria tirar tudo, ele era muito bravinho, tem a foto aí... Isso aqui é logo que saiu. Eu acho que faltou humanização pro nenenzinho sentir um pouco do calor da gente, sabe? [choro]. Ele ficou essa uma semana com a gente, tentaram tirar os aparelhos, mas ele estava muito fraquinho... E também ali não tem aquela humanização, eu acho que faz muita falta... Tudo bem que Deus sabe de todas as coisas, eu não sei as consequências dessa parada cardíaca que ele teve, mas a gente

quer ele com a gente, queria né? Mas eu acho que foi tudo muito demorado, foi tudo muito difícil, e lá na [unidade de referência pública], por exemplo, eu nunca tive nenê na UTI, nada, uma incubadora... Então, eu não sabia também, não sabia nem se podia por a mão, se não podia, eu com aquela cesárea, não conseguia nem me mexer direito, fui saber só no terceiro dia que podia pegar uma cadeira pra pôr ali e ficar ali do lado do nenê, entendeu? Eu acho que tem que ter isso daí porque tem muitas enfermeiras que são... Nossa... Que você fala: "Puxa vida, podia ser metade assim", entendeu? Mas infelizmente tem profissionais e profissionais, mas foi isso. O meu médico que não deu atenção que deveria ter me dado, porque até hoje não deu nem... não falou nada, só o [médico], que ele andou ligando durante a semana lá pra saber como é que estava o bebê, mas ele, nem sinal até agora, nem pra me ligar. Desumano. Desumanidade total. Falta de... Falta de... Agora de tratamento em si, assim, eu não sabia do que o menino precisava, que o bebê precisava. Então a gente tudo tem que perguntar e a gente acaba ficando sem graça de ter que perguntar e é um serviço que a gente paga, não é verdade? Então, eu acho que faltou isso, acho que faltou muito isso, mas, assim, de medicação, essas coisas não entendo, não sei qual seria o probleminha dele, então eu não posso falar o que faltou, só sei que falaram que iam colocar bolsa de sangue nele porque ele não estava ganhando muito peso. Não colocaram, então eu acho que isso aí seria legal ter colocado pra deixar ele fortinho, coraçõzinho trabalhar melhor, sei lá... Não colocaram isso daí, mas você vai discutir com os médicos? Não vai. E foi isso daí. E3

Uma ficou com cinco minutos, a mais grande. A mais pequena ficou 20 minutos viva. Eu não vi, eu não sei o que eles fizeram, que procedimentos eles deram no atendimento, eu não fiquei sabendo de nada... E4

Ele ficou cinco dias na UTI, depois ele acabou falecendo... E7

Eu tive alta no dia que ela faleceu, eles me deram alta. Ia, todo dia, toda hora [visitar o bebê]. Não sei nem como descrever, ao mesmo tempo em que foi tudo, não foi nada... Foi difícil! Agora com a nenê... Também a gente é mãe, a gente quer arrumar culpado pra tudo, só que eu acho que, às vezes, deixaram ela mais de lado, não dava tanta atenção assim. Lá na UTI, eu achei... Ah! Teve também uma vez que enrolou um fio na perna dela e a pelinha dela era muito sensível, qualquer coisa já saía, aí eu que tive que chamar a moça pra mostrar que estava sangrando a perna dela... Ninguém tinha reparado, também era muita criança! Mas achei, assim, que foi um pouco de... deixou um pouco de lado ela, assim, eu senti, não sei se era também que ela tinha muito probleminha, tinha muita criança pra eles atender, mas achei que ela foi deixada de lado. E8

Observa-se a revolta de uma das entrevistadas ao dar-se conta de que o seu direito de ter um atendimento à saúde qualificado, tanto para ela quanto para o seu bebê, foi infringido.

Essas coisas assim, porque você está ali, você está emocional, você está na hora ali, você não fica pensando essas coisas práticas, mas depois você vai vendo que não foi o conforto que você deveria ter. Então, eu acho que pelo tamanho não é, eu acho que foi pelo sofrimento e uma médica lá na UTI falou pra gente: “Olha, mãe, eu vou explicar pra senhora, está vendo esses números aqui?”, que tem aquele cartãozinho em cima, “Está vendo esses números, esse número aqui embaixo aqui é o grau de sofrimento do parto dele...”. Então, esse grau de sofrimento do parto, que não poderia existir, não é verdade? Teria que com tantos profissionais ali eu acho que o nenê acaba morrendo porque é muita demora, um espera o outro, é muita demora. Porque você conta... Conta isso pra alguém, tem sempre uma pessoa que fala: “Ai, eu perdi um...”, “Eu perdi outro...”, “Não sei quem perdeu...”, “Perdeu não sei quando...”. Mas assim, um aborto é um aborto e você ter um nenenzinho nascido vivo é outra coisa, por mais que tem gente que perde o filho com 15 anos, tem outros que perdem com 1 mês, 1 ano, mas o meu com 1 semana foi uma vida inteira!!! E3

Os profissionais da equipe de saúde têm função essencial na situação vivenciada, pois a condução dos anseios e dúvidas dos pais deverá ser feita por eles. A atitude profissional deve estar centrada no bebê e não na doença e/ou equipamentos de saúde utilizados para o tratamento, oferecendo conforto e tornando claras e simplificadas as explicações sobre as condições de saúde do bebê (GAIVA, 2005).

Os processos de trabalho tornam-se contraditórios, visto que a presença materna no cotidiano dos profissionais não é tida como condição facilitadora da criação de vínculo e acolhimento à família, algo que poderá contribuir efetivamente no tratamento do recém-nascido. A mãe/famíliares não participam das discussões e tomada de decisões relacionadas ao seu bebê, tornando árduo o caminho para a

construção da autonomia da família em relação ao provimento de saúde e qualidade de vida do recém-nascido. Vê-se que o cuidado dispensado pela mãe é, por vezes, tido como obrigatório e a relação com a família é imparcial, regrada e dominadora (GAIVA, 2005).

No presente estudo observou-se que oito dos nove bebês que faleceram, nasceram prematuros. Esse número absoluto é exorbitante e nos revela que a prematuridade tem sido um grave problema de saúde atual.

Como uma estratégia para a adequação da assistência neonatal aos recém-nascidos prematuros e de baixo peso, o Método Canguru, incorporado às políticas de saúde na área perinatal, constitui-se em:

“(...) Modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas conforme Portaria GM/MS no 1.683, de 12 de julho de 2007 que: parte dos princípios da atenção humanizada; reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo; permite um controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar; reduz o número de reinternações; e contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Frente ao exposto, justifica-se a implementação deste método nos serviços de saúde por sua aplicabilidade em potencial diante da conjuntura dos nascimentos pré-termo na atualidade, os quais tem sido a maior causa, como podemos observar até aqui, da mortalidade infantil e, principalmente, dos óbitos neonatais.

Não esperava por aquilo: foi um baque!

Constata-se, pela leitura dos recortes dos depoimentos abaixo, os momentos difíceis e dolorosos vivenciados ao saberem dos óbitos ocorridos após os partos, que parecem perdurar até os dias de hoje.

Só na segunda-feira que eu me dei conta de perguntar: “Cadê a nenê?”. Mas aí ela já tinha falecido. E1

A hora que eu peguei a outra, fui desenrolar do edredom, estimular ela a acordar, igual as enfermeiras me ensinavam, eu vi que ela estava molinha... Aí eu já comecei a ficar nervosa! E aí na hora que eu tirei toda a roupinha dela, que eu senti que ela estava fria... é porque... Não estava mais batendo o coraçãozinho... Já vi que ela estava morta já, só que nisso já era pouquinho mais de meia-noite, e eu fiquei com ela até quase... Eu fiquei até duas e meia, mais ou menos, com ela no colo. Fiquei nervosa, aquilo.... Sabe, eu esperava que aquilo não tivesse acontecendo...

E2

Daí depois que eles mudaram [Atestado de óbito] lá também no hospital, falando que nasceram vivas, daí foi muita tristeza... E4

Foi um „baque”, que eu já... Só não tinha montado o quarto, mas já tinha tudo. É muito difícil. Está com pouco tempo. As pessoas que ficaram grávidas junto comigo, eu vejo agora, eu vejo elas, que elas, como se diz: “Olha, se tivesse aqui tava com esse tamanho...”, É difícil [choro], é complicado...é muito difícil. Eu tenho muito medo. Passar por tudo que eu passei. De não conseguir, ficar naquela expectativa de novo. Eu acredito em Deus, porque senão eu não estava aqui, já tinha baqueado. É, mas o meu psicológico não tesá bom agora. Eu queria. É muito difícil. Agora que eu consegui doar as coisas dela. E estava... Nossa! E5

Fiquei sem saber por que tudo isso aconteceu

De alguma forma, das experiências restaram sentimentos negativos como incertezas, sofrimento, conformidade, medo, insegurança, raiva. Para algumas

delas, seria como se tudo não tivesse tido fim, como se existisse, ainda, uma lacuna entre a ocorrência e o seu real motivo.

