

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTOS
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE- UFRN
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO - PPGR
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF

ADRIANA MARIA ALVES

**MORBIMORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ: Percepção
dos profissionais e vivências/experiências de mulheres.**

Natal/RN
2014

ADRIANA MARIA ALVES

**MORBIMORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ: Percepção
dos profissionais e vivências/experiências de mulheres.**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em
Saúde da Família – RENASF/UFRN para obtenção do
título de mestre.

**Orientadora: Profª. Dra. Karla Patrícia Cardoso
Amorim**

NATAL/RN
2014

Catálogo da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Alves, Adriana Maria.

Morbimortalidade materna no município de Mossoró: percepção dos profissionais e vivências/experiências de mulheres / Adriana Maria Alves. - Natal, 2015.

113f: il.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Karla Patrícia Cardoso Amorim.

Dissertação (Mestrado) - Mestrado Profissional em Saúde da Família. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Pró-Reitoria de Pós-Graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Mortalidade materna - Dissertação. 2. Obstetrícia - Dissertação. 3. Profissionais de saúde - SUS - Dissertação. I. Amorim, Karla Patrícia Cardoso. II. Título.

RN/UF/BSA01

CDU 618.2

Adriana Maria Alves

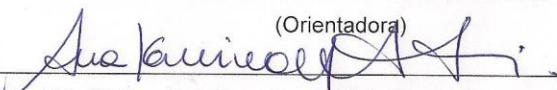
MORBIMORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE MOSSORO: DESVELANDO SEUS FATORES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA


Prof^ª. Dra. Karla Patrícia Cardoso – UFRN

(Orientadora)


Prof^ª. Dra. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim – UFRN

(Membro Interno)


Prof^ª. Dra. Fatima Raquel Rosado Moraes – UERN

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 19 de setembro de 2014.

AGRADECIMENTOS

Ao poderoso, eterno e bom **DEUS** criador e mantenedor de todas as coisas. Muito obrigada Senhor por ser tão bom e fiel comigo e com minha família. Sem Ti não sou nada. O Senhor me deu este mestrado e foi quem me sustentou e me ajudou em toda sua trajetória. Minha eterna gratidão a Ti pela vida, saúde, paz, salvação, segurança e belas bênçãos incomensuráveis que tem derramado em minha vida e sobre minha família e amigos. Aguardo a Tua volta nas nuvens do céu.

A meus filhos **JÚNIOR, AMANDA E ISABEL** muito obrigada por fazerem parte da minha vida. Vocês são minhas jóias, o que tenho de maior valor. Desculpem-me pelos momentos ausentes quando me dedicava ao mestrado. Amo vocês mais do que qualquer coisa. Aguardo o dia maravilhoso em que Jesus Cristo voltará e que poderei devolver a Ele a maior bênção que me deu, Vocês.

A meu esposo **Nilton** muito obrigada por tudo. Que Deus o abençoe sempre.

A meus pais **LUIZA E ANTÔNIO** muito obrigada por me ensinar a buscar os caminhos bons e a ter determinação para alcançar meus objetivos mesmo diante de dificuldades. Não tenho palavras para explicar o meu amor e gratidão a vocês por tudo que fizeram e fazem por mim. Amor incondicional. Amo vocês.

A meus irmãos **Adriano, Auriano, Auriana e Andreano** muito obrigada por todos os momentos juntos de toda a vida. Que Deus os abençoe. Amo vocês.

A professora **Karla Amorim** muito obrigada por ter aceitado ser minha orientadora. Obrigada por todos os momentos tanto de orientação como nas disciplinas. São docentes como você que fazem a diferença na educação deste país. Que Deus te abençoe a continuar sendo esta profissional competente e que luta sempre pelo que é correto.

Aos meus colegas de mestrado muito obrigada pelos momentos juntos. Sem vocês com certeza o mestrado não teria o mesmo brilho. As saudades irão nos incomodar.

Aos meus colegas **Clarissa, Andréa, Benjamin e Tales** muito obrigada pelos trabalhos realizados juntos, as viagens, hospedagens e brincadeiras. Vocês foram essenciais em minha vida.

Aos profissionais e mulheres por mim entrevistados o meu obrigada por contribuir com minha vida.

A meus colegas de trabalho e a população do bairro Lagoa do Mato muito obrigada pelo apoio e desculpe-me pelos momentos ausentes devido o mestrado.

A rede RENASF, UFRN e a FIOCRUZ muito obrigada por proporcionar este mestrado e me fazer repensar as minhas práticas e querer buscar sempre o melhor.

Tu és digno, Senhor e Deus nosso, de receber a glória, a honra e o poder, porque todas as coisas tu criaste, sim, por causa da tua vontade vieram a existir e foram criadas (Apocalipse 4:11).

RESUMO

Alves. Adriana Maria. **Morbimortalidade Materna no Município de Mossoró: Desvelando seus fatores**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. {2014}.

O objetivo deste trabalho, caracterizado como uma pesquisa de abordagem qualitativa de caráter exploratório descritivo, é analisar os aspectos que contribuem para a morbimortalidade materna em Mossoró-RN. As informações foram coletadas entre os meses de Novembro e Dezembro de 2013, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com 16 profissionais de saúde, sendo metade deles trabalhadores de Atenção Primária à Saúde e a outra metade de urgência obstétrica, e 04 mulheres que tiveram gravidez de alto risco com internação em UTI. O número de profissionais e de mulheres foi determinado pelo método da saturação na coleta de informações em pesquisas qualitativas. As entrevistas foram transcritas e submetidas a técnica de análise de conteúdo, especificamente a análise temática, possibilitando um aprofundamento e ultrapassando o conteúdo das falas. Diante disso, foram construídas três categorias de análise, a saber: a atenção à gestante no município de Mossoró/RN; os fatores que contribuem para a morbimortalidade materna em Mossoró/RN; e a morte de perto: O relato de gestantes de alto risco que foram internadas em Unidade de Terapia Intensiva. A interpretação das informações analisadas revelaram a realidade difícil da rede de atenção à gestante no município, nos seus três níveis, apontam alguns fatores que contribuem com o aumento da morbimortalidade, sugerem algumas ações que poderiam diminuir este índice, relatam como lidam e percebem a morte materna e os sentimentos envolvidos, e relatam também a vivência de mulheres que tiveram risco de morte na gestação. Percebemos então, na fala dos profissionais a necessidade de pôr em prática o que já existe na teoria, nos protocolos, manuais e portarias do Governo Federal. Mais uma vez sabemos o que precisa ser feito para reduzir a mortalidade materna e melhorar a qualidade da atenção, porém não há iniciativa concreta para que se efetive tudo isso e tenhamos o resultado esperado. O que existe é negligência não de todos, mas de todas as partes. Precisamos inicialmente capacitar os gestores e sensibiliza-los para essa temática. Os cidadãos também precisam ser empoderados de seus direitos e conhecedores das políticas públicas, para que possam cobrar dos serviços e dos gestores seu cumprimento. Por último precisamos sensibilizar os profissionais na busca de conhecimentos e na luta por melhores condições de trabalho, recursos humanos suficientes e de salário, para também cobrar deles a excelência no atendimento. Desta forma os profissionais entendem que teremos menores números da mortalidade materna e maior satisfação dos usuários do SUS, especialmente neste caso, das mulheres que necessitam do serviço de obstetrícia.

Palavras-chaves: Mortalidade materna. Morbidade materna. Profissionais da saúde. SUS. Obstetrícia

ABSTRACT

Alves. Adriana Maria. **Maternal morbidity and mortality in the Municipality of Mossley: Unveiling its factors.** 2014 Dissertation (Professional Master in Family Health). Northeast Network Formation in Family Health. Federal University of Rio Grande do Norte. {2014}.

This study characterized as a qualitative descriptive exploratory approach is to analyze the aspects that contribute to maternal mortality in Mossley-RN. Data were collected between the months of November and December 2013, through semi-structured interviews with 16 health professionals, half of them employees of Primary Health Care and the other half of obstetric emergency, and 04 women who had pregnancy high-risk ICU. The number of professionals and women was determined by the saturation method in information collection in qualitative research. The interviews were transcribed and subjected to content analysis technique, specifically the thematic analysis, enabling a deeper and beyond the content of the speeches. Thus, three categories were constructed of analysis, namely: to prenatal in the town of Mossley / RN; the factors that contribute to maternal mortality in Mossley / RN; and near death: The story of high-risk pregnancies who were admitted to the Intensive Care Unit. The interpretation of information reviewed revealed the harsh reality of the network of care for pregnant women in the county, in its three levels, point to some factors that contribute to increased morbidity and mortality, suggest some actions that could decrease the value, perceive and report how they deal death maternal and feelings involved, and also report the experience of women who had risk of death during pregnancy. We realized, in speaking of the need for professionals to put into practice what already exists in theory, the protocols, manuals and orders of the Federal Government. Again we know what needs to be done to reduce maternal mortality and improve quality of care, but there is no concrete initiative to be made effective and all have the expected result. What is there not to neglect all but of all parties. Initially need to train managers and sensitize them to this issue. Citizens also need to be empowered and knowledgeable of their rights of public policies, so that they can charge services and compliance managers. Finally we need to raise awareness among professionals in the pursuit of knowledge and the fight for better working conditions, sufficient human resources and pay for them also charge service excellence. Thus we understand that professionals smaller numbers of maternal mortality and greater satisfaction of SUS, especially in this case, women who require obstetrical service.

Keywords: Maternal mortality. Maternal morbidity. Health professionals. SUS. Obstetrics

LISTA DE SIGLAS

AMI – Ambulatório Materno Infantil
APS – Atenção Primária à Saúde
CMM – Coeficiente de Mortalidade Materna
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes
MIF – Mulheres e Idade Fértil
MS – Ministério da Saúde
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS – Organização Mundial da Saúde
PA – Pressão Arterial
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAR – Pré-natal de Alto Risco
PNH – Política Nacional de Humanização
PPP – Pré-parto, Parto e Puerpério
RMM – Razão de Mortalidade Materna
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UCINCA - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru
USG – Ultrassonografia
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	16
2.1. Objetivo Geral:	16
2.2. Objetivos Específicos:	16
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1. Assistência à gestante durante o pré-natal e na maternidade.....	17
3.2. Morbidade e Mortalidade Materna	20
3.3. Políticas Públicas atuais para redução da morbimortalidade materna.....	24
3.4. Cuidado e Ética: Uma relação intimamente necessária.....	27
4. PERCURSO METODOLÓGICO	32
4.1. Tipo de pesquisa	32
4.2. Instrumentos de coleta de informações	32
4.3. Instrumento de análise das informações coletadas	33
4.4. Campo de Estudo.....	35
4.5. Sujeitos da Pesquisa	37
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	41
5.1. CATEGORIA 1 : A atenção à gestante no município de Mossoró/RN	42
5.1.1. A percepção dos profissionais da saúde de Mossoró/RN quanto à atenção pré-natal na Estratégia de Saúde da Família.....	43
5.1.2. A percepção dos profissionais da saúde de Mossoró/RN quanto à garantia do acesso ao pré-natal de alto risco.	49
5.1.3. A percepção dos profissionais da saúde de Mossoró/RN quanto à atenção prestada pelas maternidades de Mossoró/RN.	52
5.2. CATEGORIA 2 - Os fatores que contribuem para a morbimortalidade materna em Mossoró/RN.	57
5.2.1 - A percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores que contribuem para a morbimortalidade materna.....	58
5. 2.2. Sugestões dos profissionais da saúde para melhorar a atenção à gestante e o Coeficiente de Mortalidade Materna.	69
5.2.3. O lidar e o perceber dos profissionais da saúde quanto aos casos evitáveis de morbimortalidade materna.....	75
5.3. Categoria 3: A morte de perto: O relato de gestantes de alto risco que foram internadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	79
5. 4.TABELA DE CATEGORIAS DE ANÁLISE	87
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS	90

APÊNDICES	95
APÊNDICE A1	96
APÊNDICE A2	99
APÊNDICE B	102
APÊNDICE C	103
APÊNDICE D	104

1. INTRODUÇÃO

As discussões relacionadas às necessidades em saúde da mulher, especialmente no processo gestacional, vêm se desenvolvendo há mais de duas décadas (BRASIL, 2002). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), estas discussões são frutos de movimentos que buscam desconstruir as práticas intervencionistas hegemônicas em favor da maternidade segura, apontando para a importância da estruturação dos serviços e da sociedade para acolher adequadamente ao binômio mãe/filho (OMS, 1996).

Apesar de várias iniciativas visando a melhoria da atenção à saúde da mulher e do neonato, PAISM, PSF/ESF, PHPN, é fato que a mortalidade materna continua sendo uma epidemia que atinge os países em desenvolvimento e, em especial, as mulheres de classe econômica menos favorecida configurando-se, assim, em uma importante questão ética. Para redução destas mortes devem ser propostas medidas de prevenção, planejamento familiar abrangente, que impeça a ocorrência de gravidez indesejada, assistência pré-natal adequada, equipe qualificada para atendimento nas emergências obstétricas e vigilância no período puerperal dentre outras medidas.

Igualmente, a identificação e análise dos casos de morbidade materna grave / *near miss*, também poderão ajudar na melhoria dos cuidados obstétricos e na identificação dos problemas relacionados uma vez que, o número de casos da morbidade materna grave é maior que o número de morte materna e, além disso, a mulher que sobrevive é capaz de fornecer informações sobre as dificuldades que enfrentou e as repercussões desse evento em longo prazo. (VIANA ET AL, 2011)

Na atenção básica, e nos serviços públicos, o pré-natal de baixo risco é realizado, pela ESF (médicos e enfermeiros). A gestante é cadastrada no SISPRENATAL

(sistema informatizado de informação e acompanhamento do PHPN) e acompanhada durante toda a gestação, sendo encaminhadas às maternidades de referência do município ao final da gravidez e/ou quando necessário.

