ASSISTÊNCIA GESTACIONAL E DE PARTO, SEGUNDO A PERSPECTIVA DE MÃES QUE VIVENCIARAM A MORTE PERINATAL

Milene Gonçalves de Silva (PROVIC/CNPq/UEPG), Pollyanna Kássia de Oliveira Borges, e-mail: pollyannakassia@hotmail.com.

Universidade Estadual de Ponta Grossa/Departamento de Enfermagem.

Saúde Coletiva/Epidemiologia

Palavras-chave: Estudos de mortalidade; Mortalidade Perinatal; Mortalidade Infantil; Saúde Pública.

Resumo

Mortalidade perinatal é um indicador de saúde da gestação, parto e pós-parto, que dá evidências para a implementação de políticas públicas e capacitação dos profissionais para melhoria da qualidade da assistência e diminuição de óbitos fetais e infantis. O objetivo desta pesquisa foi verificar cuidados prestados pelo ponto de vista das mães que perderam seus filhos em período perinatal e compará-los a registros documentais do mesmo atendimento prestado. Estudo qualitativo e retrospectivo, de análise documental de informações disponíveis na Vigilância Epidemiológica do município de Ponta Grossa, sobre a assistência prestada, relatada acima, no ano de 2015. Foram observadas 8 fragilidades assistenciais, mas também, foram notadas potencialidades na assistência, envolvendo o acolhimento, a transmissão de informações, entre outros. Verificou-se concordâncias e discordâncias entre os documentos e os relatos, falta de anotações e ausência de registros sobre o estado mental da mãe, sugerindo a necessidade de capacitar os profissionais. A fragilidade acerca da responsabilidade e dever em cumprir os preceitos éticos e legais da profissão corroboram para os resultados percebidos.

Introdução

Morte perinatal é um óbito que ocorre no período fetal ou neonatal precoce, sendo esse um indicador de sobrevida do feto e riscos de um nascido vivo morrer em menos de sete dias, indicador este ligado a assistência prestada ao binômio mãe e filho (MIGOTO, 2018). Em 2015 no estado do Paraná houve 2321 mortes perinatais, e no município de Ponta Grossa, no mesmo ano, foi de 86 mortes perinatais (PARANÁ, 2017). A mortalidade perinatal é determinada pelas condições de vida e de saúde materna e das famílias, como também caracteriza fatores socioeconômicos de uma população, isso possibilita desenvolvimento de novas políticas de saúde, sendo assim, a assistência ofertada pelos profissionais para redução de mortalidade está diretamente relacionada as políticas públicas. Os incrementos de políticas públicas são possíveis quando se tem o conhecimento do que está sendo adotado pelos profissionais, a atenção de qualidade voltada para a mãe, gestante, no período do pré-natal, parto e puerpério devem ser prioritárias nos serviços de saúde (DEMITI, 2018).

A atual política nacional de saúde materno-infantil, a Rede Cegonha aponta a melhoria da assistência para redução da mortalidade materno infantil, atuando na

captação precoce das gestantes, pré-natal de qualidade, estratificação de riscos, vagas de leitos em maternidades, instiga o cumprimento de leis, informar a paciente sobre a referência e contra referência, apoio financeiro ao deslocamento para exames do pré-natal e local de parto, incentivo ao aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e acompanhamento da criança de 0 a 24 meses (SILVA, 2015).
Este estudo foi conduzido no intuito de conhecer os olhares maternos referente aos cuidados recebidos durante a gravidez, a perda do filho em período perinatal, e a atenção autorreferida em período de luto durante o puerpério, e compará-los aos registros de saúde que contavam oficialmente a assistência prestada.