Mas eu tenho dúvida, sabe?! Se eu tinha cólica de rim, se eu tive problema no rim, se foi o rim que induziu esse parto... Daí, eu fui no posto de saúde. Eu não fui no meu médico. Aí por conta própria, também, eu quis fazer ultrassom transvaginal, porque no posto demora porque é muita gente! Eu fiz ultrassom transvaginal, fiz exame de sangue, tava tudo ok. Só que eu não fui analisar rim... Fui ver a parte ginecológica para saber se tinha algum problema que pudesse explicar... E1

Ah! Moça, não tenho cabeça! Eu não tenho um laudo, meu marido não pegou o laudo, o laudo foi pra delegacia porque ele não pegou. E2

Aí eles fizeram aquela, não sei como é que fala, faz aquele exame pra saber do que morreu, lá o nenê, depois. Eu nem lembro o que estava escrito lá, acho que... Não sei se é o pulmão dele, também depois que tinha falecido, também não sabia nem o que pensar mais. E3

Não explicaram nada pra mim o que tinha acontecido, o que as meninas tinham... Só fui ver as meninas à tarde, que mostraram pra mim, e ainda falaram que as meninas „eram“ óbito fetal, sendo que o meu marido estava junto, as meninas nasceram vivas! Erraram cinco atestados, não teve nenhum comprovado, cinco pessoas assinaram sendo que teve pessoa que nem estava lá! Daí o meu marido... Nem enterro das minhas filhas não ia ter, porque eles falaram que era óbito fetal, só que não, elas nasceram vivas! Daí a mulher lá da funerária falou pro meu marido: “Óbito fetal, né?”, meu marido falou: “Não, elas nasceram vivas!”, ela falou: “Então vou ter que mudar tudo no papel pra poder fazer o enterro delas”. Foi muito constrangimento pra nós também, que as meninas ficaram dois dias na [unidade de referência pública] e nós querendo fazer o enterro, parente meu querendo ver e seguraram lá não sei porque. Eu queria uma explicação, queria que um médico chegasse e falasse pra mim: “Infelizmente, tentamos fazer de tudo com as suas filhas, mas infelizmente não teve jeito!”. Eu não ouvi isso. Daí mais sofrimento mesmo pra nós foi isso, ficamos sem entender, nem papel lá não tem; Pode procurar, não tem no cadastro das meninas lá. Eu estou fazendo tratamento, estou vindo agora lá do INSS, não entra na cabeça da gente, não tem uma explicação... Sabe? Eu fui, peguei o prontuário pra saber o que foi feito, que... A gente vê que tem caso que dá pra salvar, mas tem caso que não dá, não sei o que foi feito, não sei. Das minhas filhas eu achei que teve um médico que foi muito atencioso, eu sempre que precisei ir lá, fui muito

bem atendida. Ontem a gente foi. Demora um pouquinho, mas... Então, eu fiquei na dúvida... A ouvidoria, eu fui lá e não tive resposta, já vai indo pra cinco meses e não tive resposta do que aconteceu... Eu acho que uma explicação aliviaria a cabeça da gente. E4

Eu só queria saber por quê. Se você tivesse essa resposta... Eu queria saber. Mas eles não me deram nenhuma. Eu só queria que eles me dessem essa resposta. Fui lá depois de 40 dias do exame eu perguntei o porquê e nada, nada, nada, nada: "Não deu nada", eu disse: "Como assim não deu nada?". E5

Foi e está sendo ruim até hoje, mas a gente vai levando. Não tenho uma opinião formada a respeito, porque eu nunca tive nenhum tipo de problema de saúde, graças a Deus, sempre fui super saudável, não tenho nenhum... Não sei. E6

Então, eu achei que foi isso. Ah, não sei, a médica até falou: "Você não vai querer ver mesmo? Porque senão você vai se arrepender depois...", Daí sempre me falaram que parecia comigo, porque minha família toda viu, só eu não vi... E9

Espero que daqui pra frente tudo dê certo

Algumas mulheres manifestaram superação do acontecido, especialmente, pautada na religiosidade, permitindo que a vida possa ser seguida sem o pesar do acontecimento em questão.

Aí depois foi difícil pra mim, até hoje, não gosto nem de ficar falando, mas é bem difícil. Eu procuro não comentar, é mais assim, nos dias que é perto de quando ela nasceu que daí já baqueia mais, ou encontrar crianças. Mas eu achei que... É, foi difícil, mas achei que também me tornou uma pessoa diferente! Melhor, assim, eu procuro ver o lado bom em tudo, agora. E8

Na hora, assim, eu fiquei chocada e triste, mas depois que nasceu... Minha mãe conversava bastante comigo, entendi, né! Fui forte. Eu achei que foi Deus que quis levar porque também não deu certo com o pai dele, agora estou com outro, vou casar já, achei que foi Deus que quis levar mesmo pra mim não sofrer agora... Acho isso. Porque eu acho que Deus sabia que não ia dar certo, que eu ia sofrer mais pra frente, sou evangélica, né? E9

Cabe destacar que três das entrevistadas estavam grávidas no momento da entrevista e outras três manifestaram desejo de engravidar novamente. Suas falas são marcadas pela esperança de sucesso e de não mais passar pelos difíceis momentos enfrentados. Destaca-se que, em algumas situações, as mulheres ainda depositam confiança nos serviços utilizados durante as experiências anteriores de insucesso:

Diz que o “hotelzinho” já está preparado de novo, sabe? Então, assim... Não tem nenhum motivo pra não poder engravidar agora. E1

A gente esperou tanto esse nenê e eu tenho síndrome do ovário policístico. Então, é difícil pra ovular, essas coisas... Então tem que ter uma paciência... Eu vou tentar uma consulta com [Médica], que é muito boa nisso [Reprodução humana]... Ela é demais. Só queria que, em nome de Jesus, que o meu próximo parto não acontecesse nem um milímetro dessas coisas que aconteceram, porque é uma dor assim. E3

Mas o atendimento é bom, tanto é que quero começar o pré-natal no mesmo lugar, não tem que reclamar não. E4

E, agora, eu engravidei de novo! Por isso que eu parei de trabalhar também. E7

No Estado de São Paulo, a assistência à saúde materno-infantil tem se mostrado em constante avanço, na tentativa de superar os desafios existentes. Observa-se, inicialmente, a ampliação da cobertura da atenção ao pré-natal, porém, anseia-se pela sua qualificação na perspectiva de garantir cuidado adequado à saúde materno-infantil. Objetiva-se proporcionar às mulheres acesso imediato aos serviços de saúde e atendimento às necessidades apresentadas por elas pela elaboração de ações intersetoriais de prevenção e promoção da saúde, algo que poderá ser garantido se os profissionais estiverem suscetíveis à mudança de atitudes, dentre outras medidas (SÃO PAULO, 2010b).

Por sua vez, o termo “linha de cuidado” é compreendido como a junção de saberes, tecnologias e recursos indispensáveis à definição dos riscos e agravos e à condução das especificidades dos ciclos de vida. Uma linha de cuidado se exprime por uniformidades técnicas que demonstrem uma organização das ações de saúde destinadas a cada grupo. Para que uma linha de cuidado possa ser elaborada e articulada no sistema de saúde, propõe-se uma revisão sistemática dos protocolos clínicos e literaturas existentes relacionados ao que se pretende inovar (SÃO PAULO, 2010b).

A Rede Cegonha, estabelecida no âmbito do SUS como estratégia de ação, compõe-se de uma rede de cuidados que propõe apoiar o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério e ao abortamento pelas mulheres, bem como proporcionar à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (REDE CEGONHA, 2012).

Estudos demonstram a notoriedade da implantação de uma rede de atenção à saúde da mulher nos Estados de São Paulo e Paraná (GRYSCHKE, 2014; HUÇULAK, 2014), cujo desenvolvimento promoveu a melhoria do acesso às ações de saúde, diminuição da mortalidade infantil e materna e oportunidade de construção de conhecimentos inovadores pelos técnicos e gestores envolvidos.

Em estudo realizado em Recife, Estado do Pernambuco, observou-se que ainda perduram dificuldades relacionadas à falta de vínculo entre os serviços de pré-natal e parto, embargando o acesso, o uso dos serviços e o provimento do cuidado na atenção especializada e hospitalar, evidenciando uma barreira à integralidade (ALVES, 2011).

Em síntese, sobre os achados desse estudo, considera-se que a análise do conjunto dos dados colhidos possibilitou vislumbrar o itinerário terapêutico percorrido pelas mães que perderam seu filho recém-nascido, nos diferentes momentos da atenção materno-infantil.

A elaboração das narrativas sobre as mães possibilitou a descrição e a interpretação das experiências de cada uma, quando se pode identificar a influência do pelo contexto sociocultural, nas formas como percorreram seus itinerários junto aos profissionais e serviços de saúde (ALVES, SOUZA, 1999; MALISKA, PADILHA, 2007; AMARAL, SOUZA, MELO, RAMOS, 2012).

Por sua vez, a sistematização estabelecida para a análise dos depoimentos, em núcleos de sentido, possibilitou apreender as convergências e divergências de experiências do grupo estudado, em uma perspectiva mais ampla do experienciado, em cada momento da atenção materno-infantil, permitindo verificar, no coletivo, aspectos de acessibilidade e resolubilidade dos serviços de saúde (GEIB, FREU, BRANDÃO, NUNES, 2010), bem como a conformidade ou não aos princípios e diretrizes do SUS e às premissas das políticas públicas vigentes sobre a atenção materno-infantil (BRASIL, 2005; 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; 2014).