Para dar conta da finalização da gestação, de acordo com o MS, Estados e Municípios necessitam dispor de uma rede de serviço organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos de referência e contra-referência, considerando a vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/hospital, conforme definição do gestor local. (Brasil, 2005)

Para Mendes (2009) as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

No dia-a-dia os profissionais da ESF enfrentam dificuldades para referenciar suas gestantes à maternidade, evidenciando a falta de articulação entre o pré-natal e a atenção especializada, nas maternidades, à gestante. Elas são desencorajadas a fazer o pré-natal somente na ESF, como se isso trouxesse riscos a saúde dela e de seu filho, numa desvalorização do pré-natal realizado pela ESF.

Em função dessas questões, algumas gestantes procuram o atendimento pré-natal na UBS com a ESF apenas pela necessidade do número do SISPRENATAL e do cartão da gestante, visto que são necessários no monitoramento das ações e incentivos financeiros.

Para a Equipe de Referência e Apoio Matricial do MS, é necessário que a equipe tenha um contato direto com os especialistas e estes com a equipe, pois é preciso enxergar o usuário como um todo (BRASIL, 2004) .

O cuidado à mulher nesse período de sua vida, é essencial para se atingir a saúde em seu conceito amplo, a cidadania e a humanização do serviço. Conforme Boff (2003), o cuidado, transformado em paradigma de compreensão e de atuação, e articulado com a solidariedade e a responsabilidade, poderá salvar a vida, a espécie humana e o planeta Terra. Sem ele, não há paz nem alegria de viver.

Assistir à mulher durante a gravidez requer muita responsabilidade, esforço, habilidade e, acima de tudo humanização, uma vez que este é, para a maioria delas, um momento único e muito especial de suas vidas, realizar o sonho de ser mãe.

O município de Mossoró apresenta um Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) ainda distante das metas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) e conseqüentemente uma alta morbidade materna, o que tem preocupado profissionais da saúde, gestores e principalmente a população da cidade que se vê refém dos serviços de saúde.

Como enfermeira da ESF, pré-natalista, encontramos no cotidiano as dificuldades relatadas no corpo desse trabalho. Nos meus dois trabalhos monográficos, apresentados em minha graduação e na pós-graduação, essa temática apareceu como resultado das pesquisas, o que me motiva ainda mais a continuar pesquisando essa temática.

Atuamos como enfermeira da ESF há nove anos e desde então acompanhando as gestantes no pré-natal, temos nos preocupado bastante com o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal no município de Mossoró. Assistir à mulher durante a gravidez requer muita responsabilidade, esforço, habilidade e, acima de tudo humanização, uma vez que este é, para a maioria delas, um momento único e muito especial de suas vidas, realizar o sonho de ser mãe. Por isso, todo esforço dos profissionais pré-natalistas em oferecer um serviço de qualidade, mesmo tendo a dúvida de como a gestante será atendida no momento que buscar a maternidade. Este tem sido o grande temor dos trabalhadores da APS, pois tentam

acompanhar a gestante da melhor forma possível, oferecer um atendimento de qualidade e temem o que será da saúde e da vida do binômio mãe-filho na atenção oferecida pela maternidade de referência.

Por várias vezes escuto das puérperas, mulheres que pariram, relatos de como foram recebidas na maternidade com descaso, sem levar em consideração todo acompanhamento da ESF no pré-natal, e sem a devida atenção, o que em várias vezes culminou com morbidade ou morte da mulher e/ou do seu filho. Os indicadores de mortalidade materna e neonatal do município ainda altos, mostram como o temor dos profissionais da APS se justifica e normalmente só são aliviados quando na visita de puerpério encontramos mãe e filho vivos e com saúde.

Embora com uma ampla rede de atenção à saúde da gestante Mossoró ainda possui uma estatística preocupante em relação à mortalidade materna. Dados da Vigilância à Saúde (VS), obtidos pelo Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, do município, mostram que entre 2008 e o mês de Setembro de 2012, os óbitos de MIF residentes em Mossoró que se relacionam com gravidez, parto e puerpério foram 16. Com relação aos coeficientes, Mossoró possui um Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) em 2012 de 107,68, justificando a pertinência do presente estudo.

Entendemos como oportuno o momento para discutir essa temática, com o intuito de identificar os fatores que estão contribuindo com a morbimortalidade materna, contribuindo para estruturar ações de saúde para prevenção da morbimortalidade materna, estreitar laços, entre a APS e as Maternidades, e possibilitar o planejamento de ações conjuntas que resultem num cuidado contínuo, de qualidade nesses serviços e, conseqüentemente, a gestante seja atendida em sua totalidade, resultando na melhoria dos indicadores de saúde materna de Mossoró.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Analisar os aspectos que contribuem para a morbimortalidade materna em Mossoró-RN.

2.2. Objetivos Específicos:

- Conhecer, a partir da percepção dos profissionais de saúde, a atenção à gestante em Mossoró;
- Descrever, a partir da percepção dos profissionais de saúde, os fatores que contribuem para a morbimortalidade materna em Mossoró-RN;
- Conhecer, a partir do Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM), o percentual de mortes maternas diretas e indiretas deste município;
- Descrever como os profissionais de saúde percebem e lidam com os casos evitáveis de morbimortalidade materna;
- Conhecer casos de morbidade materna em gestantes de alto risco que foram internadas em Unidade de Terapia Intensiva.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Assistência à gestante durante o pré-natal e na maternidade

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos. (Brasil, 2012)

Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos. As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Não existe alta do pré-natal. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. (Brasil, 2012)

Embora, nas últimas décadas, a cobertura de atenção ao pré-natal tenha aumentado, garantir sua qualidade permanece como o maior desafio. Essa melhoria da qualidade, no patamar em que estamos, refere-se a uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde e na eficiência e presteza dos serviços. (São Paulo, 2010)

A assistência pré-natal tem como objetivos promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para saúde da gestante e do conceito, orientar e esclarecer sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido, visando a redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil, baixo peso ao nascer e retardo do crescimento intrauterino, visto que estas causas são evitáveis dependendo da qualidade assistencial prestada neste período. (Gonçalves, 2008)

Neste sentido, visando garantir, entre outras, a identificação precoce de todas as gestantes da comunidade e o pronto início do acompanhamento no primeiro trimestre da gravidez, bem como a operacionalização do sistema de referência e contra-referência, foram estabelecidas condições para uma assistência pré-natal efetiva objetivando garantir a continuidade da assistência em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. (Gonçalves, 2008)

Vale ressaltar que a avaliação da qualidade do pré-natal permanente permite identificar problemas de saúde da população alvo, e monitora o desempenho do serviço. Os resultados obtidos de tal avaliação poderão subsidiar tanto a manutenção das estratégias quanto a sua modificação, com vistas na melhor qualidade da assistência. (Gonçalves, 2008)

Para garantir a qualidade da assistência pré-natal conforme a filosofia do PHPN o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para atenção pré-natal, dentre elas figuram desde rotinas preconizadas para consultas até a definição de fatores de risco na gravidez, de forma que se possa ampliar a assistência pré-natal incluindo, entre outras normas, a participação do enfermeiro como membro da equipe de saúde que presta assistência direta à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. (Brasil, 2000)

Além de incluir mais um elemento da equipe de saúde no atendimento direto às gestantes, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu critérios para avaliação da qualidade da assistência, a saber: número de consultas (6 no mínimo); início do acompanhamento pré-natal o mais precoce possível (obrigatoriamente até a 14ª semana de gestação); distribuição das consultas durante o pré-natal (no mínimo uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º trimestre, três no 3º trimestre e uma até 42 dias do puerpério); solicitação de exames complementares obrigatórios: hemograma; tipagem sanguínea e determinação do fator Rh; Coombs indireto (se necessário repetir na 24ª, 28ª, 32ª e 36ª semana); urina I; teste anti-HIV; glicemia de jejum (na 1ª consulta, na 30ª semana e devendo ser repetido no parto); sorologia para sífilis

(na 1o, 2o e 3o trimestre); realização do exame obstétrico durante o pré-natal (medida do peso, verificação pressão arterial, medida da altura uterina, ausculta do batimento cardíaco fetal e toque vaginal quando necessário); realização de atividades educativas (participação de, pelo menos, um grupo de sala de espera ou outra atividade correlata); orientação quanto amamentação e parto; vacinação anti-tetânica (VAT); coleta de citopatológico de colo uterino. No que se refere aos exames laboratoriais salientamos que outros autores recomendam a solicitação de outros exames: sorologia para toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para rubéola IgM e IgG, sorologia para hepatite B, sorologia para hepatite C, sorologia para citomegalovírus, exame parasitológico de fezes. (Neme, 2000)

Teoricamente a assistência pré-natal de qualidade, de fácil acesso, poderia reconhecer precocemente os sinais ou os fatores de risco para morbidade e mortalidade materna, permitindo, dessa forma, que intervenções apropriadas fossem instituídas. Lamentavelmente para Vanneste, (2000) uma revisão avaliando a efetividade dos fatores de risco na gravidez, no curso do pré-natal, concluiu que sua utilização não foi eficaz para prevenir as mortes maternas, além de não garantir o emprego adequado dos recursos. Apesar disso, não se pode menosprezar seu valor na detecção e tratamento das complicações relacionadas à gravidez, além de permitir o correto planejamento do parto, com atendimento institucional apropriado.

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos. (Brasil, 2012)

Assim sendo, o pré-natal destaca-se como sendo o primeiro alvo a ser atingido quando se busca reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna exigindo atuação profissional competente.

O pré-natal é o momento mais apropriado para a preparação ao parto e detecção de possíveis intercorrências. Entretanto, a grande maioria das mulheres recebe "alta" do pré-natal no seu momento mais crítico, ao redor do oitavo mês – quando agravam-se patologias como a hipertensão, o diabetes – deixando-as sem saber a que serviço recorrer frente a uma intercorrência ou no momento do parto. (Brasil, 2000)

Conforme o Ministério da Saúde (2000), informar à gestante sobre qual o serviço a ser procurado em situações de emergência e no momento do parto, é obrigatório, sem que isto signifique a desobrigação da unidade básica de saúde em atendê-la até o final da gestação. Em vários centros urbanos ocorre uma verdadeira peregrinação das mulheres no momento do parto, como se fosse delas a responsabilidade pelo encontro de vagas. Essa demora no atendimento obstétrico, além de indigna, tem trágicas consequências maternas e neonatais.

Os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar, ou não, o diagnóstico inicial, assim como determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contra referência para acompanhamento pela atenção básica. (Brasil, 2000)

3.2. Morbidade e Mortalidade Materna

A gravidez configura-se como um fenômeno fisiológico e deve ser visto pela gestante e pelos profissionais da saúde como um momento extraordinário da vida de uma mulher. Porém pode implicar em riscos tanto para a mãe quanto para o feto o que requer uma atenção de qualidade a estas mulheres.

Nas últimas décadas do século XX os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde da mulher foram inúmeros o que tornou inadmissível os agravos à saúde e os óbitos de mulheres no seu processo reprodutivo.

A mortalidade materna é um indicador que além de informar sobre a situação de saúde reprodutiva, reflete as condições de vida de uma população. Constitui-se em um dos indicadores mais adequados para avaliar a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde de forma integral, assim como é um indicador extremamente sensível de pobreza e desigualdade social. (Correla, 2011)

Para Laurenti (2004) a mortalidade materna pode ser considerada um excelente indicador de saúde, não apenas da mulher, mas da população como um todo. Por outro lado, é também um indicador de iniquidades, pois não somente é elevada em áreas subdesenvolvidas ou em desenvolvimento, quando comparada aos valores de áreas desenvolvidas, quanto, mesmo nestas, existem diferenças entre os diferentes estratos socioeconômicos.

A Organização Mundial de Saúde – OMS define morte materna, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças- 10ª Revisão (CID-10), como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

Apesar de todos os esforços realizados, ainda no século XXI as mulheres morrem durante o ciclo gravídico-puerperal, com 90% destes óbitos de causas evitáveis e 99% ocorrendo em países em desenvolvimento. (Viana, 2011)

O Brasil tem registrado redução na mortalidade materna desde 1990. Naquele ano, a razão de mortalidade materna (RMM) corrigida era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil NV, o que representa uma

diminuição de aproximadamente a metade. A melhoria na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos de idade), que permite maior registro dos óbitos maternos, possivelmente contribuiu para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos da série. (Brasil, 2012)

No ano 2000, os líderes dos Estados Membros das Nações Unidas firmaram um compromisso para promover o desenvolvimento e combater a extrema pobreza em um documento que ficou conhecido como a “Declaração do Milênio”. A partir desta declaração, foram estabelecidos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” que devem ser alcançados até o ano 2015. Para atingir a meta, o Brasil deverá apresentar RMM igual ou inferior a 35 mortes por 100 mil nascidos vivos (NV). (Souza, 2011)

Porém, a conclusão apresentada pelas expositoras Lenice da Costa Reis (ENSP) e Elizabeth Meloni Vieira (USP) no painel *Qualidade e segurança da atenção ao parto: desafios para a 5ª Meta do Milênio*, realizado no 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2012), é a de que o Brasil, apesar de todos os esforços no campo da saúde materna, não chegará aos índices estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto à mortalidade materna. "Atualmente, o Brasil sofre 68 óbitos de mulheres em cada 100 mil nascidos vivos, e esse número deveria ser reduzido, até 2015, para 35/100 mil, segundo os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM)", explicou Lenice.