Materiais e Métodos

Realizou-se um estudo qualitativo e retrospectivo, com análise documental de informações disponíveis na Vigilância Epidemiológica do município de Ponta Grossa, Paraná, sobre a assistência prestada às mães (e seus bebês) que vivenciaram uma morte perinatal no ano de 2015. Neste ano, 84 mulheres perderam um bebê no período perinatal no município estudado. Dezenove destas não foram contatadas por ausência de informação para contato, 24 recusaram participar da pesquisa, 16 aceitaram participar da entrevista, mas recusaram em um segundo contato. Ao final, 25 mães aceitaram participar, mas 2 foram excluídas por ausência de validação do discurso. Os dados documentais foram comparados aos discursos dessas mães obtidos através de entrevistas. As mães foram referidas por números nesta pesquisa. Na Vigilância Epidemiológica municipal foi acessado arquivos referentes a mortalidade perinatal do município no ano de 2015. Entre os arquivos estavam as Declarações de Óbitos, Declarações de Nascidos Vivos, Caderneta da Gestante, exames laboratoriais, fichas de investigação do óbito e fichas de evoluções sobre a assistência prestada. A organização dos dados se deu por quatro etapas: 1) Agrupamento dos dados das mães de forma separada, ordenada juntamente com os atendimentos prestados ao filho, referente aos períodos pré-natal, parto e puerpério; 2) Seleção dos dados por períodos de parto e puerpério de cada mãe, junto aos dados da assistência ao seu filho, excluindo o pré-natal devido os relatos estarem focados na assistência hospitalar; 3) Transcrição das informações das 23 em tabela e organização segundo a fragilidade; 4) Comparação entre as evidências documentais e os discursos das mães. Foram verificadas as frequências absolutas e percentuais das categorias que emanaram dos discursos. Posteriormente os resultados das entrevistas foram apresentados isoladamente. E, por fim, optou-se por apresentar a comparação entre as duas análises (documental e entrevistas).
Este estudo é parte dos resultados do projeto de pesquisa intitulado “PERSPECTIVAS MATERNAS SOBRE MORTALIDADE PERINATAL”, aprovado sob o parecer 1.617.353/2016 COEP/UEPG, CAAE: 57364816.2.0000.0105.

Resultados e Discussão

Com a análise documental verificou-se que 11 óbitos aconteceram no período fetal e 12 óbitos no período neonatal precoce. Além disso, 18 óbitos foram classificados como mortes evitáveis (MALTA, 2010). Dos 23 relatos maternos sobre a assistência recebida no período gestacional, parto e puerpério foram observadas fragilidades como desinteresse e falta de empatia profissional, demora no atendimento, ruídos de comunicação entre os profissionais, dúvidas maternas por ausência de explicações, culpabilização da mãe, insensibilidade profissional para com o luto

materno, agressão e falta de recursos. Das 23 mães, 10 relataram passar por uma psicóloga durante o puerpério (43,4% da amostra). Também foram verificadas potencialidades na assistência, as quais envolveram o acolhimento prestado pelos profissionais, o respeito à decisão tomada pela mãe, transmissão de informações referente a situação em que a mãe e o filho se encontravam, o cuidado com as palavras ao transmitir a mãe o falecimento de seu filho e o encaminhamento psicológico para enfrentamento do período de luto.

As fragilidades encontradas a partir dos relatos desta pesquisa não correspondem aos direitos do usuário do SUS, dispostos na Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. A fragilidade de agressão, podendo ser física ou verbal, como as demais fragilidades, ainda, desrespeita leis estaduais, como a de Santa Catarina, nº 17.097 de 17 de janeiro de 2017, descumprindo medidas de informação e proteção a parturiente, ato que também contraria a Política Nacional de Humanização de 2003 (SANTOS, 2018).

Notou-se nesta pesquisa que o direito do usuário de saúde também foi respeitado e cumprido por alguns dos profissionais, tornando claro sua autonomia referente ao cuidado e respeitando o seu processo reprodutivo como direito de gênero. Mas, a qualidade de assistência foi possível devido ao processo de trabalho realizado pelos serviços de saúde. Como afirma Silva (2015), o modo em que ocorre a troca de informações do paciente entre os níveis de atenção interfere na qualidade da assistência, sendo essa a troca de informação por sistema, ou pela referência e contra referência da assistência prestada a mãe entre os diferentes pontos de atenção, respeitando a integralidade do cuidado.

Nesta pesquisa, verificou-se concordâncias e discordâncias entre os documentos e os relatos. Foi observada a falta de anotações de assistência ao binômio mãe e filho, como também ausência de algum registro sobre o estado emocional e psicológico da mãe pós-parto, levantando assim a necessidade de capacitar os profissionais da área da saúde frente a importância da avaliação psicológica da mãe no início do processo de luto, bem como estabelecer cuidados de saúde mental no período de puerpério. Em nenhuma anotação/evolução nos documentos referente a admissão no Centro Cirúrgico ou Centro Obstétrico estava mencionada a presença de um acompanhante, ou ausência do mesmo, informação essa considerada importante para avaliação da atuação e cumprimento da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, dando o direito a parturiente ter acompanhante de sua escolha.