Com base nos achados, pode-se afirmar que os itinerários terapêuticos percorridos pelas participantes deste estudo foram permeados por descontentamentos e dúvidas em relação a seus próprios estados de saúde, bem como de seus conceitos, incluindo os desfechos ocorridos. Quanto aos profissionais e serviços de saúde, apesar de existentes na composição da linha de cuidados integrais para o nascimento saudável (BRASIL, 2005), porém esses se mostraram insuficientes para atender as necessidades de saúde do grupo estudado, nos diferentes pontos da referida linha, especialmente no que se refere aos aspectos

relacionais. Constatou-se a falta de responsabilização e compartilhamento dos cuidados de saúde, entre os diferentes profissionais e desses com as gestantes, mães e puérperas usuárias dos serviços de saúde acessados por elas, tanto no âmbito público como no privado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se conhecer os itinerários terapêuticos das participantes deste estudo, tanto em relação ao auto-cuidado, como ao cuidado realizado pelos profissionais, no interior dos serviços de saúde, deparamo-nos com uma realidade que tem destoadado daquilo que é proposto pelas políticas públicas de saúde vigentes mais gerais e, em específico, às voltadas à saúde materno-infantil.

Observa-se que o acolhimento e a integralidade do cuidado à saúde não têm sido objetivados no atendimento à população em foco, contribuindo para o surgimento de dúvidas, sofrimento e frustração, sentimentos que permearam todos os itinerários percorridos.

Ressalta-se, também, a dicotomia entre o serviço público e o privado, pois para algumas das entrevistadas, o que antes era tido como ideal, no caso, o serviço privado, depois da experiência tornou-se ruim, não compatível com o que se esperava. O serviço público, por sua vez, causou surpresa em algumas delas, pois anteriormente à vivência imaginavam que fosse um serviço de qualidade inferior e que não atendesse de maneira adequada às necessidades delas. Porém, declaram terem sido bem atendidas.

O que se destaca, em termos de contribuição deste estudo, são as evidências de que se fazem necessárias a qualificação e a adequação do cuidado em saúde, em quaisquer momentos da atenção materno-infantil estabelecida no município em foco. Especificamente, os achados deste estudo sustentam que os investimentos neste sentido devem enfocar o olhar e a escuta, atentos às necessidades de saúde das mulheres e recém-nascidos, em todo ciclo gravídico-puerperal, somados à atitude profissional estabelecida e determinada por princípios éticos, legais e humanísticos.

Pretendeu-se mostrar que os óbitos neonatais, configurados como eventos sentinela, devem ser investigados mesmo que estejam decrescendo na realidade local estudada. Propõe-se, aqui, a otimização do trabalho de vigilância à saúde materno-infantil, promovendo a inclusão da participação de profissionais que estejam na assistência, para que esses possam se engajar e se comprometer com a qualidade do serviço prestado por eles mesmos.

Por fim, sugere-se a elaboração de novos estudos relacionados ao tema, que possam abranger não só os óbitos neonatais, mas também os óbitos fetais, tão silenciados, para que se promova e se construam conhecimentos sólidos que subsidiem a queda necessária dos índices de mortalidade perinatal, neonatal e, conseqüentemente, da mortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 2013;nov;29(11):2287-2296.

Albuquerque RA et al. Production of comprehensive prenatal care: a pregnant woman's route at a primary family healthcare unit. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2011;jul./set.;15(38):677-86.

Almeida SDM, Barros MBA. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. Rev bras epidemiol. 2004;7(1):22-35.

Alves PC. A Experiência da enfermidade: considerações teóricas. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro.1993;jul-set;9 (3): 263-271.

Alves, PC. Desafios à integração no SUS: uma análise da rede de atenção à saúde da mulher em Recife. 2011. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

Alves PC, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC. Alves PC, Souza IM. Experiência de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999. p. 125-38

Amaral RFC, Souza T, Melo TAP, Ramos FRS. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. Rev Rene. 2012; 13(1):85-93.

Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva, 2012;17(11):2865-2875.

Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília, DF, 2005;17-35.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria Nº 1.459/GM, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília (DF): 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008 – 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, DF, 2009,86-112. [acesso 29 Mar 2014]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf

Brasil. Portal Brasil. ODM Brasil. O Brasil e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. [online] [acesso 01 Jun 2013]. Disponível: <http://www.odmbrasil.gov.br/arquivos/o-brasil-e-os-odm>.

Brasil. Presidência da República. Reduzir a mortalidade na infância. In: ____ Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. Relatório nacional de acompanhamento. Brasília, p.71-83, 2010.

Burille A, Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos de homens em situação de adoecimento crônico: a busca por cuidado e as arranhaduras da masculinidade. *Fazendo Gênero* 9. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. 2010;ago.

Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4433-4442.

Caldeira AP, França E, Goulart EMA. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso-controle. *J. Pediatr*. 2001;77(6):461-468.

Camacho KG, Vargens OMC, Progiante JM, Spíndola T. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. *Ciencia y enfermeria*; 2010;XVI(2).

Carneiro MS et al. Dimensões da saúde materna na perspectiva das representações sociais. *Rev Min Enferm*. 2013 abr/jun;17(2):446-453

Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009 oct; 14(Supl 1): 1523-1531.

Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2011;set;32(3):451-7.

Duarte, SJH. Andrade, SMO. Assistência pré-natal no programa saúde da família. Esc. Anna Nery R. Enferm. 2006;abr;10(1):121-5.

Duchiade MP, Carvalho ML, Leal, MC. A mortes “em domicílio” de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro em 1986 – um “evento sentinela” na avaliação dos serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1989;jul-set;5(3): 251-263.

Ferreira J, Santo WE. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012; 22(1): 179-198.

Fraiz IC. Gestação: itinerário terapêutico e peregrinação: um estudo sociológico da perda do bebê no bairro Sítio Cercado – Curitiba. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2001.

Fontanella BJB et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008, jan; 24(1):17-27.

FSEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Fundação Seade. Disponível em:

<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>. Acesso em: 02 set 2013.

Gaíva MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Rev Bras Enferm.* 2005;jul-ago; 58(4):444-8.

Geib LTC, Freu CM, Brandão M, Nunes MI. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010;15(2):363-370.

Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro;2006;nov;22(11):2449-2463.

Gryschek ALFPL, Nichiata LYI, Fracolli LA, Oliveira MAF, Pinho PH. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari – São Paulo. *Saúde Soc.* São Paulo, 2014;23(2):689-700.

Holloway I, Wheeler S. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*, 3rd Ed. New Jersey: Wiley-Blackwell, 2009.

Huçulak MC, Peterlini OLG. Rede Mãe Paranaense – Relato de experiência. *Revista espaço para a saúde.* Londrina, 2014;abr;15(1):77-86.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>. Acesso em: 06 ago 2013.

Matos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2004;set/out;20(5):1411-1416.

Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. Bellagio Child Survival Study Group. How many children can we prevent this year? Lancet. 2003;362:65-71.

Kaplan-Myrth N. Interpreting people as they interpret themselves: narrative in medical anthropology and family medicine. Canadian Family Physician. Le Médecin de famille canadien. 2007;ago;(53):1268-1269.

Lago LM et al. Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva, 2010;15(Supl. 1):1283-1291.

Lansky, S. França, E. Leal, MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Rev. Saúde Pública. 2002;36(6):759-72.

Lei nº 11.108 - de 7 de abril de 2005 - DOU de 8/4/2005.

Longo CSM, Andraus LMS, Barbosa MA. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(2):386-91.

Maliska, ICA. Padilha, MICS. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2007; set-dez; 9(3): 687-699. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a09.htm>. Acesso em: 12 set 2012.

Malta DC et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2010a;mar;26(3):481-491.

Malta DC et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília. 2007;out-dez;16(4):233-244.

Malta DC et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil; Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. 2010d, abr-jun; 19(2):173-176.

Mângia EF. Muramoto MT. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2008;set-dez;19(3):176-182.

Mansano NH, Mazza VA, Soares VMN, Araldi MAR, Cabral VLM. Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná, Brasil: implantação e operacionalização. Cad Saúde Pública. 2004; 20:329-32.

Mathias TAF, Assunção AN, Silva GF. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná. Rev. Esc. Enf. USP. 2008;42(3):445-453.

Mattosinho MMS, Silva DMGV. O itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 1(6):1113-9.

Melo KL, Vieira BDG, Alves VH, et al. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal. J. Res.: Fundam. Care. Online;2014;jul./set. 6(3):1007-1020.

Melo RM, Brito RS, Carvalho FPB, Júnior JMP, Barros SDOL. A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal. Rev Rene, Fortaleza;2011 out/dez;12(4):750-7.

Minayo, MCS; Deslandes, SF; Gomes, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007.

Ministério da Saúde. Lei Orgânica de Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 12 set 2012.

Ministério da Saúde. Programa de Humanização Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000. Disponível em:

http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/SPN_PHPN.php. Acesso em: 15 jan 2015.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso. Método Canguru. Manual Técnico. 2ª Edição. 2014.

Nabhan SS, Oliveira RZ. Óbitos infantis, características maternas e de assistência em município da região noroeste do Paraná, Brasil, 1999 a 2006. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá. 2009;31(1):71-76.

Nascimento et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012;mar;28(3):559-572.