As mortes maternas podem ser classificadas como obstétricas diretas ou indiretas. As mortes diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. As mortes indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas circulatórios e respiratórios. (Brasil, 2012)

No Brasil em 2010, as cinco primeiras causas de óbito materno foram: 1. Hipertensão gestacional (RMM:13,8/100milNV); 2. Hemorragia (RMM: 7,9/100milNV); 3. Infecção puerperal (RMM:4,4/100milNV); 4. Doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério (RMM:4,2/100milNV) e 5. Aborto (RMM:3/100milNV). (Brasil, 2012)

Segundo dados do Ministério da Saúde (2012), a mortalidade materna por causas diretas diminuiu 56% desde 1990 até 2007, enquanto aquela por causas indiretas aumentou 33%, de 1990 a 2000, e se manteve estável de 2000 a 2007. O aumento verificado entre 1990 e 2000 foi um reflexo da melhoria nas investigações de óbitos suspeitos de decorrência de causas indiretas. Em 1990, a mortalidade por causas diretas era 9,4 vezes superior à mortalidade por causas indiretas. Esta relação reduziu-se para 3,5 vezes em 2000 e 3,2 vezes em 2007.

Com relação aos óbitos maternos notificados anualmente entre 2009 e Abril de 2012 no país, vemos uma redução de 21% de 2010 para 2011 e também percebemos a diminuição dos números a nível de Nordeste, porém no estado do Rio Grande do Norte (RN) isso não ocorre. Há uma diminuição entre 2009 e 2010, mas em 2011 os números voltam a subir. (Brasil, 2012)

A morte materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. (Carreno, 2012)

Para a pesquisadora da USP, Vieira (2012), cerca de 93% dos casos de mortalidade materna poderiam ser evitados no país. Segundo ela, apesar de o Brasil melhorar a qualidade do atendimento pré-natal, isso não significou redução da mortalidade, pois os dados existentes são imprecisos. “As causas das mortes acontecem entre o terceiro trimestre de gravidez e a primeira semana do pós-parto. Porém, muitas vezes, não podemos saber realmente a

realidade, porque há subinformação na declaração de óbito da mulher ou de enterros em cemitérios clandestinos, o que faz com que não tenhamos as informações corretas sobre o ocorrido”.

Em alguns casos as gestantes conseguem escapar da morte materna, mas não da morbidade materna. Morbidade materna grave ou *near miss* refere-se às mulheres que apresentaram uma complicação grave durante a gestação, o parto ou até 42 dias de puerpério, porém sobreviveram, por sorte ou pelos cuidados prestados. Especialmente nos países em desenvolvimento, o perfil destas mulheres e as causas envolvidas são semelhantes ao daquelas que evoluíram para o óbito materno. (Say et al, 2009)

A busca ativa por informações a respeito dos eventos ocorridos na comunidade, os questionários aplicados a mulheres com morbidade grave, a revisão dos casos de *near miss*, associados a dados de sistemas de informação em saúde, são utilizados para propor medidas na prevenção de futuras ocorrências, resultando na redução dos casos de morte materna. (Souza et al, 2008 e 2010)

De acordo com Cecatti et al (2009), o número de casos da morbidade materna grave é maior que o número de morte materna e, além disso, a mulher que sobrevive é capaz de fornecer informações sobre as dificuldades que enfrentou e as repercussões desse evento a longo prazo. Tais repercussões, incluindo disfunção sexual, depressão após o parto e transtorno de estresse pós-traumático, podem persistir por longos períodos de tempo, afetando a qualidade de vida destas mulheres e resultando em efeitos adversos para elas e seus filhos. O estudo destas repercussões em longo prazo é mais uma proposta da Rede Nacional de Vigilância de Morbidade Materna Grave no Brasil (RNVMMG/Brasil), aumentando as perspectivas de melhoria da qualidade na assistência obstétrica brasileira.

3.3. Políticas Públicas atuais para redução da morbimortalidade materna

As estatísticas sobre a mortalidade materna têm incomodado gestores, profissionais e usuários que diante dos índices ora apresentados, buscam caminhos para melhoria da saúde materna. Algumas ferramentas de gestão de políticas públicas na saúde da mulher vão sendo pensadas e implementadas nesta tentativa.

Atualmente o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha vêm sendo trabalhadas com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna.

No cenário de intervenções em saúde pública voltadas para à saúde da mulher, o PHPN (2000) apresenta-se como uma estratégia singular. Esse ineditismo se materializa por ser uma política que foi planejada para um país em desenvolvimento e por um país em desenvolvimento, em contraste com as demais políticas materno-infantis formuladas por países desenvolvidos, traduzindo assim o seu real intuito (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

O PHPN dispõe-se a realizar o cuidado dentro do proposto na discussão da humanização (BRASIL, 2002). Fundamenta-se no conceito do adequado acompanhamento na atenção obstétrica e neonatal durante o período do pré-natal, parto, nascimento e puerpério. Para isso, as instituições devem ser organizadas para receber adequadamente a mulher, os familiares e o recém-nascido, devendo tanto a instituição como os profissionais estar aptos para isso.

Entretanto, apesar dos avanços na letra dos documentos oficiais, observam-se as inúmeras dificuldades encontradas pela proposta na tentativa de promover mudanças no contexto das práticas cotidianas. Há ainda altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, dificuldade na operacionalização das mudanças nos fazeres diários por questões de ordem econômica, social e estrutural e essas questões se expressam na precária qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2007).

Em 2011, o MS lançou a Rede Cegonha que foi normatizada pela Portaria N° 1.594, de 24 de junho de 2011. Esta estratégia visa à ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança até 24 meses de vida. (Cavalcanti, 2010)

A Rede Cegonha prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e da criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto. (Cavalcanti, 2010)

São objetivos da Rede Cegonha: I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Ela se organiza a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação onde cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde.

Para uma melhor efetivação o MS lança mão de protocolos de atenção á mulher nos diversos níveis. Para um pronto e adequado atendimento às emergências obstétricas o MS no ano de 2000, lança o Guia de Urgências e Emergências Maternas com o objetivo garantir à gestante uma assistência mais efetiva.(Brasil, 2000)

Para uma melhor qualidade no pré-natal, foi elaborado em 2012 o mais novo caderno básico de saúde de pré-natal de baixo risco. Este caderno está inserido no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam apoiar as

equipes de atenção básica (EAB) na qualificação do cuidado e na articulação em rede. Constitui-se em uma ferramenta que, somada à capacidade das equipes e dos gestores, pode contribuir para a contínua melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (AB). (Brasil, 2012)

Para tanto, este Caderno de Atenção Básica (CAB) sobre Pré-Natal aborda desde a organização do processo de trabalho, do serviço de saúde e aspectos do planejamento, além de questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez de risco habitual e de suas possíveis intercorrências, promoção da saúde, gestação em situações especiais, assistência ao parto, até as questões legais relacionadas à gestação, ao parto/nascimento e ao puerpério. (Brasil, 2012)

3.4. Cuidado e Ética: Uma relação intimamente necessária

Atualmente tornou-se comum conviver com uma série de problemas que demonstram a incapacidade dos serviços de saúde de atenderem às necessidades de saúde da população. Para RODRIGUES (2008) a incapacidade dos serviços de saúde de responderem de forma eficaz às demandas por saúde na vida individual e na vida coletiva dos cidadãos brasileiros, pode ser detectado por meio da pouca efetividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Segundo AYRES (2004), as práticas de saúde contemporâneas estão passando por uma importante crise em sua história. Em contraste com seu expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, estas práticas vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações. Recentes propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm se configurado em poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil.

A compreensão de cuidado aqui proposta é a mesma concepção apresentada por Ayres (2004), ou seja, é uma compreensão ampliada, que não se refere ao conjunto de recursos e medidas terapêuticas, tampouco aos procedimentos auxiliares que possibilitam efetivar a aplicação de uma terapêutica, mas o cuidado entendido como um constructo filosófico, com o qual queremos designar, simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, ou seja, uma interação entre dois ou mais sujeitos objetivando o alívio de um sofrimento ou a aquisição de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente direcionados a essa finalidade.

O modelo de atenção hegemônico, vigente, centrado na concepção médico-curativa, tem por finalidade a produção da cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, a tecnificação da assistência e a mecanização dos atos. Já um modelo assistencial *produtor de saúde* deve tomar por base a produção do cuidado, com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade: O grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem. Limitam-se mutuamente e ao mesmo tempo se complementam. Juntos constituem a integralidade da experiência humana, por um lado, ligada à materialidade e, por outro, à espiritualidade. O equívoco consiste em opor uma dimensão à outra e não vê-las como modos-de-ser do único e mesmo ser humano. (Rodrigues, 2008)

Saber cuidar traz questões de Ética, mas não como regras estáticas, já formuladas. Essa nova Ética, conforme Boff (2004), parte de uma nova ótica, onde o ser humano buscará salvaguardar o planeta e “cuidar” de tudo e de todos. Ética essa que só se atingirá com um olhar para si mesmo, construindo uma nova conduta humana nas relações com o meio e com o outro. Mas para haver essa Ética é preciso também haver educação, ou melhor, auto educação.

O cuidado deve ser sentido, vivido e, para que isso ocorra, é necessário que ele seja absorvido e faça parte da vida dos profissionais de saúde. O cuidado humano é baseado no respeito à dignidade, na sensibilidade e na ajuda. Dessa maneira, o cuidado humano deveria constituir-se num imperativo moral, da atitude ética, em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Nesse cuidado existe um compromisso, uma responsabilidade em estar no mundo, ajudando a construir uma sociedade com base em princípios morais. (Waldow, 2005)

Hoje se fala em bioética. Uma ética aplicada entendida como ética da vida que alia o conhecimento científico/técnico às questões humana (Potter, 1971), funcionando, assim, como uma escola de responsabilidade, e esta, ambiciona contribuir para o desenvolvimento controlado das ciências da vida, garantindo o respeito do ser humano e dos valores democráticos essenciais Lenoir (1996). Numa tentativa de assegurar os direitos das pessoas, a bioética traz no seu arcabouço teórico vários modelos epistemológicos que a fundamenta, dos quais o modelo principialista, proposto por Beauchamp e Childress (1979) por muito tempo destacou-se. Este modelo está estruturado em torno de quatro princípios, quais sejam: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

O princípio de respeito à **autonomia** assegura o direito das pessoas de terem pontos de vista próprios, fazer escolhas e tomar atitudes baseadas em valores e crenças pessoais (Bup, 2005). Dentro da saúde, e mais especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), isso é essencial para o andamento das ações e fortalecimento do SUS, uma vez que sem autonomia não há controle social e sem este, a engrenagem saúde perde sua motricidade e passa a representar apenas os interesses de uma elite hegemonicamente dominadora.

O princípio de **não-maleficência** assegura a obrigação de não causar dano intencionalmente. O princípio de **beneficência** implica em agir para o bem do cliente, em todos os níveis da assistência de saúde. Um profissional de saúde tem o compromisso público

de agir sempre para o bem do cliente. E o princípio de **justiça** refere-se à distribuição adequada do ônus e dos benefícios sociais; é o princípio que representa e articula as necessidades da sociedade. No âmbito da saúde, é o direito de todos a receber assistência de saúde. (Bup, 2005)

Direito este garantido pela Constituição de 1988, porém negligenciado a população e principalmente àquela mais pobre que é excluída socioeconomicamente de políticas públicas de qualidade sendo a camada que mais necessita delas.

Para Vieira (2009), esta exclusão quando institucionalizada, e que leva a morte miserável, denomina-se **Mistanásia** que é morte antecipada de uma pessoa, resultante da maldade humana (ativa) ou da má prática médica (passiva ou omissiva). Esta última é o processo de nadificação, (o indivíduo vive, mas não existe) da pessoa, por meio da antecipação da morte ou o prolongamento de dor ou sofrimento desnecessário, devido a negligência, imprudência ou imperícia no atendimento médico. Seria, portanto, a inacessibilidade do indivíduo ao tratamento necessário à preservação de sua saúde, ou acessibilidade precária, carente de condições adequadas para o correto tratamento.

A falta de integralidade entre os hospitais e os serviços de assistência pré-natal, impedindo que o processo reprodutivo seja visto em sua totalidade, favorece a descontinuidade da assistência à saúde do binômio mãe e filho, culminando com maior risco de morte da mulher e da criança. (Costa, 2009) Esse aspecto é reforçado por Melleiro et al (2004) quando discute que a falta de integração entre os serviços de saúde, além de acarretar uma ruptura das ações iniciadas na UBS, durante o pré-natal, torna a procura pelo hospital, por ocasião do parto, fonte de ansiedade e risco, com repercussões negativas para o processo de nascimento.

Segundo Pessini (2004), quando se usa a medicina para maltratar o paciente, a gravidade é mais complexa ainda por violar um relacionamento especial de confiança e de

vulnerabilidade estabelecido entre a pessoa doente e o profissional da saúde. Para ele, neste mundo, viver não é ainda desfrutar a vida plenamente, mas constantemente lutar contra a morte numa sobrevivência sofrida em que o fim (a morte) está muito perto do início (nascimento).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de pesquisa

Uma pesquisa científica pode ser classificada quanto à sua natureza, às formas de abordagem aos objetivos e quanto aos procedimentos técnicos. (Gil, 2008) Este estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa de caráter exploratório descritivo.

A pesquisa qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2004).

Para Queiroz (1992), a pesquisa exploratória tem como objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere. Pressupõe-se que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre. Também descritiva, já que possui objetivos bem definidos com procedimentos formais estruturados e dirigidos para solução de problemas ou avaliação de alternativas de cursos de ação. E tem por finalidade descrever características de certos grupos, estimar a proporção de pessoas de um grupo propensa a agir de determinado modo. (SELLTIZ et al, 1987)

Isto se aplica ao objeto de estudo desta pesquisa, gestantes do município de Mossoró, conhecendo a realidade dos serviços de saúde ofertados a esta clientela, sua inserção nestes serviços e sugerindo soluções para os problemas encontrados.