As informações contidas em branco e/ou ignoradas nos documentos investigativos sugerem fragilidade no suporte administrativo da assistência prestada, diminuindo a confiabilidade dos registros, no qual pode apresentar omissão dos fatos. A deficiência de dados, mesmo havendo os sistemas de informações em saúde, como o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e mais os registros sólidos, é indicativo da não valorização pelos profissionais frente ao enriquecimento de dados para estudos epidemiológicos e saúde pública. Sugere-se a necessidade de capacitação dos profissionais da área da saúde para preenchimento correto e completo das informações referidas ao paciente de forma global, desde situação socioeconômica, demográfica, psicossocial e situação biológica. A ausência de preenchimento de dados compromete a avaliação da assistência prestada, podendo interferir na criação de políticas públicas a fim de promover melhora na qualidade da atenção (RODRIGUES, 2017).

Conclusões

Fica ao profissional da saúde, independente dos níveis de atenção, o dever de garantir o acesso à assistência com qualidade para o binômio mãe e filho, bem como respeitar seus direitos como usuário de forma humanizada. Preencher de forma honesta as informações referentes ao paciente/cliente, enriquecendo dados para produções científicas, a fim de avaliar e melhorar a qualidade da assistência prestada. Garantir troca de informações entre os níveis de atenção por meio de protocolos e não usuário, realizando cuidado integrado. E, ainda, fortalecer o retorno da puérpera em processo de luto à Atenção Primária de Saúde, prestando quaisquer serviços necessários para o enfrentamento de seu estado de saúde emocionalmente abalado, respeitando-a e apoiando-a em suas decisões. As limitações desse estudo incluem ausência de preenchimento dos dados referentes as mães e as crianças, como também anotações ilegíveis referentes aos atendimentos prestados e a ausência de documentos utilizados em investigação pela vigilância como a caderneta de gestante (menos da metade da amostra tinha esse documento na vigilância epidemiológica e, nas que possuíam, havia ausência de informações).

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a minha orientadora Pollyanna K. O. Borges pela oportunidade e os conhecimentos transmitidos. Sua paciência e a forma de didática são merecedores de um prêmio, no caso apenas doces palavras, tornando-o inspiradora aos olhos de seus orientandos. Agradeço meu amigo Talisson Boaventura, estava ao lado durante a identificação dos relatos e me fortaleceu quando me comovia com os relatos de experiências das quais jamais esqueceremos. Agradeço ainda minha co orientadora Beatriz Gonçalves Lopes, que me ajudou a seguir sua linha de pesquisa, beneficiou os relatos das entrevistas e ajudou nas interpretações dos mesmos, foi um enorme prazer produzir com você. E agradeço a Caroliny Stocco por ter nos acolhido na Secretaria de Vigilância epidemiológica municipal e fornecido os documentos para continuidade da pesquisa.

Referências

DEMITI, J. M. G.; G., A. S. A. Rede Mãe Paranaense: Análise comparativa da mortalidade materno infantil entre estado e município. Revista Uningá Review, v. 30, n. 1, 2018.

DOS SANTOS, D. M. X. et al. Violência obstétrica: da informação ao empoderamento. Revista UNIPLAC, v. 6, n. 1, 2018.

MALTA, D. C. et al. Atualização da lista de causa de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiologia: serviço e saúde, v. 19, n. 2, p. 173-176, abr./jun. 2010.

MIGOTO, M. T.; S. F. M. H.; B., A. P. M. M. Fatores de risco para a mortalidade perinatal: uma revisão integrativa. Journal of Nursing and Health, v. 8, n. 1, 2018.

PARANÁ. Secretária de Saúde do Paraná. Sistema de informações sobre mortalidade (sim) e nascidos vivos(sinasc). Disponível em: www.tabnet.sesa.pr.gov.br. Acesso em 12 de jul, 2018.

RODRIGUES, P. L. Avaliação da qualidade do Sistema de Informação sobre Mortalidade e fatores associados à mortalidade perinatal no Brasil. 2017.

SILVA, T. M. Estudos científicos acerca da implantação dos atributos de vinculação e continuidade do cuidado da rede cegonha: uma revisão crítica. 2015.