Nunes ED, Castellanos MEP, Barros NF. A experiência com a doença: da entrevista à narrativa. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010;20(4):1341-1356.

Organização Mundial da Saúde. Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores [monografia n. 60]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2005.

Ortiz LP. Utilização das causas evitáveis na mortalidade infantil como instrumento de avaliação das ações de saúde. In: *Anais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Caxambu, MG. Belo Horizonte: ABEP;1996; (4):2253-2268.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet. Saúde no Brasil* 1;2011.

Rede Cegonha. Orientações para Elaboração de Propostas da Rede Cegonha. Abril, 2012.

Risso, SP. Nascimento, LFC. Fatores de risco para óbito neonatal obtidos pelo modelo de regressão multivariado de Cox. *Rev. Paul. Pediatr.* 2011;29(2):208-13.

Rocha R, Oliveira C, Silva DKF, Bonfim C. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011; jan/mar; 19(1):114-20.

Rosa LM. Búrigo T. Radünz V. Itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer: cuidado com a alimentação. *Rev. enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, 2011;jul-set; 19(3):463-7.

Santos MMAS et al. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(3):775-786.

Santos RV. Integralidade do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: o olhar de usuárias. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Dissertação de mestrado, 2009.

São Paulo. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: Manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010a.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Manual de Orientação ao Gestor para Implantação da Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera. Atenção à Gestante e à Puérpera no SUS – SP, 2010b.

Simas FB, Souza LV, Scorsolini-Comin F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Revista Psicologia: Teoria e Prática. Uberaba, MG, 2013;jan-abr;15(1):19-34.

Schoeps, D. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. Rev Saúde Pública. 2007;41(6):1013-22.

Soares, ES. Menezes, GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. Epidemiol. Serv. Saúde. 2010;jan-mar;19(1):51-60.

Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. Rev Bras Enferm. 2006;nov-dez;59(6):740-4.

Vargas PB, Vieira BDG, Alves VH, et al. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. J. Res.: Fundam. Care. Online. 2014; jul./set.;6(3):1021-1035.

Victora CG et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Série Saúde no Brasil. The Lancet. 2011;mai;(32):32-46.

Victora, C. G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. The Lancet. 2011a;mai;p. 90-102.

Zanini, RR. Moraes, AB. Giugliani, ERJ. Riboldi, J. Determinantes contextuais da mortalidade neonatal no Rio Grande do Sul por dois modelos de análise. Rev. Saúde Publica. 2011;45(1):79-89.

APÊNDICES

Apêndice I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A sra. está sendo convidada a participar de uma pesquisa chamada “Itinerário terapêutico de mães de crianças que foram a óbito no período neonatal em município do interior paulista”, que pretende estudar a trajetória percorrida por mães de crianças que faleceram antes de completarem um mês de vida.

A sra. foi selecionada a participar dessa pesquisa por morar em Botucatu e ter vivido a experiência acima descrita.

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre a gestação, parto e depois que o bebê nasceu, e sobre a assistência nos serviços de saúde pelos quais a sra. e a criança foram atendidas. A entrevista será feita pela pesquisadora e será gravada para, posteriormente, ser transcrita. Após a transcrição e análise, a entrevista será apagada do gravador. A entrevista poderá ser realizada na unidade de saúde mais próxima de sua residência ou em sua própria casa, durante uma visita domiciliar. A entrevista durará cerca de 20 minutos.

A história que a sra. irá contar permitirá que os responsáveis pelos serviços de saúde e os profissionais que lá trabalham conheçam alguns dos determinantes da ocorrência da morte neonatal (até o 28º dia de vida), para que se possam propor estratégias de intervenção e melhorar a atenção à saúde, evitando mais mortes.

Caso a sra. não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir no seu acompanhamento pelos serviços de saúde daqui para frente. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome e imagem, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

A sra. receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pela pesquisadora por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, a sra. poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Pesquisadora: Aline Fernanda Palombarini Santiloni. Rua Doutor José Barbosa de Barros, 1540 – Bloco 2 – Apto. 204, Jardim Paraíso. Cep: 18610-307 - Botucatu/São Paulo. Fone: (14) 9 8145-1605. E-mail: alinefernanda_pal@yahoo.com.br

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete. Rua General Telles, 1396, Apto. 121, Centro. Cep: 13930-000 - Botucatu/São Paulo. Fone: (14) 3882-1842. E-mail: pamp@fmb.unesp.br

Apêndice II

Instrumento de Coleta de Dados

Data da Entrevista: __/__/__ **Local da entrevista:** _____

Caracterização do Entrevistado:

Iniciais do Nome: _____ Idade: _____

Situação Conjugal (ocorrência/atual): _____

Anos de aprovação escolar: _____ Ocupação (ocorrência/atual): ____

Renda familiar per capita: _____

Local de realização do pré-natal: _____

Local de realização do parto: _____

Caracterização do óbito infantil:

Informações disponíveis nas Fichas de Investigação de Óbitos Infantis (Anexos II, III e IV)

Construção do Genograma e Ecomapa**Questão Norteadora**

Conte-me a história dessa gestação, do parto e do período depois do parto.

Questões Subsidiárias

Na sua opinião, porque houve esta ocorrência?

Para você, como foi a atenção à sua saúde e a do seu filho em todo esse processo?

ANEXOS

ANEXO I

Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil para menores de cinco anos de idade

1. Causas evitáveis

1.1. **Reduzíveis por ações de imunoprevenção:** Tuberculose do sistema nervoso (A17); Tuberculose miliar (A19); Tétano neonatal (A33); Outros tipos de tétano (A35); Difteria (A36); Coqueluche (A37); Poliomielite aguda (A80); Sarampo (B05); Rubéola (B06); Hepatite B (B16); Caxumba (B26.0); Meningite por *Haemophilus* (G00.0); Rubéola congênita (P35.0); Hepatite viral congênita (P35.3).

1.2. Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, parto, feto e ao recém-nascido

1.2.1. **Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação:** Sífilis congênita (A50); Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana (B20 a B24); Feto e recém-nascidos afetados por complicações da placenta e das membranas (P02.2, P02.3, P02.7, P02.8, P02.9); Afecções maternas que afetam o feto ou o recém-nascido (P00, P04); Complicações maternas da gravidez que afetam o feto ou o recém-nascido (P01); Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal (P05); Transtornos relacionados com gestação de curta duração e baixo peso ao nascer, não classificados em outra parte (P07); Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido (P22.0); Hemorragia pulmonar originada no período perinatal (P26); Hemorragia intracraniana não traumática do feto e do recém-nascido (P52); Isoimunização Rh e ABO do feto ou do recém-nascido (P55.0, P55.1); Doenças hemolíticas do feto ou do recém-nascido devidas à isoimunização (P55.8 a P57.9); Enterocolite necrotizante do feto e do recém-nascido (P77).

1.2.2. **Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto:** Placenta prévia e descolamento prematuro da placenta (P02.0 a P02.1); Feto e recém-nascido afetados por afecções do cordão umbilical (P02.4 a P02.6); Outras complicações do trabalho de parto ou do parto que afetam o recém-nascido (P03); Transtornos relacionados com gestação prolongada e peso elevado ao nascer (P08); Traumatismo de parto (P10 a P15); Hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer (P20, P21); Aspiração neonatal (P24, exceto P24.3).

1.2.3. **Reduzíveis por adequada atenção ao feto e ao recém-nascido:** Transtornos respiratórios específicos do período perinatal (P22.1, P22.8, P22.9, P23, P25, P27, P28); Infecções específicas do período perinatal (P35 a P39.9, exceto P35.0 e P35.3); Hemorragia neonatal (P50 a P54); Outras icterícias perinatais (P58, P59); Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos e do recém-nascido (P70 a P74); Transtornos hematológicos do recém-nascido (P60, P61); Transtornos do aparelho digestivo do recém-nascido (P75 a P78); Afecções que comprometem o tegumento e a regulação térmica do recém-nascido (P80 a P83); Outros transtornos originados no período perinatal (P90 a P96.8).

1.3. **Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento:** Tuberculose respiratória, com confirmação bacteriológica e histológica (A15); Tuberculose das vias respiratórias, sem confirmação bacteriológica e histológica (A16); Tuberculose de outros órgãos (A18); Meningite (G00.1 a G03); Infecções agudas das vias aéreas superiores (J00 a J06); Pneumonia (J12 a J18); Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores (J20 a J22); Edema de laringe (J38.4); Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40 a J47, exceto J43 e J44); Doenças pulmonares devidas a agentes externos (J68 a J69); Outras doenças causadas por clamídias

(A70 a A74); Outras doenças bacterianas (A30, A31, A32, A38, A39, A40, A41, A46, A49); Hipotireoidismo congênito (E03.0, E03.1); Diabetes *mellitus* (E10 a E14); Distúrbios metabólicos – fenilcetonúria (E70.0) e deficiência congênita de lactase (E73.0); Epilepsia (G40, G41); Síndrome de Down (Q90); Infecção do trato urinário (N39.0); Febre reumática e doença cardíaca reumática (I00 a I09).