4.2. Instrumentos de coleta de informações

Este estudo seguiu as diretrizes da resolução 196/96 que norteia a realização de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Para tanto, seu projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL-UFRN, anteriormente ao processo de coleta e análise de informações.

Para a realização da pesquisa, foi solicitada a prévia permissão junto a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Mossoró/RN, a Maternidade Almeida Castro e ao Hospital da Mulher pateira Maria Corrêa , para os quais foram encaminhados o presente estudo em forma inicial de pré-projeto de pesquisa, anexando-o uma carta de anuência solicitando-lhe autorização.

Utilizamos como instrumento para coleta de informações a entrevista semi-estruturada (ver anexos B, C e D). A entrevista é “uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica” (MARCONI E LAKATOS, 2007, p.224) possibilitando uma visão ampla da realidade que se quer investigar, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. (MINAYO, 2007)

Agendamos as entrevistas individualmente com os sujeitos da pesquisa de acordo com sua disponibilidade. No ato da aplicação desse instrumento de coleta explicamos os objetivos da pesquisa, apresentamos o roteiro norteador das entrevista e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver anexo A) e solicitamos a assinatura de duas vias do documento, uma foi arquivada pelo pesquisador e a outra foi entregue ao entrevistado. Nesse processo enfatizamos a garantia do sigilo e anonimato das informações cedidas.

4.3. Instrumento de análise das informações coletadas

Para análise das entrevistas semi-estruturadas, utilizou-se a Técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2010), definida como um conjunto de técnicas de análise das

comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo as mensagens em três fases: Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A fase de pré-análise consistiu na organização propriamente dita, momento em que se organizou o material, escolheram-se os documentos a serem analisados, formularam-se hipóteses ou questões norteadoras.

No caso das entrevistas, estas foram devidamente transcritas e sua reunião constituiu o corpus da pesquisa. Procedeu-se à preparação do material, a qual se fez pela "edição" das entrevistas transcritas. Pode-se organizar esse material em colunas, para anotar e marcar semelhanças e contrastes, fazendo uso de lápis colorido, para sublinhar as semelhanças com a mesma cor. Naturalmente, estes procedimentos dependem dos interesses do pesquisador e dos objetivos que o levam a realizar a pesquisa (BARDIN, 2010).

A fase de Exploração do material foi a etapa seguinte, considerada a mais longa e cansativa. É o momento da codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2010). A codificação compreendeu a escolha de unidades de registro, a seleção de regras de contagem e a escolha de categorias. Unidade de registro (UR) é a unidade de significação a codificar, a qual pode ser o tema, palavra ou frase. A frequência com que aparece uma UR denota-lhe importância.

Os resultados foram discutidos com a literatura referente à temática. Para garantir o anonimato dos entrevistados, médicos da ESF foram codificados com as letras _MAP e enfermeiros com as letras EAP, já os médicos da maternidade foram codificados com as letras MMT e nos enfermeiros com as letras EMT conforme a ordem em que foram entrevistados. Também codificamos as maternidades, uma vez que possuem realidades bem diferentes, onde a Maternidade Almeida Castro foi codificada com a letra A e o Hospital da Mulher com a letra B. Já as mulheres foram codificadas com as letras GAR.

A etapa seguinte consistiu na categorização. Categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns. Por último, procedeu-se ao Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

4.4. Campo de Estudo

A pesquisa foi realizada no município de Mossoró, localizado no estado do Rio Grande do Norte – Nordeste do Brasil, o qual possui uma população absoluta de 259.815 habitantes, segundo o IBGE em 2010. Destes, 89.321 são Mulheres em Idade Fértil (MIF). Possui uma rede de saúde bastante ampla e diversificada. No que diz respeito à saúde da mulher, tem como maior oferta no atendimento as Unidades Básicas de Saúde (UBS), porta de entrada do sistema público de saúde. 43 UBS, na grande maioria das vezes, diagnosticam a gravidez, cadastram a gestante no SISPRENATAL, acompanham o pré-natal e referenciam a grávida para o restante da rede de atenção à gestante do município, quando necessário. Esta rede possui um Ambulatório Materno Infantil (AMI), duas maternidades de referência – Maternidade Almeida Castro (MAC) e Hospital da Mulher (HM), um banco de leite, três Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), um Laboratório Regional (LAREN), um Centro Clínico do Bom Jardim (CCVJ) com algumas especialidades médicas e exames laboratoriais e complementares, um Hospital da Polícia (HP) que atende obstetrícia dos militares e seus familiares e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A pesquisa foi realizada em quatro (04) UBS onde profissionais enfermeiros e médicos realizam pré-natal e nas duas maternidades da cidade (Maternidade Almeida Castro e Hospital da Mulher).

Cada UBS, campo da pesquisa, conta com duas equipes de ESF, onde cada equipe possui um enfermeiro, um dentista, um médico, um auxiliar de consultório dentário e um

técnico de enfermagem. Além desses, ainda compõem as equipes os ACS que tem um número diferente por equipe, de acordo com quantitativo de famílias da área de abrangência de cada UBS, algumas com 11, 13 e 15.

Em relação as maternidades iremos caracterizá-las individualmente por apresentarem realidades bem diferentes uma da outra.

A maternidade mais antiga da cidade, em funcionamento é a Maternidade Almeida Castro (MAC), que faz parte do complexo APAMIM, que há 69 anos atende a população de Mossoró e de cidades circunvizinhas. Hoje atende a demanda de obstetrícia de baixo risco e conta com duas salas de parto normal, uma sala de PPP, duas salas para procedimentos cirúrgicos em obstetrícia, sala de cuidados de RN, sala de recuperação anestésica, pré-parto, sala de examinar gestantes, posto de enfermagem, UCIN, UTIN, UCINCA,UTI, alojamento conjunto com aproximadamente 70 leitos , que se relacionam ao atendimento direto em obstetrícia. Tem como equipe de plantão para este tipo de atendimento: 4 enfermeiros, 2 obstetras, 1 médico intensivista, 16 técnicos de enfermagem, 1 anestesiolgista, 1 pediatra e 1 pediatra neonatologista.

O Hospital da Mulher de Mossoró Parteira Maria Corrêa funciona há pouca mais de 2 anos, antes era administrado por uma empresa terceirizada, hoje é administrado pelo Governo do Estado do RNs e presta serviço a população de Mossoró e região em obstetrícia de alto risco e restringe-se somente a este tipo de atendimento. Tem em sua estrutura física: sala de acolhimento, recepção, laboratório de análises clínicas, CME, UTI, UCIN, UTIN, UCINCA, duas salas para procedimentos cirúrgicos, duas PPP, alojamento conjunto com aproximadamente 30 leitos. Tem como equipe de plantão para atendimento: 7 enfermeiros, 3 obstetras, 22 técnicos de enfermagem, 1 anestesiolgista, 1 pediatra e 1 pediatra neonatologista, 1 bioquímico, 1 farmacêutico, um médico intensivista, 1 psicólogo e 1 assistente social.

4.5. Sujeitos da Pesquisa

A população do presente estudo é composta por médicos e enfermeiros da APS e das maternidades que atuavam diretamente no cuidado à gestante, no pré-natal ou no centro obstétrico e que aceitaram participar. Também foram sujeitos desta pesquisa gestantes de alto risco que foram internadas em UTI, que se encontravam nos territórios das UBS, que foram campo de pesquisa e que aceitaram participar da pesquisa.

A amostra foi de 04 médicos e 04 enfermeiros das UBS e 04 médicos e 04 enfermeiros divididos entre as duas maternidades e teve como critérios de inclusão para os profissionais das UBS estar inseridos na ESF, realizar pré-natal há pelos menos um ano na ESF e estar no exercício de suas funções e com relação aos profissionais da maternidade, ser funcionário desta instituição, prestar assistência de urgência e emergência à gestante e estar no exercício de suas funções. E o critério de exclusão foi exercer funções administrativas e/ou não prestar assistência à gestante.

Diferentemente dos estudos quantitativos, a definição de amostragem em pesquisas de abordagem qualitativas não obedece a uma definição matemática que garanta a representatividade da amostra diante da população. Isto é desnecessário já que a preocupação maior não está nesta representatividade, mas na necessidade da amostra espelhar certas dimensões de um contexto em contínua construção. Portanto as amostras qualitativas são, geralmente, menores do que nos estudos quantitativos. Nessa perspectiva, adotamos o método de definição amostral por saturação teórica de informações.

A técnica consiste em interromper a coleta de informações quando, gradativamente não há acréscimo significativo do conteúdo apreendido, ou seja, quando a continuidade da

coleta de informações traz, majoritariamente, repetições daquilo que já foi identificado em momentos anteriores. (Fontanella, Ricas, Turato, 2008)

A partir das primeiras aproximações com as informações coletadas, as categorias de análise foram construídas processualmente como suporte para o diagnóstico da saturação das informações.

Diante disto, a amostra de profissionais entrevistados foi de 16 sujeitos e a amostra de mulheres foi de 04, de acordo com os critérios de saturação enunciados acima e obedecendo aos critérios de inclusão.

Dos 16 profissionais entrevistados tivemos 8 médicos e 8 enfermeiros. Quanto à distribuição de gêneros tivemos uma amostra composta por 2 homens e 14 mulheres. Foi identificado que os profissionais entrevistados tinham um tempo médio de atuação na ESF de 4 anos, e na maternidade de 8 anos, ou seja, o serviço conta com uma experiência profissional no atendimento à gestante.

Em relação às mulheres a amostra foi de 4 mulheres entrevistadas. Todas com ocupação de dona de casa, 3 residem em casa de aluguel e uma em casa própria. Em relação a renda familiar, tivemos uma média de 1 salário mínimo. Quanto a escolaridade 3 delas não terminaram o ensino médio e 1 tem ensino médio completo. Com relação aos aspectos reprodutivos, apenas 1 das mulheres entrevistadas engravidou apenas uma vez, enquanto a média de gestações ficou em 4 com 2 partos vaginais, 8 cesáreas e 5 abortos.

No próximo item iniciamos a discussão sobre as categorias e subcategorias identificadas a partir das observações e discursos dos profissionais e das mulheres entrevistados durante a coleta de informação. Discutimos inicialmente a realidade da atenção à gestante no município de Mossoró, desde o pré-natal à maternidade. Num segundo momento trazemos os fatores que têm contribuído com a morbimortalidade materna, de acordo com as falas dos entrevistados, as sugestões para melhoria deste cenário e como os profissionais da saúde lidam com os casos evitáveis de morbimortalidade materna.

Posteriormente abordamos a vivência das mulheres que tiveram gestação de alto risco e foram internadas em UTI, o que ocorreu com essas mulheres e como vivenciaram o medo da morte.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, buscamos apreender os dados do coeficiente de mortalidade materna do município de Mossoró, correspondente ao terceiro objetivo específico desta pesquisa, tivemos acesso apenas aos números da página do DATASUS, ou seja aqueles com casos encerrados por investigação. Entendemos que esses números não refletem a realidade da mortalidade materna do município, pois os casos em aberto que ainda estão sob investigação não estão aí contabilizados.

Conforme consta na página do DATASUS Mossoró teve nos anos de 2011, 2012 e 2013 respectivamente 6, 3 e 0 mortes obstétricas diretas na gravidez, parto e puerpério.

Esta discrepância entre os dados divulgados e os reais é também discutida por Gomes et al (2006), mostrando que um dos desafios para a redução da mortalidade materna é conhecer sua real magnitude, mascarada pelos elevados níveis de sub-registro de óbitos e/ou subinformação das causas de morte, principalmente nos países em desenvolvimento, onde acontecem cerca de três quartos dos nascimentos mundiais. Nesse contexto, os eventos vitais (nascimento e morte) não possuem registros confiáveis na maior parte do território brasileiro, apesar do fornecimento gratuito de suas respectivas declarações.

Para Laurenti (2000) a subnotificação da causa de óbito é frequentemente identificada nas declarações e informações de óbitos. Nos casos de óbitos maternos, a subnotificação ocorre mesmo que haja indícios de que as mortes sejam decorrentes do ciclo grávido-puerperal. Este tipo de ocorrência caracteriza a morte materna mascarada, que é definida como a morte cuja causa básica do óbito relaciona-se ao ciclo gravídico-puerperal, porém não consta na declaração de óbito por falhas no preenchimento (Brasil, 2002).

Além de toda a dificuldade de termos dados reais e confiáveis sobre morbimortalidade materna, ainda presenciamos a dificuldade de termos acesso aos dados do município de Mossoró diretamente no departamento de vigilância à saúde. Por várias vezes enviamos ofício da secretaria deste mestrado solicitando os dados, fomos por várias vezes a aquele órgão, porém em todas elas tivemos negado o direito à informação em saúde que toda cidadão tem garantido por lei.

Desta forma, os dados que tivemos acesso anteriormente contidos no então ainda projeto de pesquisa, foram obtidos por intermédio dos profissionais que trabalham na vigilância ao óbito materno, e não oficialmente pela direção daquele órgão e são os dados mais atuais que temos embora incompletos.

Dados da Vigilância à Saúde (VS), obtidos pelo Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, do município, mostram que entre 2008 e o mês de Setembro de 2012, os óbitos de MIF residentes em Mossoró que se relacionam com gravidez, parto e puerpério foram 16. Com relação aos coeficientes, Mossoró possui um Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) em 2012 de 107,68 o que significa dizer que Mossoró possui um CMM de aproximadamente 50% acima do CMM nacional.

No Brasil, não é conhecida a real magnitude do problema, mas estima-se em 5.000 as mortes anuais por causas maternas, cujos coeficientes (CMM) variam largamente entre as diversas cidades e Estados. O CMM brasileiro é de 72/100.000 nascidos vivos (nv), porém, corrigido, eleva-se para 141,8 devido, principalmente, à subinformação nas declarações de óbito. Assim, esse número estimado varia de 120 a 150/ 100.000 nv é assustador quando comparado aos dos países desenvolvidos. No Canadá, é de 3/100.000 nv, em Cuba 7/100.000 nv, nos Estados Unidos 10/100.000 nv e na Argentina 50/100.000 nv.

5.1. CATEGORIA 1 : A atenção à gestante no município de Mossoró/RN

Esta categoria trata, especificamente, da percepção dos profissionais de saúde tanto pré-natalistas como de urgência obstétrica, quanto à atenção à saúde da mulher grávida na cidade de Mossoró. Obter essa percepção foi necessário para que posteriormente, em outra categoria, fosse discutida a mortalidade materna levando em consideração a realidade local.

Ao longo das falas dos 16 profissionais entrevistados, norteadas pelo roteiro de entrevistas semiestruturadas, foram feitas 176 referências que suscitaram unidades de significado em torno das concepções da atenção à gestante. Essas 176 referências foram agrupadas pela sua relação semântica em três subcategorias, quais sejam: A percepção dos profissionais da saúde de Mossoró/RN quanto à atenção pré-natal na Estratégia de Saúde da Família, relatada em 76 falas dos entrevistados; a percepção dos profissionais da saúde de Mossoró/RN quanto à garantia do acesso ao pré-natal de alto risco, mencionada em 40 trechos das entrevistas; e a percepção dos profissionais da saúde de Mossoró/RN quanto à atenção prestada pelas maternidades de Mossoró/RN evidenciada em 60 momentos nas entrevistas.

Logo abaixo discutiremos cada uma das subcategorias referentes à atenção à gestante no município de Mossoró/RN, conforme fala dos entrevistados.

5.1.1. A percepção dos profissionais da saúde de Mossoró/RN quanto à atenção pré-natal na Estratégia de Saúde da Família.

A assistência pré-natal tem apresentado importantes diferenciais em numerosos aspectos, que vão do acesso, ao número de consultas, passando por seus conteúdos, periodicidade e profissionais de saúde envolvidos em sua realização.

Apesar da ampliação na cobertura do pré-natal, a análise dos dados disponíveis demonstra comprometimento da qualidade dessa atenção. Isso pode ser evidenciado pela incidência de sífilis congênita, pelo fato de a hipertensão arterial ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil, e, também, porque somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) conseguem realizar o elenco mínimo de ações preconizadas pelo Programa SISPRENATAL (Brasil, 2005).

A fala a seguir de um dos profissionais entrevistados traz esta temática:

Vemos que ainda é muito distante do que deveria ser. Precisa melhorar muito! (EAP4)

A qualidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério tem papel importante na prevenção da morte materna. Para evitá-las, é essencial a atuação de uma equipe habilitada, que reconheça as complicações de cada fase do ciclo gravídico puerperal e o momento adequado das intervenções (Viana et al 2011). A importância do pré-natal acompanhado por uma equipe, médico e enfermeiro, principalmente, está bem clara nos manuais do Ministério da Saúde sobre pré-natal de baixo risco quando traz as competências do enfermeiro, realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a), e do médico, realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) enfermeiro(a) (Brasil, 2012). Durante o pré-natal há necessidade das competências desses dois profissionais, porém em Mossoró isso quase não acontece, conforme relatos a seguir:

A gestante fica sendo acompanhada somente pelo enfermeiro da ESF, uma vez que o médico da equipe não faz pré-natal. (EAP2)

Na atenção primária o pré-natal é realizado apenas por enfermeiro. (EAP4)

No município a grande maioria do pré-natal é realizada pelo enfermeiro, o médico não faz. (MAP1)

Outro fator que prejudica o pré-natal é o fato de que na sua grande maioria é realizado somente por enfermeiro. (MAP2)

As falas refletem a realidade do acompanhamento pré-natal da ESF em Mossoró que diverge do preconizado pelo M.S., e isso traz consequências para a saúde da gestante e de seu conceito, uma vez que a atenção que deve ser prestada pelo enfermeiro à gestante, vem sendo realizada, mas ela não é suficiente. A necessidade do atendimento médico à gestante na ESF é indiscutível, pois tem competências diferentes do enfermeiro no seu processo de trabalho, porém tem sido negligenciado.

O pré-natal de baixo risco pode e deve ser realizado na Atenção Primária o que amplia o acesso a gestante, facilitada pela aproximação de seu domicílio e pela formação de vínculo. A maioria das gestantes que faz pré-natal o faz na Atenção Primária com a ESF, onde para Aguiar (2011) as ações de saúde precisam estar voltadas para cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal. Tudo isso apenas para o profissional enfermeiro tem o sobrecarregado de atendimentos e, conseqüentemente, de responsabilidades, uma vez que, além de estar sozinho no pré-natal, há uma grande quantidade de famílias e pessoas na área de abrangência da equipe bem acima do que é preconizado pela PNAB, conforme citado a seguir:

A grande demanda da população para atendimento na UBS. As ESF estão com número de família muito além do que deveria e do que estabelece o MS o que dificulta o atendimento de qualidade. (MAP2)

A alta demanda das equipes de ESF com número acima do estabelecido pela PNAB, dificulta o atendimento com qualidade. (EAP2)

...há grande demanda de gestantes e o enfermeiro sozinho não consegue oferecer atenção de qualidade.(MAP2)

Além da alta demanda os profissionais relatam que os baixos salários, a falta do trabalho em equipe e grande carga de trabalho tem desestimulado e afastado profissionais da ESF. Veja os relatos:

Os salários defasados afastam os bons profissionais da Atenção Básica. (EAP2)

A ESF além da sua alta demanda dificultando o atendimento, os salários defasados desmotivam os profissionais. (EAP1)

Outro fator que tem dificultado a realização do pré-natal de qualidade é a dificuldade para realizar exames solicitados durante as consultas, e que os resultados demoram muito para chegar ou simplesmente nunca chegam. Conforme Serruya et al (2005), a avaliação preliminar dos dados gerados nos dois primeiros anos de implantação do Programa SISPRENATAL, mostrou que apenas uma pequena parcela das gestantes cadastradas cumpriu integralmente os critérios estabelecidos em seus objetivos, sendo que a maioria apresentou assistência desarticulada e parcial. Apenas 25% conseguiram o número de seis consultas ou mais, chamando atenção para as dificuldades em realizar os exames laboratoriais. Isso tem contribuído com o agravamento do estado de saúde da gestante, uma vez que o diagnóstico precoce de patologias neste período pode significar a saúde e/ou vida dela e de seu concepto. Esta dificuldade é relatada por todos os profissionais entrevistados. A seguir alguns depoimentos:

A gestante tem dificuldades para realizá-los, uma vez que há apenas um laboratório de análises clínicas do município, o que centraliza os exames e dificulta o acesso para marcar, realizar coleta e receber resultados e ainda é pior porque sempre fica faltando alguns exames, por falta de material, e a gestante precisa se deslocar mais vezes ao laboratório pagando transporte. (EAP2)

Outra lacuna é o laboratório de análises clínicas do município que ora faz, ora não faz e a gestante precisa de várias viagens se quiser fazer os exames. Para isso, chega a gastar, de transporte, uma média de R\$ 100,00 no primeiro trimestre e R\$ 100,00 no terceiro trimestre se não houver necessidades de outros exames. (EAP1)

Outra problemática que tem dificultado a atenção pré-natal de qualidade é a quase ausência da política de educação permanente no município volta para saúde da gestante. A política é garantida pelo Governo Federal com verba para execução pelo município e estado. Há consenso entre os profissionais entrevistados da necessidade da efetivação de educação

permanente na busca de melhor qualificação profissional. Como exemplos, temos as seguintes falas:

Não existe educação continuada, isso parte individualmente de cada profissional, deixando a cargo dele ter ou não qualidade na assistência. (EAP1)

Falta pôr em prática a política de educação permanente. (EAP4)

Falta Educação e Saúde – educação permanente. Nós fomos convocados do concurso público e jogados nos diversos setores sem nenhuma capacitação. Cada um acaba procurando o saber por si só. (EMT2B)

A situação relatada acima traz vários riscos para os trabalhadores e usuários. De um lado profissionais que deveriam participar de capacitações, cursos de aperfeiçoamento de suas práticas não tem estes ofertados e tem que trabalhar cumprindo metas sem o devido preparo. Por outro, o usuário, gestante, que ao se dirigir a um profissional de saúde tem a certeza de estar diante de um profissional competente que vai, pelo saber que tem, atendê-lo com a melhor qualidade possível, porém sofrem as consequências do seu mau preparo. Os relatos a seguir mostram a preocupação dos profissionais com este assunto:

...os médicos das equipes de ESF não sabem fazer pré-natal e nem buscam aprender. (MMT1)

Nas UBS os médicos não são capacitados para realizar pré-natal. Infelizmente o município contrata médicos simplesmente por serem médicos sem se importar com a qualidade destes e muito menos cobra deles a realização pré-natal e nem oferece educação em saúde - continuada. (MAP1)

Há também o outro lado da história, quando profissionais, em sua grande maioria médicos, são convocados para momentos de educação permanente, simplesmente não comparecem lá e nem no local de trabalho, na ESF. Esta situação é preocupante e precisa ser revista, principalmente em relação à atenção à gestante, pois traz riscos a saúde dela e de seu concepto. Profissionais que não fazem pré-natal por não terem conhecimento suficiente e os

que fazem sem qualidade estão perdendo oportunidade de adquirir conhecimentos novos e atualizar os já existentes, como, também, desperdiçando recursos públicos. A gestão do município precisa resolver este problema. A fala a seguir é bem clara com relação a isso:

Também os médicos da ESF precisam ser cobrados de seus deveres, participar das capacitações e não tirar o dia de folga como ocorre ou deixar de ir as capacitações, dentro de seu horário de trabalho para atender em seu consultório particular. (MAP1)

Um dos instrumentos utilizados na assistência pré-natal é o cartão da gestante, entretanto, para a eficácia de seu uso, o registro de todas as avaliações de forma abrangente e racional é importante por facilitar a comunicação de informações no período do parto. Para tanto, o cartão de pré-natal deve ser usado como instrumento de registro que deverá permanecer sempre com a gestante (Brasil 2000). No relato dos entrevistados fica clara a importância deste instrumento para uma continuidade da atenção e maior agilidade no atendimento de urgência:

Muitas vezes a gestante não sabe falar sobre seu pré-natal, mas o cartão preenchido pela ESF que a acompanha traz bastante informação e nos dá maior segurança. São dados extremamente importantes. (MMT1B)

São informações para todos os profissionais de saúde que atendem a gestante. Quando o cartão é bem preenchido, nós na maternidade alcançamos uma resolutividade bem melhor. (MMT1A)

Muitas vezes quando nós recebemos a gestante com cartão mal preenchido há dificuldade para um diagnóstico correto. (MMT2A)

Outro elemento envolvido nesta discussão é a dificuldade que os profissionais têm para referenciar a gestante dentro da rede de saúde no município. Para facilitar e melhorar o acesso da gestante aos diversos serviços de saúde necessários a ela, o Ministério da Saúde lança em 2011 a Rede Cegonha trazendo um componente relativo ao pré-natal, entre outros. No entanto, a dificuldade de operacionalização da rede cegonha é percebida e relatada pelos

profissionais bem como a dificuldade de referenciar a gestante dentro da rede de saúde, conforme ilustram as falas abaixo:

Tudo deveria ser garantido pela Rede Cegonha que até agora não saiu do papel. Se o básico não é garantido o que dirá do restante. (MAP4)

Há dificuldades quanto a exames laboratoriais e complementares (urocultura, cultura de secreção vaginal, USG com doppler) e algumas especialidades médicas (neurologista, endocrinologista, dermatologista e angiologista) que não há vagas ou há uma morosidade em se conseguir vaga e muitas vezes a gestante pare e não conseguem marcar a consulta pela rede.(EAP2)

Principalmente para o pré-natal de alto risco que não tem vagas e também para algumas especialidades médicas e muitas vezes finda-se a gestação e a gestante não consegue marcar a consulta que precisava. Também há dificuldades de referenciar para a maternidade que dependendo do obstetra de plantão a gestante só é recebida se tiver para parir, sangrando ou convulsionando. (MAP3)

Entendemos que a dificuldade de referenciar a gestante dentro da rede de atenção existente no município, contribui com o atraso da identificação das situações de complicações na gestação e a tomada de decisões de resolução delas. Daí a necessidade da rede de atenção à saúde funcionando a contento, sem interrupções ou dificuldades, para que os profissionais da ESF possam realizar o pré-natal de baixo-risco, tendo a garantia de que ao necessitar de outro tipo de atendimento para a gestante, o terão sem dificuldades. De outra forma, vão estar sozinhos diante de situações que envolvem riscos a gestante e/ou feto que não é de sua competência resolver.

Portanto, mesmo com várias legislações do governo federal para melhoria da qualidade pré-natal, ainda estamos longe de oferta-la. Precisamos de gestores, profissionais e cidadãos com mais compromisso e responsabilidade onde o cuidado preencha todos os espaços, cuidado entendido como atitude, que abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. “Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro [...]”. (Boff, 2004, p. 33)

5.1.2. A percepção dos profissionais da saúde de Mossoró/RN quanto à garantia do acesso ao pré-natal de alto risco.

As percepções encontradas na subcategoria anterior servem para esta, onde serão complementadas e aprofundadas por outros aspectos levantados pelos entrevistados.