1.4. Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde: Doenças infecciosas intestinais (A00 a A09); Algumas doenças bacterianas zoonóticas (A20 a A28); Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais (A90 a A99); Rickettsioses (A75 a A79); Raiva (A82); Doenças devidas a protozoários (B50 a B64); Helmintíases (B65 a B83); Outras doenças infecciosas (B99); Anemias nutricionais (D50 a D53); Deficiências nutricionais (E40 a E64); Desidratação (E86); Acidentes de transportes (V01 a V99); Envenenamento accidental por exposição a substâncias nocivas (X40 a X44); Intoxicação accidental por outras substâncias (X45 a X49); Síndrome da morte súbita na infância (R95); Quedas accidentais (W00 a W19); Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas (X00 a X09); Exposição às forças da natureza (X30 a X39); Afogamento e submersão accidentais (W65 a W74); Outros riscos accidentais à respiração (W75 a W84); Exposição à corrente elétrica, à radiação e a temperaturas e pressões extremas do ambiente (W85 a W99); Agressões (X85 a Y09); Eventos cuja intenção é indeterminada (Y10 a Y34); Exposição a forças mecânicas inanimadas (W20 a W49); Acidentes ocorridos em pacientes durante prestação de cuidados médicos e cirúrgicos (Y60 a Y69); Reação anormal em pacientes ou complicação tardia, causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos, sem menção de acidentes ao tempo do procedimento (Y83 a Y84); Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica (Y40 a Y59).

2. Causas de morte mal-definidas

Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00 a R99, exceto R95); Morte fetal de causa não especificada (P95); Afecções originadas no período perinatal, não especificadas (P96.9).

3. Demais causas (não claramente evitáveis)

As demais causas de morte.

O grupo de especialistas sugeriu que as análises fossem processadas por peso ao nascer, considerando evitáveis as mortes de casos com peso a partir de 1500g, subdivididos nas seguintes categorias: 1500g a 2499g; ≥2500g. Recomendou-se realizar novas validações da lista e verificar critérios de magnitude para inclusão na lista. Os acidentes de trânsito/transporte, antes incluindo os códigos V01 a V89, passaram incluir os códigos de V01 a V99.

II. Lista brasileira de causas de mortes evitáveis por intervenções do

Sistema Único de Saúde na população de cinco a 74 anos

Ainda haverá reuniões para validação específica, porém, sugeriu-se aplicar as mesmas alterações referentes às doenças imunopreveníveis e relativas à promoção à saúde referidas na lista dos menores de cinco anos. Os “Acidentes de trânsito/transporte antes referenciados de (V01 a V89)” passaram para “Acidentes de trânsito/transporte (V01 a V99)”. A lista completa pode ser conferida em Malta e colaboradores, 2007.

ANEXO II



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

12

Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Serviço de saúde hospitalar

1	Nome da Criança			
2	Nome da mãe			
3	Nº da Declaração de Óbito		4	Data do óbito
5	Nº da Declaração de Nascido Vivo		6	Data de nascimento
7	Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado		8	Peso ao Nascer gramas
9	Idade ao óbito meses dias horas minutos ☐ Ignorado			
10	Estabelecimento de saúde onde se realiza a investigação Nome Código CNES			
11	Tipo de hospital/maternidade ☐ SUS ☐ Convênio ☐ Particular			
ASSISTÊNCIA AO PARTO				
Pesquisar registros disponíveis em serviços de saúde sobre a assistência ao parto (maternidade, hospital geral, UBS, SAMU, etc)				
12	Data do parto/nascimento		Hora do parto/nascimento SR	
13	O parto ocorreu ☐ No domicílio ☐ Na maternidade ☐ Via pública ☐ SR ☐ No trajeto para o serviço de saúde ☐ Outro serviço de saúde. Especificar			
14	Tipo de parto ☐ Vaginal ☐ Fórceps ☐ Cesárea ☐ SR			
15	Profissional que fez o parto ☐ Médico obstetra ☐ Médico não obstetra ☐ Enfermeira/ Obstetiz ☐ Sem assistência no período expulsivo ☐ Outro. Especificar SR			
16	Tempo de bolsa rota horas		☐ Não se aplica ☐ SR	
16.1	Aspecto do líquido amniótico ☐ Claro ☐ Com mecônio ☐ Sanguinolento ☐ Fétido		☐ SR	
17	Intercorrência(s) materna observadas durante o trabalho de parto ☐ Hipertensão ☐ Infecção ☐ Eclampsia ☐ Hemorragia ☐ Sem intercorrências ☐ Outra. Especificar			
18	Idade gestacional cronológica semanas ou meses		☐ ignorada ☐ SR	
19	Esteve grávida antes deste bebê ☐ sim ☐ não		☐ SR	
19.1	Número de gestações (inclusive esta)		Número de partos Número de abortos SR	
19.2	Tipo(s) de parto(s) ☐ ☐ partos normais		☐ ☐ partos cesáreos ☐ SR	
19.3	Filhos nascidos vivos (incluir este)		Filhos nascidos mortos	

20	Patologias/fatores de risco durante a gravidez ☐ Infecção urinária ☐ Cardiopatias ☐ Gestação múltipla ☐ Toxoplasmose ☐ Crescimento intra-uterino restrito ☐ Diabetes/Diabetes gestacional ☐ Trabalho de parto prematuro ☐ Hipertensão arterial/DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) ☐ Outras, especificar _____		☐ Ruptura prematura de membrana ☐ Isoimunização pelo fator Rh ☐ Hemorragias ☐ Gestação prolongada ☐ Sífilis ☐ Doença Sexualmente Transmissível (DST) ☐ Gravidez sem complicações/intercorrências ☐ Tireotoxicose		☐ HIV/AIDS ☐ Hepatite ☐ Anemia ☐ Rubéola	☐ SR
27	Foram realizados na admissão	☐ Classificação sanguínea e fator Rh	☐ VDRL	☐ Anti-HIV		☐ SR
28	Foi utilizado partograma? (após 4 cm de dilatação)	☐ Sim	☐ Não	☐ Não se aplica		☐ SR
29	Número de avaliações maternas durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação		☐ Não se aplica			☐ SR
30	Número de avaliações fetais (BCF) durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação		☐ Não se aplica			☐ SR
31	Maior intervalo sem avaliação durante trabalho de parto, após 4 cm de dilatação Avaliação da mãe hora / minuto ☐ Não se aplica ☐ SR Avaliação do feto – BCF hora / minuto ☐ Não se aplica ☐ SR					
32	Medicação utilizada	☐ Ocitocina ☐ Antibióticos ☐ Outra. Especificar _____	☐ Misoprostol ☐ Meperidina	☐ Corticóide. Data de início do uso: ☐ Não usou medicação		☐ SR
33	Se foi realizada cesárea, qual a indicação ☐ Amniorrexe prematura ☐ Apresentação anômala ☐ CIUR/Oligohidrânio ☐ Descolamento prematuro de placenta ☐ Outra. Especificar _____					
		☐ Falha de indução do parto ☐ Hemorragia ☐ Desproporção céfalo-pélvica ☐ Doença hipertensiva específica da gravidez / eclâmpsia	☐ Prematuridade ☐ Sofrimento fetal agudo ☐ Iterativa			☐ SR
34	Anestesia durante o trabalho de parto	☐ Sim	☐ Não			☐ SR
34.1	Se sim, qual?	☐ Geral	☐ Local	☐ Peridural	☐ Raqui	☐ SR
34.2	Outros métodos de alívio da dor	☐ Sim	☐ Não			☐ SR
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO APÓS O NASCIMENTO						
Pesquisar em registros do prontuário do hospital/maternidade.						
35	Peso ao nascer	gramas				☐ SR
36	Quem assistiu a criança ao nascimento?	☐ Obstetra ☐ Pediatra	☐ Enfermeira ☐ Estudante	☐ Residente ☐ Outro. Especificar _____		☐ SR
37	Procedimentos usados na assistência imediata ao RN ☐ Medicamento venoso ☐ Aspiração das vias aéreas ☐ Passagem de sonda nasogástrica ☐ Oxigênio com máscara e ambú ☐ Entubação ☐ Outro. Especificar _____ ☐ Oxigênio inalatório ☐ Cateterismo umbilical					
38	APGAR 1º minuto		☐ SR	APGAR 5º minuto		☐ SR
39	Idade gestacional estimada pelo pediatra	semanas				☐ SR
40	Classificação do RN	☐ Adequado para Idade Gestacional (AIG) ☐ Grande para Idade Gestacional (GIG)	☐ Pequeno para Idade Gestacional (PIG)			☐ SR
41	Se PIG ou GIG, houve rastreamento de hipoglicemia?	☐ Sim	☐ Não			☐ SR
42	Se a mãe teve o VDRL positivo, o bebê foi tratado?	☐ Sim	☐ Não			☐ SR