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. Para o M.S. a ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido. Todos os profissionais que prestam assistência a gestantes devem estar atentos à existência desses fatores de riscos, sendo capazes de avaliá-los dinamicamente, de maneira a determinar o momento em que a gestante necessitará de assistência especializada ou de interconsultas com outros profissionais (Brasil 2010). Para os entrevistados, a necessidade do pré-natal de alto risco realizado em outro nível de atenção é clara sempre que os requisitos do M. S. forem encontrados:

Precisam encaminhar ao pré-natal de alto risco quando necessário.
(MMT1A)

Encaminhamos ao pré-natal de alto risco sempre que necessário.
(EAP2)

Para Souza (2011), quando se analisa a população de mulheres que apresenta complicações relacionadas à gestação, observa-se que uma significativa parcela dessa população sofre demoras na sua assistência, seja em relação à detecção precoce das complicações no uso de intervenções apropriadas, ou no processo de coordenação entre as unidades do sistema de saúde.

Isso se evidencia, nos trechos abaixo, no relato dos profissionais da atenção primária quando interrogados sobre as dificuldades de referenciar a gestante dentro da rede de atenção no município:

O pré-natal de alto risco é um nó, não tem vagas. E quando tem demora-se dois meses para a gestante ser atendida. (EAP3)

A principal dificuldade é referenciar ao pré-natal de alto risco, pois não há vagas, ... muitas vezes finda-se a gestação e a gestante não consegue marcar a consulta que precisava. (MAP3)

Os profissionais ainda relatam outro problema dentro desta mesma temática. A diferença entre os critérios de inclusão para gestação de alto risco do M.S. em relação aos critérios do próprio município:

A referência com o pré-natal de alto risco é bem difícil, uma vez que eles criaram seus próprios critérios de classificação, diferentes do que estabelece o Ministério da Saúde e nós ficamos a mercê deles, do que eles querem atender. (EAP1)

Existem várias dificuldades, mas a principal é em relação ao pré-natal de alto risco que possui critérios próprios que diferenciam dos critérios do Ministério da Saúde, dificultando o atendimento. Já fazem isso para reduzir o número de gestantes por eles atendidas, pois as vagas são poucas. (EAP4)

Tanto a falta de vagas como a criação de critérios próprios no pré-natal de alto risco, dificulta o acesso da gestante a esse serviço tão essencial quando necessário. Isso contribui para desarticulação da rede de atenção, uma vez que os profissionais da APS ficam muitas vezes diante das complicações das gestantes, por eles atendidas, sem ter competência para resolverem sozinhos os problemas que deveriam ser resolvidos conjuntamente com um especialista, conforme consta nas portarias do M.S., como a PNAB e a PHPN por exemplo.

A necessidade de interligar serviços, segundo os autores, tem o objetivo de melhorar sua eficiência e diminuir os custos, permitindo a expansão dos serviços e do acesso, além de interligar as políticas Inter setoriais com vistas à obtenção de ganhos na qualidade, economicidade e atingimento de seus fins (Giovanella, 2006; Mendes, 2007).

Para uma das entrevistadas, ter a rede de atenção à saúde da mulher funcionando bem, seria uma garantia da retaguarda para o pré-natal da APS ao detectar complicações na gestação e deixaria a equipe mais tranquila, pois a referência estaria garantida:

A descontinuidade das redes de atenção à saúde nos deixa temerosos e sozinhos diante de problemas sérios que envolvem a vida da mãe e do bebê. Gostaria que a rede funcionasse e nós tivéssemos a referência garantida. Isso nos deixaria mais seguros e tranquilos.(EAP1)

Conforme consta no Caderno de Atenção Básica de Pré-natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), a atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária.

A situação ainda piora ao lembrarmos que na APS de Mossoró, o pré-natal é realizado, em sua grande maioria, apenas pelo enfermeiro, que sozinho não dará conta das necessidades de saúde das gestantes de baixo-risco e mais ainda das de alto risco, sem acesso ao nível de referência por falta de vagas ou por que a gestante não preenche os critérios de inclusão da instituição. Mas nem por isso deixa de ser gestante de alto risco e necessitar dos cuidados necessários.

O trecho, destacado abaixo, de uma das entrevistas mostra a falta de um entrosamento entre profissionais, de um trabalho em equipe para um cuidado integral:

Eles (obstetras de alto risco) dificultam receber a gestante que vai encaminhada da ESF porque não foi obstetra, colega deles, que encaminhou. Acham sempre que o médico da ESF está exagerando e que não tem necessidade de encaminhá-la até lá. (MAP2)

Segundo Tanaka (1995) as dificuldades para o acompanhamento pré-natal podem ser amenizadas quando, além de boas condições de trabalho, a rede de média e alta complexidade do sistema de saúde é operante e integrada à atenção básica, podendo assim melhorar consideravelmente o acesso da gestante e a resolutividade dos serviços.

Não há dúvidas que é necessária articulação da atenção básica e os demais níveis de atenção de forma integrada, porém isso passa também pela qualificação dos profissionais da rede que precisam primeiramente compreender esta rede, para atuar de forma consciente e

com qualidade. Estamos de acordo com Brasil (2012) quando diz que em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, a qualificação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado, ao acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno, bem como à integração da Atenção Básica (AB) com a rede, voltada para o cuidado materno-infantil.

5.1.3. A percepção dos profissionais da saúde de Mossoró/RN quanto à atenção prestada pelas maternidades de Mossoró/RN.

Postula-se que a melhor assistência é aquela que consegue uma mulher e um bebê saudáveis, sem ou com o mínimo possível de intervenção, fazendo-se o possível para facilitar ao invés de atrapalhar a fisiologia do parto e do nascimento (OMS, 1996).

As falas dos entrevistados, a seguir, mostram que a realidade da atenção a gestante, prestada pelos dois serviços de maternidade da cidade, ainda deixa muito a desejar e precisa melhorar muito:

É uma atenção deficiente, falha, que precisa melhorar muito e logo.
(MAP2)

Tanto pelo relato das gestantes como pelas vezes que precisamos referenciar as gestantes ao serviço das maternidades, o que vemos ainda é um serviço insuficiente e de má qualidade... é ainda, ao meu ver, longe do que deveria ser. Deixa a desejar. (EAP2)

O atendimento à gestante realizado pelos hospitais obstétricos precisa funcionar de forma a dar continuidade à atenção iniciada pela APS durante o pré-natal. E para garantir a integralidade da atenção, estes níveis precisam estar articulados de forma a acolher a gestante em todas as suas necessidades.

Os relatos a seguir mostram a desarticulação entre a atenção prestada à gestante no pré-natal e a atenção prestada pelas maternidades de Mossoró, dificultando uma atenção de qualidade e trazendo riscos ao binômio mãe e filho:

Infelizmente essa atenção que deveria ter continuidade, pela integralidade da atenção, torna-se estanque em cada nível. É como se

ela não tivesse recebido atenção alguma no pré-natal. O pré-natal é desconsiderado, é subvalorizado, é tido apenas como um título que ela precisa ter, porém é desprezado por inteiro principalmente se não foi realizado por médico obstetra. É como se atenção básica não tivesse competência para realizar o pré-natal de qualidade. Não há referência e contra referência. (MAP3)

Apenas nós na maternidade usamos as informações do cartão da gestante e eles da APS enviam as pacientes para nós. Não há diálogo ou sequer o mínimo de comunicação entre os profissionais dos níveis. (MMT2B)

Para garantir uma melhor atenção à gestante, essa articulação precisa ser real e sólida. Numa tentativa de fazê-la acontecer os profissionais entrevistados apontam algumas sugestões:

Referência e contra referência, protocolos de atendimento para os três níveis de atenção à gestante construídos conjuntamente, central de Regulação, capacitações conjuntas, equipe mista dos três níveis para planejar e avaliar, mesmos profissionais atuando em pelo menos dois níveis de atenção o que facilita a comunicação e a aproximação. (MAP3)

Preencher o cartão de pré-natal na UBS, a maternidade dar mais importância às informações contidas no cartão de pré-natal, fazer encaminhamento da UBS para maternidade por escrito, resumo de alta da maternidade, referência e contra referência.(MAP1)

A cidade de Mossoró conta com o serviço de duas maternidades que têm realidades bem diferentes de acordo com os relatos a seguir:

Temos duas realidades bem diferentes. Uma funciona em um hospital filantrópico há décadas e permaneceu sendo a única da cidade por vários anos. Nela as condições de trabalho, material, estrutura física e pessoal são ruins. As gestantes sempre relatam a falta de medicamentos, lençol, camisolas, profissionais e o descaso na assistência. Lá não tem um protocolo de atenção, atendem conforme conduta própria, do jeito que acham melhor e isso traz muitos problemas de saúde e de vida para mãe e filho, chega a ser sorte ou

azar, benção ou maldição de acordo com quem estiver no plantão. A outra realidade é a nova maternidade inaugurada a quase dois anos pelo Governo do Estado, no início terceirizada e hoje com a gestão estadual. Lá o atendimento é melhor, mesmo estando os mesmos profissionais que atuam na outra maternidade. Os protocolos foram estabelecidos pela empresa terceirizada e são seguidos na maioria das vezes até hoje. O relato das mulheres que são atendidas lá é melhor. Dizem que tiveram bom acolhimento, bom espaço físico, raramente falta material e medicamentos e que tiveram boa assistência com algumas exceções. (EAP4)

Hoje temos duas maternidades na cidade. No hospital estadual temos condições de prestar assistência a gestante, porém na maternidade filantrópica falta muito para termos essas mesmas condições. A realidade lá é bem difícil, falta de tudo. (MMT2A)

Embora, com bastantes dificuldades em prestar uma atenção de qualidade à gestante, o serviço hospitalar de obstetrícia em Mossoró vem melhorando nos últimos anos. As urgências e emergências obstétricas têm alcançado melhor resolutividade, sobretudo com a abertura de mais um serviço, como apontam os relatos a seguir:

Nas maternidades a qualidade da assistência melhorou um pouco com a abertura da segunda maternidade. (MMT1A)
Acho que vem melhorando. Já foi muito pior. Ainda é ruim, mas vem passando por mudanças que resultam em melhor qualidade do atendimento. (MAP4)

Melhorou um pouco após abertura da maternidade estadual, porém ainda há dificuldades. (MAP3)

Os depoimentos a seguir relatam uma preocupação dos profissionais quanto a deficiência na qualificação profissional da equipe da maternidade, bem como a inexistência ou não utilização dos protocolos de atuação profissional em urgência e emergência estabelecidos pelo Ministério da Saúde:

As gestantes ainda ficam peregrinando de uma para outra por falta de vagas e ainda precisam depender da sorte do médico do plantão ser um competente obstetra. Algumas são dispensadas para casa o que tem agravado o estado de saúde dela e do feto, levado a óbitos

maternos e neonatais/fetais ou a morbidades em decorrência da má qualidade do atendimento. (MAP3)

A assistência na maternidade é classificada de acordo com quem está no plantão. Existem discrepâncias enormes de médico para médico. (MAP4)

Além do que diz respeito às maternidades há falta de compromisso e responsabilidade por parte dos profissionais médicos obstetras que, muitos deles, seguem seus próprios protocolos, dificultando a assistência e levando riscos a saúde da mãe e do feto. (MMT1A)

Lá não tem um protocolo de atenção, atendem conforme conduta própria, do jeito que acham melhor e isso traz muitos problemas de saúde e de vida para mãe e filho, chega a ser sorte ou azar, benção ou maldição de acordo com quem estiver no plantão. (EAP4)

Percebemos, ainda, que uma das maiores dificuldades enfrentadas pela gestante está no momento em que busca o atendimento da maternidade, não no final da gestação para parir, onde não há muito como se perder num diagnóstico de trabalho de parto ou na indicação de cesárea, mas nas intercorrências durante a gestação, momento em que a escuta qualificada e qualificação profissional são extremamente necessários. Isso é motivo de preocupação segundo o relato a seguir:

Normalmente quando elas (gestantes) buscam a maternidade no final da gestação para parir, não há muita dificuldade. Porém se a gestante, necessita do atendimento da maternidade por uma intercorrência durante a gravidez, aí sim é um desastre. É aí onde mora o perigo. Eles não querem receber, voltam a gestante sem o devido atendimento, não valorizam as queixas delas. É uma atenção deficiente, falha que precisa melhorar muito e logo. (MAP2)

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais para prestar uma atenção de qualidade à gestante nas maternidades são muitas e mostra quão assustador é para uma gestante dirigir-se a uma maternidade achando que suas necessidades de saúde serão totalmente atendidas. Vejam a seguir:

Existem várias dificuldades. Faltam material, medicamentos, equipamentos. Estamos de plantão 24 hs e não temos laboratório à noite e nem serviço de ultrassonografia em horário nenhum. (EMT2A)

O quantitativo de pessoal é reduzido, dificulta a atenção de qualidade à gestante e RN. A falta de condutas que sigam os protocolos do M.S. por todos. Faltam material, medicamentos e exames. Falta Educação e Saúde – educação permanente. Nós fomos convocados do concurso público e jogados nos diversos setores sem nenhuma capacitação. Cada um acaba procurando o saber por si mesmo. (EMT2B)

Existem muitas. Falta de equipamentos importantes para uma atenção de melhor qualidade, profissionais despreparados para o atendimento conforme protocolos do M.S., falta de casa da gestante o que diminui o número de vagas para gestante, uma vez que os leitos são ocupados com mães acompanhantes de RN internados em UTI NEONATAL OU UCIN. (MMT1A)

Outro ponto que chama bastante atenção é o número excessivo de cesarianas, trazendo riscos à saúde da mãe e filho e ocupando, por muito mais tempo, os leitos de internamento ou terapia intensiva dificultando o acesso de outras gestantes que buscam o serviço, como nos chama a atenção um dos entrevistados:

A maior dificuldade continua sendo a alta demanda de cesarianas que traz mais riscos a mulher e ocupa por mais tempo os leitos, dificultando o atendimento a outras mulheres pela super lotação e prejudicando o trabalho da enfermagem, sobrecarregando a equipe e favorecendo os erros.(EMT1B)

Instituiu-se uma cultura pró-cesárea na população em geral e entre os médicos que se encontravam desmotivados, e até mesmo incapacitados para o acompanhamento de um parto normal. Não se pode negar o papel fundamental da operação cesariana na obstetrícia moderna como redutor da morbidade e mortalidade perinatal e materna. No entanto, este procedimento cirúrgico que comparativamente ao parto normal associa-se a maior morbidade e mortalidade materna e neonatal, pelas complicações decorrentes, tem indicações precisas que devem ser ponderadas antes da sua indicação.