43	Se mãe Rh negativo e bebê Rh positivo, a mãe tomou imunoglobulina?			☐ Sim	☐ Não	☐ SR
43.1	Se não, por quê?					
44	O bebê apresentou algum problema?					
	☐ Asfixia/Sofrimento fetal agudo	☐ RN de mãe diabética	☐ Icterícia			
	☐ Síndrome de aspiração meconial	☐ RN suspeita infecção	☐ Tocotraumatismo			
	☐ Taquipnéia transitória do RN	☐ Mal formação congênita	☐ Infecção confirmada			
	☐ Doença da membrana hialina	☐ Baixo peso (<2500 g)	☐ Prematuridade			
	☐ Doença hemolítica	☐ Distúrbio metabólico	☐ Não teve problemas			
	☐ TORSCH. Qual? _____					
	☐ Outra. Especificar _____			☐ SR		
45	O bebê ficou internado?			☐ Sim	☐ Não	☐ SR
46	Se não ficou internado, data da alta				Peso na alta	gramas ☐ SR
As questões seguintes se referem apenas a crianças que permaneceram hospitalizadas após o nascimento.						
47	Registro de evolução diária por médico			☐ Sim	☐ Não	☐ SR
48	O recém-nascido permaneceu em					
	☐ Alojamento conjunto	☐ Berçário comum	☐ UTI / CTI	☐ SR		
	☐ Berçário cuidados intermediários (BCI)	☐ Transferido				
50	Diagnóstico (listar todos os problemas do RN/ou maternos afetando o RN)					☐ SR
51	Procedimentos realizados					
	☐ Incubadora	☐ Cateterismo umbilical	☐ Exsanguineotransfusão			
	☐ Berço aquecido	☐ Nutrição parenteral	☐ Entubação			
	☐ Canguru	☐ Dissecção venosa	☐ O2 inalatório			
	☐ Fototerapia	☐ Antibioticoterapia	☐ O2 em capacete			
	☐ Medicação venosa	☐ Surfactante	☐ CPAP			
	☐ Punção venosa central	☐ Hemotransfusão	☐ Ventilação mecânica			
	☐ Outro. Especificar _____			☐ SR		
52	Propedêutica realizada					
	☐ Raio X de tórax	☐ Gases arteriais / Venosos	☐ Cultura de sangue	☐ Exame do líquor		
	☐ Íons	☐ Hemograma/hematócrito	☐ Cultura de urina			
	☐ Outra. Especificar _____			☐ SR		
53	O recém-nascido foi transferido para outro hospital?			☐ Sim. Data		☐ Não ☐ SR
53.1	Se sim, para qual hospital?					
53.2	Por que foi transferido?					
49	Foi indicado UTI?			☐ Sim	☐ Não	☐ SR
49.1	Se sim, qual o motivo					
49.2	Após indicação: quanto tempo levou para ser internada na UTI?					☐ SR
49.3	Se mais de 3hs, porque?			☐ Falta de vaga	☐ instabilidade do RN	☐ dificuldade com transporte
	☐ Outro. Especificar _____			☐ SR		

54	Algum medicamento, procedimento ou conduta prescrita deixou de ser realizada?		☐ Sim	☐ Não	☐ SR
54.1	Se sim, especificar				
55	Se o óbito ocorreu na maternidade, indique o setor de ocorrência				
	☐ UTI Neonatal	☐ Centro Obstétrico	☐ Berçário comum	☐ Berçário cuidado intermediário	
	☐ UTI Pediátrica	☐ Alojamento Conjunto	☐ Outro. Especificar _____		☐ SR
56	Data do óbito		Hora do óbito	horas	☐ SR
56.1	Se este óbito ocorreu nas primeiras 24 horas de vida, quantas horas após o parto			horas	☐ SR
57	O corpo foi encaminhado para necropsia?		☐ Sim	☐ Não	☐ SR
58	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver				
59	Observações				
60	Segundo o investigador o que aconteceu nesse caso				
61	Responsável pela investigação				
	Nome _____		Profissão _____		
66.2	Por qual motivo?				
66.3	Por quanto tempo ficou internada no outro serviço?				
67	Foi indicado UTI?		☐ Sim	☐ Não	☐ SR
67.1	Se sim, qual o motivo				
67.2	Após indicação: quanto tempo levou para ser internada na UTI?				☐ SR
67.3	Se mais de 3hs, porque?		☐ Falta de vaga	☐ instabilidade da criança	☐ dificuldade com transporte
			☐ Outro. Especificar _____		☐ SR
68	Estado geral no momento da hospitalização		☐ Em parada cardio-respiratória	☐ Grave	
			☐ Bom	☐ Moderado/regular	☐ SR
69	Sinais vitais à admissão		Frequência Cardíaca _____ bpm		☐ SR
			Frequência Respiratória _____ irpm		☐ SR
			Temperatura Axilar _____ ° C		☐ SR
			Perfusão ☐ Normal ☐ Diminuída		☐ SR
70	Estado nutricional da criança à admissão		☐ Desnutrida / baixo peso	☐ Eutrófica	☐ SR
71	Estado de hidratação da criança à admissão		☐ Desidratada	☐ Hidratada	☐ SR
72	Queixa principal à admissão				
73	Diagnósticos à admissão (motivo da internação)				
ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NO HOSPITAL DURANTE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE					
Aplicar apenas no caso de criança que recebeu alta da maternidade e reinternou durante a doença que levou à morte. Pesquisar em prontuário ou ficha de atendimento da criança.					
62	Estabelecimento em que a criança ficou internada durante a doença que levou à morte				
	Nome _____		Código CNES _____		
63	Tipo de serviço		☐ Público	☐ Conveniado SUS	☐ Particular
64	Data da internação		Hora da internação		☐ SR
65	Peso da criança na internação	gramas			☐ SR
66	A criança foi transferida de outro serviço de saúde / hospital para este?		☐ Sim	☐ Não	☐ SR
66.1	Nome _____		Código CNES _____		

ANEXO III



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde



Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Serviço de saúde ambulatorial

1	Nome da criança		
2	Nome da mãe		
3	Nº da Declaração de Óbito	4	Data do óbito
5	Nº da Declaração de Nascido Vivo	6	Data de nascimento
7	Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado	8	Peso ao nascer gramas
9	Idade ao óbito (infantil) meses dias horas minutos ☐ Ignorado		
10	Nº do Cartão SUS	11	Equipe / PACS / PSF ☐ sem cobertura
12	Centro de Saúde / UBS	13	Distrito Sanitário / Administrativo
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL			
Pesquisar em prontuários, fichas de atendimento, cartão da gestante. Algumas questões admitem mais de uma resposta. Assinale SR se não há registro sobre a questão.			
14	Nome do serviço de saúde onde a mãe fez pré-natal Nome Código CNES		
15	Tipo de serviço ☐ Centro de Saúde/SUS ☐ Consultório convênio ☐ Particular ☐ Não fez pré-natal		
16	Idade gestacional na primeira consulta semanas ou meses	☐ SR	
17	Número de consultas pré-natal consultas	☐ SR	
18	Já esteve grávida antes deste bebê? ☐ sim ☐ não	☐ SR	
18.1	Número de gestações (inclusive esta) Número de partos Número de abortos	☐ SR	
18.2	Tipo(s) de parto(s) ☐ partos normais ☐ partos com fórceps ☐ partos cesáreos	☐ SR	
19	Foi considerada gestante de alto risco? ☐ sim ☐ não	☐ SR	
19.1	Se sim, foi acompanhada pelo PN de alto risco? ☐ sim, qual? ☐ não	☐ SR	
19.2	A partir de semanas	☐ SR	
19.3	O acompanhamento da gestante pela atenção básica foi mantido durante o PNAR? ☐ sim ☐ não	☐ SR	
20	Foi internada durante a gestação? ☐ sim ☐ não	☐ SR	

20.1	Quantas vezes?		vezes	SR						
20.2	Qual(is) o(s) motivo(s)?	SR								
20.3	Com quantas semanas de gestação?	1ª internação		Local						
		2ª internação		Local						
SR										
21	Patologias/fatores de risco durante a gravidez: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Infecção urinária ☐ Cardiopatias ☐ Gestação múltipla ☐ Toxoplasmose ☐ Crescimento intra-uterino restrito ☐ Diabetes/Diabetes gestacional ☐ Trabalho de parto prematuro ☐ Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) ☐ Outras, especificar _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Ruptura prematura de membrana ☐ Isoimunização pelo fator Rh ☐ Hemorragias ☐ Gestação prolongada ☐ Sífilis ☐ Doença Sexualmente Transmissível (DST) ☐ Gravidez sem complicações/intercorrências ☐ Tireotoxicose </td> </tr> </table>				☐ Infecção urinária ☐ Cardiopatias ☐ Gestação múltipla ☐ Toxoplasmose ☐ Crescimento intra-uterino restrito ☐ Diabetes/Diabetes gestacional ☐ Trabalho de parto prematuro ☐ Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) ☐ Outras, especificar _____	☐ Ruptura prematura de membrana ☐ Isoimunização pelo fator Rh ☐ Hemorragias ☐ Gestação prolongada ☐ Sífilis ☐ Doença Sexualmente Transmissível (DST) ☐ Gravidez sem complicações/intercorrências ☐ Tireotoxicose				
☐ Infecção urinária ☐ Cardiopatias ☐ Gestação múltipla ☐ Toxoplasmose ☐ Crescimento intra-uterino restrito ☐ Diabetes/Diabetes gestacional ☐ Trabalho de parto prematuro ☐ Hipertensão arterial/ DHEG (Doença hipertensiva específica da gravidez) ☐ Outras, especificar _____	☐ Ruptura prematura de membrana ☐ Isoimunização pelo fator Rh ☐ Hemorragias ☐ Gestação prolongada ☐ Sífilis ☐ Doença Sexualmente Transmissível (DST) ☐ Gravidez sem complicações/intercorrências ☐ Tireotoxicose									
				☐ HIV/AIDS ☐ Hepatite ☐ Anemia ☐ Rubéola SR						
22	Fez uso de alguma medicação durante a gravidez? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> Sim</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> Não</td> <td style="width: 34%; text-align: right;"> SR</td> </tr> </table>				Sim	Não	SR			
Sim	Não	SR								
22.1	Quais medicamentos usou? _____									
23	Quadro da Assistência Pré-Natal									
	Data	Idade Gestacional (semanas)	Peso (Kg)	PA (mmHg)	UF (cm)	BCF	MF	Edema	Queixas / Conduta (medicamentos, imunização, orientações)	Profissional *
*Assinalar: 1. Médico Generalista; 2. Médico Ginecologista; 3. Enfermeiro; 4. Outro										
24	Esquema de vacinação contra o tétano <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;"> 1ª dose</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"> 2ª dose</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"> 3ª dose</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"> reforço</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"> imune</td> <td style="width: 20%; text-align: right;"> SR</td> </tr> </table>				1ª dose	2ª dose	3ª dose	reforço	imune	SR
1ª dose	2ª dose	3ª dose	reforço	imune	SR					
25	A equipe de saúde fez alguma visita domiciliar durante o pré-natal? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> Sim</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> Não</td> <td style="width: 34%; text-align: right;"> SR</td> </tr> </table>				Sim	Não	SR			
Sim	Não	SR								
25.1	Se sim, qual o motivo? _____									
26	Exames no pré-natal									
	Trimestre									
	Assinale o trimestre e anote o resultado.	1	2	3	Resultados	SR				
26.1	Hb/Ht				_____					
26.2	Grupo sanguíneo ABO				_____					
26.3	Fator RH				_____					
26.4	Coombs indireto				_____					
26.5	Glicemia de jejum				_____					

*Assinalar: 1.Médico Generalista; 2.Médico Pediatra; 3.Enfermeiro; 4. Outro			
34	Existe informação no prontuário sobre Aleitamento Materno?		☐ Sim ☐ Não
34.1	Se sim, houve Aleitamento Materno exclusivo (apenas leite materno)		☐ Sim ☐ Não
34.2	Se houve Aleitamento Materno exclusivo, por quanto tempo?	dias ou meses	☐ não se aplica
34.3	Se houve aleitamento misto, qual a duração do aleitamento misto?	dias ou meses	☐ não se aplica
35	Houve necessidade de encaminhamento para serviços ambulatoriais de referência/especializados ou de urgência / emergência?		☐ Sim ☐ Não ☐ SR
35.1	Por qual motivo? _____		
36	A vacinação está completa para a idade?		☐ Sim ☐ Não ☐ SR
36.1	Se não, especificar as vacinas em atraso _____		
37	A criança participava de algum acompanhamento especial?		☐ Sim ☐ Não ☐ SR
37.1	Qual?	☐ desnutrição ☐ RN de alto risco ☐ prematuro ☐ SR	
		☐ asma ☐ baixo peso ☐ Outro. Qual? _____	
38	Realizadas visitas domiciliares / busca ativa		☐ Sim ☐ Não ☐ SR
38.1	Por qual motivo? _____		
39	Listar as causas do óbito registradas no prontuário, se houver _____ _____		
40	Observações gerais _____ _____		
41	Segundo o investigador o que aconteceu nesse caso? _____ _____		
42	Data do encerramento da coleta de dados		
42	Responsável pela investigação		
	Nome _____	Carimbo e rubrica _____	

ANEXO IV



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Infantil

Entrevista domiciliar

1 Nome da Criança	
2 Nome da mãe	
3 Nº da Declaração de Óbito	4 Data do óbito
5 Nº da Declaração de Nascido Vivo	6 Data de Nascimento
7 Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado	8 Peso ao Nascer gramas
9 Idade ao óbito meses dias horas minutos ☐ Ignorado	
10 Nº do Cartão SUS	11 Equipe / PACS / PSF ☐ sem cobertura
12 Centro de Saúde / UBS	13 Distrito Sanitário / Administrativo
14 Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av) Nº Compl Bairro Distrito / Povoado Local ☐ urbano ☐ rural	
15 Município de residência	UF
16 Esta entrevista deve ser complementada com a Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1) se um dos itens abaixo estiver assinalado	
☐ o óbito não foi notificado ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e não tem Declaração de Óbito (DO) ☐ a DO foi emitida no cartório, sem médico ☐ a DO foi emitida por médico, mas a causa da morte é mal definida ou indeterminada ☐ os dados coletados durante a investigação nos serviços de saúde são insuficientes para esclarecer a causa da morte	
CARACTERÍSTICAS DA MÃE E DA FAMÍLIA	
17 Nome do(a) entrevistado(a)	
17.1 Relação com a criança falecida ☐ mãe ☐ pai ☐ outro. Especificar	
18 Quantas pessoas moram nesta casa?	pessoas ☐ não sabe
19 Quantos cômodos são usados para dormir?	cômodos ☐ não sabe
20 Quantas torneiras para saída de água (pontos de água) existem nesta casa?	torneiras (pontos de água) ☐ não sabe
21 Há algum fumante residente nesta casa?	☐ Sim, quantos ☐ Não ☐ não sabe
22 Qual a idade da mãe?	anos 23 A mãe tem trabalho remunerado? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe
24 Qual a escolaridade da mãe (último ano de aprovação)	série grau ☐ não sabe
25 A mãe vive com o pai da criança / companheiro?	☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe
26 Qual a cor da pele da criança?	☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ não sabe
27 Quantas vezes esteve grávida antes deste bebê?	vezes ☐ não sabe
27.1 Essas gravidezes resultaram em	☐ abortos ☐ nascidos vivos ☐ nascidos mortos ☐ não sabe
27.2 Tipo(s) de parto(s)	☐ partos normais ☐ partos cesáreos ☐ não sabe

42.1	Se o parto não ocorreu em hospital, por quê não?			
42.2	O parto foi realizado no hospital indicado no pré-natal?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não foi indicado hospital ☐ não sabe
42.3	Se foi indicado um hospital de referência, mas o parto não ocorreu no hospital indicado, por quê não?			
43	O parto ocorreu na primeira maternidade procurada para esse atendimento?			
	☐ Sim	☐ Não, porque o parto não ocorreu em maternidade/hospital		☐ não sabe
	☐ Não. Por que _____			
43.1	Se não, listar em ordem cronológica as maternidades/serviços de saúde procurados por ocasião do parto/nascimento da criança. _____			
44	Como a mãe foi transportada na hora do parto?			
	☐ Taxi	☐ Ambulância/SAMU	☐ Carro particular	☐ Carro da polícia ☐ Ônibus
	☐ Parto foi domiciliar/Não foi transportada	☐ Outros. Especificar _____		☐ não sabe
45	Depois que chegou no hospital quanto tempo demorou para ser atendida?			
	☐ menos de 30 minutos	☐ de 30 minutos a duas horas	☐ duas horas ou mais	☐ não sabe
46	Estava com acompanhante na sala de parto? ☐ sim, quem? _____ ☐ não ☐ não sabe			
47	Você (mãe) foi examinada na maternidade antes de ir para a sala de parto?			
	☐ dinâmica uterina/avaliação contração	☐ toque vaginal	☐ Não	
	☐ medida de PA	☐ ausculta do bebê	☐ não se aplica ☐ não sabe	
47.1	As batidas do coração do bebê estavam presentes?			
	☐ sim, normais	☐ não, antes do início do trabalho de parto		
	☐ sim, anormal antes do início do trabalho de parto	☐ não, durante o trabalho de parto		
	☐ sim, anormal durante o trabalho de parto	☐ não sabe		
48	Quem fez o parto? ☐ médico ☐ enfermeira ☐ parteira ☐ pariu sozinha ☐ outro _____ ☐ não sabe			
49	Como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o nascimento do bebê			
	☐ ótimo	☐ regular	☐ não se aplica	
	☐ bom	☐ ruim	☐ não sabe	
49.1	Por quê?			
INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DA CRIANÇA NA MATERNIDADE				
50	O bebê chorou ao nascer ou estava bem quando nasceu?			☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe
51	O bebê foi atendido por pediatra na sala de parto ao nascimento?			☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe
52	Quanto tempo após o parto o bebê foi trazido para ficar com a mãe pela primeira vez?			
	☐ imediatamente	☐ não se aplica		
	☐ menos de 1 hora	☐ mais de 1 hora. Quantas horas?	horas	☐ não sabe
53	O bebê mamou no peito na primeira hora de vida?			☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe
54	O bebê teve algum problema no nascimento?			☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe
54.1	Se sim, qual?			
55	Ficou internado quando nasceu?			☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe
55.1	Se sim, por quanto tempo?			dias ☐ não sabe
56	Foi indicado ficar na UTI?			☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe
56.1	Se sim, qual o motivo?			
56.2	Houve dificuldade para conseguir vaga?			☐ Sim. Especificar. _____ ☐ não se aplica
	☐ Não			☐ não sabe
56.3	Quanto tempo levou entre a indicação e a internação na UTI			horas ou dias ☐ não sabe
57	Foi transferida para outro hospital?			☐ Sim. Porque _____ ☐ não se aplica
	☐ Não			☐ não sabe