A hegemonia do poder médico tira da mulher o protagonismo e a autonomia para tomar decisões e participar ativamente da vinda de seu próprio filho ao mundo. O trabalho de

parto é acelerado através do uso de drogas, a mulher é obrigada a adotar uma posição desconfortável e não fisiológica durante a expulsão do bebê para facilitar a atuação da equipe que está acompanhando-a, assim também a mulher recebe constantemente palavras de ordem vindas de diferentes profissionais em cada plantão sobre o que fazer e como portar-se, é vítima de intervenções invasivas desnecessárias e violentas e tratada com indiferença, quando proibida de expressar sua dor, angústia e suas dúvidas. (STRUJAK, 2012)

A violência institucional em maternidades públicas tem sido tema recente de estudo em diversos países. Pesquisas demonstram que, além das dificuldades econômicas e estruturais que os serviços públicos de saúde enfrentam, encontram-se, subjacentes aos maus-tratos vividos pelas pacientes, aspectos socioculturais relacionados a uma prática discriminatória quanto a gênero, classe social e raça/etnia (Gomes, Nations, Luz, 2008; Hotimsky, 2007).

Esta violência, segundo D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002), é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não-utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Outras pesquisas também apontam, como um tipo de violência, o uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face das evidências científicas do momento, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas (Diniz, Chacham, 2006; Diniz, 2001).

5.2. CATEGORIA 2 - Os fatores que contribuem para a morbimortalidade materna em Mossoró/RN.

A segunda categoria de análise deste estudo discorre sobre os fatores que contribuem com a morbimortalidade materna em Mossoró/RN, por causa diretas, aquelas que poderiam ter sido evitadas, a partir da percepção dos profissionais da saúde. Esta categoria foi bastante citada, contemplando 136 inferências durante as falas dos 16 profissionais entrevistados, tanto da APS como os de maternidade. A partir dos depoimentos, foram identificadas 3 subcategorias a saber: a percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores que contribuem

para a morbimortalidade materna, que foi referenciada 56 vezes nas falas dos 16 profissionais ouvidos; sugestões dos profissionais da saúde para melhorar a atenção a gestante e o Coeficiente de Mortalidade Materna, em 52 referências e o lidar e o perceber dos profissionais da saúde quanto aos casos evitáveis de morbimortalidade materna, evidenciado em 28 falas dos 16 entrevistados.

5.2.1 - A percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores que contribuem para a morbimortalidade materna.

A mortalidade materna consiste em um dos indicadores de saúde com maior desigualdade entre países, regiões e segmentos sociais, de acordo com o nível de desenvolvimento social e acumulação de riqueza (Leite *et al*, 2011). Apesar dos avanços na área da saúde, da volumosa produção científica e da incorporação intensiva de tecnologias, ainda hoje nos deparamos com a morte materna. Um evento dramático, que traz repercussões danosas às famílias, aos recém-natos, que necessitam dos cuidados maternos, e ativa o ciclo da pobreza na sociedade.

Segundo Leite et al (2011), a não realização de pré-natal e o número insuficiente de consultas estão fortemente associados ao risco de morte materna na população estudada. Ela menciona um estudo em que apenas 26,2% das mulheres realizaram seis consultas ou mais, número mínimo proposto pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde. Sabe-se que a redução da morbimortalidade materna depende, em grande parte, da realização do pré-natal e da qualidade da atenção recebida na gravidez, parto e puerpério.

Os relatos a seguir, mostram alguns fatores relacionados ao pré-natal que têm contribuído com a morbimortalidade materna:

Atribuo a mortalidade materna à falta do pré-natal de qualidade, com consultas apenas dos enfermeiros da APS, a falta de exames e medicamentos que deveriam ser garantidos e a falta de acesso ao pré-natal de alto risco. (EMT2B)

Relaciono com o número excessivo de famílias por equipe na ESF, áreas descobertas da ESF, principalmente zona rural e áreas urbanas com PACS ou sem cobertura de uma UBS, que sobrecarregam o

profissional prénatalista e dificultam o acesso das gestantes ao pré-natal. (EAP4)

Tem contribuído com a mortalidade materna as condições de trabalho desfavoráveis nas UBS, como a falta de equipamento, estrutura física inadequada e pessoal despreparado. (MMT2B)

O pré-natal realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) tem enfrentado dificuldades, como apontam as falas acima. A falta de boas condições de trabalho evidencia o desinteresse dos gestores em ter realmente a APS como porta de entrada do SUS, e não somente como porta, mas como porta de entrada acolhedora das necessidades de saúde dando resolutividade aos problemas encontrados, sendo de acordo com Merhy (1993), protagonista no ordenamento do sistema e como núcleo organizador das redes integradas de atenção à saúde no âmbito do SUS.

A baixa remuneração tem sido um desestímulo para que os profissionais sigam carreira na APS. Em decorrência, observamos que os profissionais que se identificam com ela tendem a se afastarem e buscarem outro tipo de serviço que traga maior vantagem econômica. Por outro lado, profissionais sem preparo algum em atenção primária à saúde ou mesmo sem interesse em fazê-la acontecer, têm sido contratados pelos municípios para trabalhar na ESF. Estes vêm para APS apenas para fazer “um bico” e apenas “passam” pela UBS sem cumprir a carga horária estabelecida pela PNAB ou mesmo trabalhar a prevenção, promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, manutenção e reabilitação à saúde.

Tudo isso é motivo de preocupação, uma vez que traz riscos à saúde da população, em especial às gestantes que deixam de receber a atenção devida na APS, o que vem contribuindo para morbimortalidade materna. Profissionais sem o devido preparo não conseguem perceber os sinais e sintomas de agravamento durante a gestação fazendo com que as gestantes cheguem às maternidades com estado de saúde comprometido para ela e/ou feto elevando a morbimortalidade materna.

Dentro desta temática, a fala a seguir mostra como a falta da operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente traz riscos à saúde do binômio mãe e filho:

Nós fazemos o pré-natal do jeito que sabemos fazer, não existe por parte da gestão municipal nenhuma capacitação ou curso nesta área. Nós vamos fazendo da maneira que achamos que deve ser. Acho que isso não é bom. Poderíamos aprender muita coisa. Isso ajudaria e nós deixaríamos de mandar para a maternidade muita coisa que nós não

sabemos resolver. Eles (na maternidade) acham ruim, mas nós não sabemos o que fazer e mandamos pra eles.(MAP2)

Conforme a Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde (Brasil, 2009), a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Precisamos desta política nos nossos serviços de saúde, já que é financiada com verba do Governo Federal repassada aos municípios que têm a obrigação de fazê-la acontecer de forma a garantir um atendimento de qualidade à população. Junto a ela se faz necessária também a Política de Humanização, mais precisamente neste caso, a Política de Humanização do Pré-natal e Nascimento com profissionais e gestores comprometidos e sentindo-se responsáveis pela saúde da gestante. Profissionais e gestores que exercem o cuidado, conforme Boff (2004), que surge quando a existência de alguém tem importância para o outro que, então, passa a se dedicar a ele; dispondo-se a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida. Para isso faz-se necessário recursos humanos em quantidade suficiente para atender as demandas da população com qualidade. Sem esse componente não tem como fazer a humanização acontecer.

Outro fator que contribui com a morbimortalidade materna, mencionado nas entrevistas, é a desconformidade da rede de atenção à saúde do município, conforme afirmam os entrevistados:

Nós profissionais não conseguimos entender e enxergar a rede de serviços do município. O acesso a rede é muito difícil. Ficamos na

dependência de amizadas para conseguir o que deveria ser garantido como direito. A falta de vagas ou mesmo de alguns serviços têm dificultado o andamento das gestantes na rede e consequentemente agravado seu estado de saúde e de seu bebê. (EAP1)

A descontinuidade da rede, com seus buracos, tem prejudicado e atrasado o diagnóstico precoce de sinais e sintomas de agravamento das gestantes. Não conseguimos a tempo exames, pré-natal de alto risco ou atendimento na maternidade com rapidez. Essa desarticulação entre os serviços e entre os níveis de atenção tem elevado os índices de morbimortalidade materna. (MAP2)

Segundo os autores, nenhum serviço é capaz, por si só, de responder à totalidade dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida, o que implica reconhecer a interdependência dos atores e organizações de saúde e a necessidade de integração dos serviços por meio de redes assistenciais, além da importância em promover o caráter contínuo da atenção à saúde (Cecílio, 2001; Hartz; Contandriopoulos, 2004). Porém, salienta-se que a reorganização da atenção à saúde requer um acúmulo de forças capazes de reestruturar a produção de serviços e de conhecimentos, reconhecendo-se que a articulação entre os níveis de atenção ainda figura como um ponto crítico a ser enfrentado, sob o risco de diminuição do acesso da população aos serviços. Sendo assim, o estabelecimento de mecanismos de integração entre os diferentes níveis de complexidade do sistema é, ao mesmo tempo, uma necessidade e um desafio na construção do SUS.

Estudos como os de Pinheiro (2001) apontam que a articulação e a integração entre os diferentes níveis de assistência e entre os serviços de saúde não devem ser vistas como uma mera proposta de organização do fluxo de usuários dentro do sistema. Mas como a capacidade de coordenação do próprio sistema para resolver os problemas de saúde da população através de ações com elevado grau de interdependência e necessidade de interligação.

A falta de um serviço de regulação de atendimento e de leitos no município, tem contribuído também para morbimortalidade materna. A gestante então vai de um serviço de saúde a outro sem ter a certeza que será atendida e o profissional que irá possivelmente recebê-la o fará às escuras, apenas com as informações que a gestante souber dar de si mesma. As falas a seguir evidenciam essa problemática:

Quando precisamos encaminhar a gestante à maternidade o fazemos apenas informando a ela da necessidade e pedindo que ela se dirija até

lá. Algumas vezes, dependendo da situação chamamos o SAMU e ele a leva até lá. Não há Central de Regulação. (EAP3)

Nós recebemos as gestantes vindas do pré-natal no plantão e não fomos informados que elas viriam, nem perguntaram se podia mandar, se tinha vaga, condições de recebê-la. Muitas vezes elas ficam horas aguardando atendimento por que não tem vaga para internamento ou como fazer o parto devido falta de vaga para o RN.(MMT1A)

Regulação é uma tarefa do Estado, de maneira a garantir o acesso da população e melhorar o desempenho do sistema de saúde. Com ela o usuário do sistema de saúde deve ter mais acesso aos serviços e ter garantida maior agilidade no seu atendimento.

A ausência de vagas nos hospitais obstétricos, para atender a todas as gestantes que ali chegam, tem resultado na peregrinação que elas fazem em busca de vaga. Elas vão e voltam das maternidades sem o devido atendimento o que contribui com a morbimortalidade materna, sendo emblemático o relato adiante:

Uma das gestantes que acompanhei o pré-natal começou com sangramento vaginal e foi à maternidade, aguardou 40 minutos para ser atendida, devido alta demanda de gestantes no serviço. Foi então atendida e liberada pra casa com solicitação de USG. Voltou no mesmo dia a noite, pois apareceu dor e ainda estava com sangramento, mas não havia vaga e foi orientada a buscar outro serviço. Procurou então outra maternidade, foi atendida e informada que sem USG não podiam fazer nada. Ela então conseguiu fazer a USG com 5 dias depois, pois não havia vagas no sistema de marcação. Voltou então a maternidade para apresentar a USG e o obstetra disse que mostrasse na UBS por que ele tinha muito parto para fazer e não tinha tempo de olhar o exame. Isso era na sexta-feira e ela foi a UBS na segunda. A enfermeira então ao ver o resultado da USG viu que o feto estava morto. Como já havia dias com sangramento e dor ela fez a curetagem uterina e necessitou de hemotransfusão e internamento na UTI. (MAP4)

O atendimento de qualidade precisa ser garantido em todos os momentos do atendimento e por todos os profissionais que prestam assistência no serviço. A continuidade com qualidade também deve ser garantida, para isso a elaboração dos guias assistências específicos de cada serviço, os conhecidos protocolos de atendimento, tem se mostrado com comprovada efetividade na prevenção da morbimortalidade materna segundo Calderon et al. (2006).

Ter cada profissional atuando individualmente e sem seguir protocolos já estabelecidos pelo M.S. tem contribuído na opinião dos entrevistados com a morbimortalidade materna conforme relato abaixo:

Nas emergências obstétricas os protocolos do ministério da saúde não são seguidos por todos por que muitas vezes há falta de conhecimento por parte de alguns médicos obstetras sobre o conteúdo dos protocolos. Alguns desconhecem a existência deles. (MMT2A)

Não seguimos protocolos. Cada um faz do jeito que acha que é correto. Não vemos esses protocolos por aqui. (MMT2B)

Os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para rede hospitalar em obstetrícia ajudam a oferecer um atendimento de qualidade e garantir a continuidade da atenção por profissionais diferentes, atuando em dias diferentes de plantão. A falta de conhecimento dos profissionais a respeito desses protocolos, ou mesmo o seu não cumprimento põe em dúvida a qualidade da atenção prestada e somada a outros fatores podem aumentar os números de morbimortalidade materna na cidade.