57	Foi transferida para outro hospital?	☐ Sim. Porque _____	☐ não se aplica
		☐ Não	☐ não sabe
57.1	Para qual hospital a criança foi transferida?	Nome _____	
57.2	Como foi transportada para o outro hospital?	☐ Carro particular	☐ Taxi
		☐ SAMU	☐ Ambulância
		☐ outro. Especificar _____	☐ não sabe
58	Durante a internação, a mãe ou familiar pôde ficar junto com a criança?	☐ Sim	☐ Não
		☐ não se aplica	☐ não sabe
59	Como foi o atendimento recebido pela criança no hospital?	☐ Bom	☐ Ruim
		☐ Ótimo	☐ Regular
			☐ não se aplica
			☐ não sabe
60	O bebê ganhou alta da maternidade com quantos dias de vida?	dias	
INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA QUE TEVE ALTA DA MATERNIDADE			
61	Quando teve alta do hospital após o parto?	(data)	
62	Quando o bebê teve alta da maternidade, ele estava bem?	☐ Sim	☐ Não, porque _____
			☐ não sabe
63	Na alta da maternidade a mãe recebeu orientações para cuidados com o bebê em relação a		
	☐ Aleitamento	☐ Vacinas	☐ Não recebeu
	☐ Retornar na maternidade	☐ Teste do pezinho	☐ não sabe
	☐ Cuidados com o umbigo	☐ Observação de Icterícia	☐ Consulta com especialista. Qual _____
	☐ Procurar o Centro de Saúde	☐ Outros. Especificar _____	
64	O bebê mamou no peito?	☐ Sim	☐ Não
			☐ não sabe
64.1	Durante quanto tempo?	dias ou	meses
			☐ não sabe
65	Qual a idade do bebê quando iniciou uso de mamadeira de leite	dias ou	meses
			☐ não sabe
66	Antes da doença que causou a morte a criança estava sendo acompanhada pelo serviço de saúde?	☐ Sim	☐ Não
			☐ não sabe
66.1	Se sim, qual?	☐ Centro de Saúde	☐ Convênio/Particular
		☐ Especialista	☐ não sabe
66.2	Nome(s)	_____	
66.3	Quando foi o último atendimento no Centro de Saúde?	(data ou idade da criança) ☐ não sabe	
66.4	Recebeu alguma visita da equipe de saúde em sua casa?	☐ Sim	☐ Não
			☐ não sabe
67	Alguma vez foi à UBS e não foi atendida (para vacinação/consulta/outros)?	☐ Sim	☐ Não
			☐ não sabe
67.1	Se sim, por quê?	_____	
68	Dados do Cartão / Caderneta da Criança		
68.1	Vacinação completa para a idade da criança	☐ Sim	☐ Não
			☐ não sabe
68.2	Último peso registrado foi de	gramas	na idade de dias ou meses
69	Após a alta da maternidade e antes da doença que causou a morte, a criança foi internada por algum motivo?	☐ Sim	☐ Não
			☐ não sabe
69.1	Se sim, quantas vezes?	vezes	
69.2	Por que e onde?		
	1. motivo _____	no Hospital _____	na data
	2. motivo _____	no Hospital _____	na data
	3. motivo _____	no Hospital _____	na data

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA QUE LEVOU À MORTE									
Algumas questões deste bloco admitem mais de uma resposta. Durante a entrevista, enfatizar que se refere apenas à doença que levou à morte.									
70	Como a mãe ou a família percebeu que a criança estava doente?				☐ febre	☐ tosse	☐ desmaio	☐ acidente	
					☐ cansaço	☐ diarreia	☐ vômito	☐ não sabe	
					☐ outros. Especificar _____				
71	Quanto tempo levou entre o início da doença que causou a morte e o primeiro atendimento no serviço de saúde?								
					horas ou			dias	☐ não sabe
72	Alguma coisa foi feita antes de se procurar o serviço de saúde?						☐ Sim	☐ Não	☐ não sabe
72.1	Se sim, o que foi feito?								
73	Quais os serviços de saúde procurados por ocasião da doença que levou a criança à morte?								
Preencher quadro abaixo, utilizando o relato da mãe e o Cartão da Criança, em ordem cronológica, segundo a legenda abaixo.									
Quadro sobre o atendimento da criança durante a doença que levou à morte									
Ordem	Data	Nome do Serviço de saúde	Bairro/Município	Tipo	Atendido por	Resultado	Problemas	Diagnóstico	
Legenda para preenchimento do quadro acima (as quatro colunas especificadas)									
Tipo (de serviço procurado)		Atendido por		Resultado (do atendimento prestado)					
1. Unidade Básica de Saúde (UBS)		1. Médico Generalista		1. Não foi atendido					
2. Urgência / Emergência		2. Médico Pediatra		2. Atendido sem internação					
3. Maternidade (SUS)		3. Enfermeiro		3. Internado					
4. Hospital (SUS)		4. Auxiliar / Técnico de enfermagem		4. Outro. Especificar _____					
5. Médico/Hospital particular/convênio		5. Agente Comunitário de Saúde (ACS)		99. não sabe					
6. Outro (especificar)		6. Outro. Especificar _____							
99. não sabe		99. não sabe							
Problemas (encontrados)		1. Dificuldade de acesso aos serviços de saúde/exames		4. Dificuldade de transporte para o serviço de saúde					
		2. Qualidade do atendimento não satisfatório		5. Outro. Especificar _____					
		3. Dificuldade de acesso à medicação		99. não sabe					
73.1	Observações sobre esta questão								
74	Qual a sua opinião sobre o atendimento de saúde que a criança recebeu?								
Incluir dificuldades/ facilidades para conseguir atendimento no serviço, acesso a exames, medicamentos, etc.									
74.1	C.S./Consultório/ Serviço de urgência				☐ Ótimo	☐ Ruim	☐ não se aplica		
					☐ Regular	☐ Bom	☐ Não sabe		
74.2	Hospital (na doença que causou a morte)				☐ Ótimo	☐ Ruim	☐ não se aplica		
					☐ Regular	☐ Bom	☐ Não sabe		
75	O óbito ocorreu				☐ no hospital	☐ em outro estabelecimento de saúde	☐ no domicílio	☐ no trajeto para o serviço de saúde	
					☐ em via pública	☐ outro. Especificar _____	☐ Não sabe		
76	Do que você acha que a criança morreu? O que aconteceu durante a doença ou situação que levou à morte?								
Anotar um breve relato da doença ou situação que levou à morte, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A única pergunta permitida é: "Quer acrescentar mais alguma coisa?". A opinião do(a) entrevistador(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.									

77	O que você sabe sobre doenças na família da mãe e do pai da criança?
Anotar um breve relato sobre antecedentes familiares, doenças congênitas e/ou genéticas e situações de risco no trabalho, nas palavras do(a) entrevistado(a). Registrar fielmente a fala do(a) entrevistado(a). A opinião do(a) entrevistador(a) sobre o caso deve ser registrada na Questão 78.	
78	Observações do entrevistador sobre a situação geral da família (aspectos ambientais, psi-sociais, morador de rua, usuário de drogas, outros)
79	Repercussões do óbito na família
80	Esta entrevista deve prosseguir com a Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1)?
☐ sim ☐ não, nenhum dos itens especificados na Questão 14 foi assinalado	
81	Data da entrevista
82	Responsável pela investigação
Nome Carimbo e rubrica	

ANEXO V

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Itinerário terapêutico de mães de crianças que foram a óbito no período neonatal em município do interior paulista

Pesquisador: Aline Fernanda Palombarini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22345113.3.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 417.320

Data da Relatoria: 07/10/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo qualitativo e tem como referencial teórico-metodológico o itinerário terapêutico por meio das narrativas de mães de crianças que faleceram no período neonatal. O estudo será conduzido no município de Botucatu, SP. As participantes selecionadas serão mães de crianças que foram a óbito no período neonatal durante o ano de 2013, a partir do sistema de vigilância de óbitos infantis do município, considerando as fichas de investigação desses óbitos preenchidas. O referencial metodológico para a sistematização dos dados colhidos será o Método de Análise de Conteúdo, na vertente Temática, segundo Bardin. A questão norteadora é "Conte-me a história dessa gestação, do parto e do período depois do parto."

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças que foram a óbito no período neonatal, em 2013, no município de Botucatu-SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: riscos mínimos

Benefícios: Espera-se obter subsídios para a qualificação da rede de atenção à saúde materna e infantil no município em foco, com vistas à redução da mortalidade neonatal.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo qualitativo. O aspecto importante da pesquisa é a identificação de entraves em pontos da rede de atenção materna e infantil do município de Botucatu - SP. A pesquisa qualitativa não permite o cálculo de tamanho amostral. O número de mães que participarão da pesquisa será definido pelo critério de saturação dos dados. O número 20 colocado no item "número de indivíduos que serão abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofreram algum tipo de intervenção neste centro" tem que ser entendido como um número "desejável".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo está escrito de modo claro e apresenta todos os passos da pesquisa.

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado sem problemas éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa aprovado em reunião do CEP de 07 de outubro de 2013, sem necessidade de envio à CONEP.

Ao Final deste projeto os pesquisadores devem encaminhar ao CEP o respectivo Relatório Final de Atividades.

BOTUCATU, 07 de Outubro de 2013

Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br