Os profissionais precisam conhecer, discutir e elaborar um protocolo local de atendimento, baseado nos protocolos do M.S., mas adaptado a realidade local de cada serviço, respeitando o fluxo de atendimento. Isso é necessário para impedir, juntamente com a Educação Permanente, a negligência no atendimento às gestantes vivenciada nos serviços de saúde e relatada pelas falas como mais um fator contribuinte:

Já vi casos de gestante que vieram ao atendimento aqui na maternidade com sinais e sintomas de pré-eclampsia grave e simplesmente foi liberada para casa, quando deveria ter sido internada na UTI de acordo com os critérios de gravidade contidos nos protocolos do M.S. isso é negligência e ocorre frequentemente. (MMT2B)

Nós encaminhamos uma gestante para maternidade com todos os sinais e sintomas de pielonefrite, levando exames que comprovam isso, mas eles voltam a gestante pra casa. Ela deveria ser internada de acordo com o protocolo do M.S. pelo risco que essa patologia traz a gestação. Negligência ocorrendo por falta de conhecimento ou por falta de responsabilidade. (MAP4)

A investigação falha dos casos de morte materna evitável e, conseqüentemente, a impunidade que isso traz, são apontadas também como fator contribuinte da morbimortalidade materna:

A ausência de fiscalização e punição para profissionais e gestores tem aumentado os números da morbidade e mortalidade materna, pois quem cometeu erros continua cometendo por que não sofreu nenhuma punição, nem mesmo foi ouvido para saber o que ocorreu. Simplesmente não é feito nada. (EAP4)

A impunidade tem sido um fator permanente de contribuição da mortalidade materna, uma vez que profissionais e gestores que deveriam ser responsabilizados por suas faltas, simplesmente ficam impunes e livres para praticá-la novamente. (MAP4)

Para Barbastefano e Vargens (2009), o Estado tem falhado em garantir o pleno funcionamento dos Comitês de Mortalidade Materna, como mecanismo institucional de garantia da política de prevenção das mortes maternas evitáveis e proteção dos direitos humanos das mulheres. Os referidos Comitês podem desempenhar atividades educacionais de promoção e prevenção por meio de sensibilização dos profissionais de saúde e do encaminhamento de denúncias ao Ministério Público para apuração de responsabilidades institucionais nos casos de morte materna evitável.

A maioria das mulheres que são atendidas nos serviços obstétricos necessita apenas de cuidados básicos. Contudo, na área obstétrica podem ocorrer emergências que costumam ser repentinas e que devem ter respostas rápidas. Também é sabido que a mortalidade materna pode ser extremamente alta nos primeiros dois dias após o parto (Reis et al, 2011). Portanto, ter acesso a serviços obstétricos de qualidade é fundamental para reduzir a mortalidade e a morbidade maternas.

Todos os dias centenas de mulheres buscam auxílio e atendimento voltado para seu período gravídico e sofrem com a falta de compromisso ético dentro de instituições. Deparam-se com profissionais exclusivamente focados em seus aspectos fisiológicos e em terminar com a espera do parto, para continuarem com seus afazeres, utilizando de procedimentos e artifícios para acelerar o processo de parturição, assim como, permitir que a mulher não atrapalhe sua rotina diária, executada geralmente de forma automática sem levar em consideração particularidades de cada indivíduo e família (Strujak, 2012).

A formação dos profissionais relacionada à assistência ao parto vaginal vem sendo há muitos anos, focada no emprego de técnicas e manobras para acelerar o parto ao invés de proporcionar um aprendizado para com o processo fisiológico de parturição/nascimento a fim de preservar a essência humana. É dado ênfase a uma visão patológica sobre o parto e trabalho de parto, desencadeando uma assistência desnecessariamente intervencionista.

A mortalidade materna no Brasil aponta para a omissão e a falta de diligência do Estado, uma vez que a maior parte das mortes maternas, 93%, ocorre por causas evitáveis (Vieira, 2012). A omissão pode ser detectada pela falta de implementação de leis e políticas, apontando também para a falta de qualidade na assistência e para a violência institucional pulverizada na prática de diversos profissionais de saúde. Em geral, esta violência permanece invisível nos serviços, assim como as mortes maternas, como parte da cultura institucional de desvalorização da vida e da saúde das mulheres, que em sua maioria são de baixa renda, sem escolaridade, mestiças e afrodescendentes. A omissão gera má assistência, discriminação, violência e morte materna evitável. Morte esta ocasionada pela institucionalização da exclusão em que o Estado, que têm como função fundamental garantir, lutar pela dignidade dos seus cidadãos, acaba direta ou indiretamente, devido a sua inoperância, anuindo, institucionalizando o fenômeno da mistanásia que consiste na morte miserável, morte antecipada de uma pessoa, resultante, no caso desta pesquisa, da má prática médica chamada de mistanásia passiva ou omissiva (Vieira, 2011).

É o processo de nadificação da pessoa, por meio da antecipação da morte ou o prolongamento de dor ou sofrimento desnecessário, devido à negligência, imprudência ou imperícia no atendimento em saúde, conforme Vieira (2011).

Uma das gestantes entrevistadas que teve acompanhamento de pré-natal de alto risco, relatou durante a entrevista sua luta com o Estado para não perder o bebê que gestava:

Tenho SAF...foi necessário tomar enoxparina durante 7 meses de gravidez pra prevenir o óbito ocorrido em 6 gestações anteriores... tive dificuldades de conseguir o medicamento que era vital para meu filho e nem a secretaria de saúde do município nem do estado me ofertaram. Foi necessário entrar com ação no Ministério Público a qual ganhei, porém nem assim consegui a medicação. Não fiquei sem medicação por que o pessoal da UBS conseguiu através de amizade com outros profissionais da rede hospitalar. Precisava também da USG obstétrica com doppler que passei a fazer semanalmente a partir dos 4 meses de gestação até o parto e não tive acesso na rede pública e não tinha condições de pagar por ela que tem custo alto para mim. Só consegui fazer por que a obstetra do alto risco fazia pra mim por

cortesias em seu consultório particular. Sem esse exame eu poderia ter perdido novamente meu filho. (GAR4)

O Estado, através de suas políticas públicas, garante o acesso à medicação e exames mencionados pela entrevistada dentro da Rede Cegonha no componente de pré-natal, no entanto ela e muitas outras mulheres Brasil afora passam pelo desespero de ter suas vidas e de seus conceitos ameaçadas pela negligência dos gestores que lhes negam o direito à saúde o que muitas vezes culmina com a morte miserável, fora e antes da hora - mistanásia.

Apesar do preconceito contra a compaixão, é ela que possibilita o acesso à condição humana, posto que seu contrário é a indiferença, a frieza, a insensibilidade, a secura de coração, a dureza e a crueldade. No momento em que agride, ao agressor não interessam os apelos de sua vítima, tem enjoo de seus lamentos, que lhe parecem uma provocação. Tratando a vítima como objeto, negando-se a reconhecer sua dor, impondo-lhe uma situação contrária ao seu desejo, obrigando-lhe a fazer o que não concorda, que moralmente não aceita, o agressor avilta a liberdade da pessoa agredida, e percorre a trilha da violação dos direitos humanos (Leocádio, 2007).

O processo de dar à luz cria momentos de grande vulnerabilidade e solidão, e muitas vezes as mulheres não têm apoio dos profissionais. Esses, muitas vezes em decorrência de seu treinamento profissional, manifestam insensibilidade ao invés de empatia. Isso sem mencionar as ocasiões em que a parturiente chega a ser submetida à violência de agressões físicas e verbais (Hotimsky et al, 2009, p.1307).

Para Anchieta (2005, apud Santos, 2011), a violência tem origens e consequências variáveis e é ocasionada por indivíduos, grupos, classes ou nações que geram danos a uma ou várias pessoas em diferentes graus, seja em sua integridade física, moral, emocional ou espiritual. Portanto, é considerado um problema social e de saúde pública.

A violência contra a mulher foi definida pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1993, como “qualquer ato de violência baseada no gênero que resulte, ou tenha probabilidade de resultar em prejuízo físico, sexual ou psicológico, ou ainda sofrimento para as mulheres”. Inclui também atos de privação da liberdade, coerção e ameaças, sejam em público ou na vida privada, tornando-se portanto uma questão ética e sendo discutida pela bioética.

Como fundamentos do agir moral na ética biomédica, a concepção defendida por Beauchamp e Childress baseia-se em quatro princípios, Respeito à Autonomia, Beneficência,

Não-Maleficência e Justiça. Os princípios constituem-se em guias gerais de ação a fim de resolver dilemas morais e permitem a formulação de regras específicas de conduta.

A violência vivida pelas gestantes quer seja durante o pré-natal, quer seja no atendimento hospitalar vai de encontro com estes princípios que são deveres *prima facie*, ou seja, obrigações que devem ser cumpridas.

A hegemonia do poder médico tira da mulher o protagonismo e a autonomia para tomar decisões e participar ativamente da vinda de seu próprio filho ao mundo. O trabalho de parto é acelerado através do uso de drogas, a mulher é obrigada a adotar uma posição desconfortável e não fisiológica durante a expulsão do bebê para facilitar a atuação da equipe que está acompanhando-a, assim também a mulher recebe constantemente palavras de ordem vindas de diferentes profissionais em cada plantão sobre o que fazer e como portar-se, é vítima de intervenções invasivas desnecessárias e violentas e tratada com indiferença, quando proibida de expressar sua dor, angústia e suas dúvidas.

Assim, percebemos claramente que no cenário exposto a não-maleficência vem sendo enterrada pelos interesses próprios de cada profissional ou gestor, numa sequência acumulativa de danos sendo ocasionados sem sequer perceber o outro como gente, pessoa e muito menos sentir qualquer remorso ou arrependimento pelo mal ocasionado. A nadificação da gestante, a falta de importância dela, para estes, tem contribuído com a mortalidade materna, uma vez que se o outro não tem interesse para mim, eu passo a não cuidar dele e, mais ainda, a não me sentir responsável por ele, e suas dores, angústias e sofrimentos são indiferentes pra mim.

De modo igual, a beneficência vem perdendo seu espaço e seu valor numa sociedade que privilegia o ter perante o ser. Para fazer o bem eu preciso querer fazer, e isso pede antecipadamente alguns valores como amor, respeito, compaixão, dedicar tempo ao outro e hoje, infelizmente, na sociedade competitiva que vivemos, as pessoas estão cada dia menos preocupadas com isso e mais preocupadas com si mesmas. O princípio da Beneficência obriga o profissional de saúde a ir além da Não Maleficência (não causar danos intencionalmente) e exige que ele contribua para o bem estar dos pacientes (LOCH, 2002).

Contribuir com o bem estar das pacientes, clientes ou usuárias é primeiramente tê-las como centro da atenção em saúde e protagonistas do seu processo de gestação e parturição, com o direito de decidir conscientemente o que é melhor para ela. É abrir mão do egoísmo como profissional, do que é mais cômodo e confortável pra mim, de meus interesses e praticar o bem, escutando, informando, confortando e ser humano para com elas.

Justiça está associada preferencialmente com as relações entre grupos sociais, preocupando-se com a equidade na distribuição de bens e recursos considerados comuns, numa tentativa de igualar as oportunidades de acesso a estes bens. Neste contexto, o conceito de justiça deve fundamentar-se na premissa que as pessoas têm direito a um mínimo decente de cuidados com sua saúde. Isto inclui garantias de igualdade de direitos, equidade na distribuição de bens, riscos e benefícios, respeito às diferenças individuais e a busca de alternativas para atendê-las, liberdade de expressão e igual consideração dos interesses envolvidos nas relações do sistema de saúde, dos profissionais e dos usuários.

No que diz respeito à mortalidade materna a falta de justiça é algo ainda pior, visto que a maioria das mulheres mortas em decorrência da gestação, parto e puerpério pertence às classes sociais mais baixas. Isso mostra quão vergonhosa e cruel é a atenção prestada neste período tão significativo na vida de uma mulher e sua família.

Como se já não bastasse que os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da população mais pobre economicamente, os trouxesse maiores desafios e riscos, seu processo reprodutivo também traz maiores riscos simplesmente por uma má distribuição de renda, recursos, bens. A injustiça aqui é fator contribuinte da mortalidade materna neste País de desigualdades onde a saúde é um bem de consumo, muitas vezes bom, apenas se puder pagar caro por ele.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, lançou um guia prático para assistência ao parto normal que é referência para implantação da assistência humanizada ao parto. Expõe, com base em evidências científicas, condutas obstétricas vigentes recomendadas que devam ser mantidas, bem como as que carecem de cautela na indicação por ainda não se ter comprovados os riscos e benefícios para a mulher e o bebê. Também no mesmo texto são listadas as práticas comprovadamente danosas, prejudiciais e ineficazes, e que por isso devem ser abolidas.

Uma das práticas mais comuns vivenciadas por mulheres durante o trabalho de parto é a episiotomia. Sobre isso Amorim e Katz (2008, p.47) dizem que além de não proteger o assoalho pélvico, a episiotomia aumenta a frequência de dor perineal, dispareunia, perda sanguínea, laceração do esfíncter anal, lesão retal e incontinência anal, sem reduzir as taxas de incontinência urinária ou melhorar os resultados neonatais.

Se uma conduta é considerada, mediante estudos, danosa, prejudicial e ineficaz, sua indicação e execução caracterizam um ato de violência à paciente submetida. Apesar disso, dezoito anos após a publicação dessas informações, estas condutas ainda fazem parte da rotina de alguns profissionais da saúde que acompanham a parturiente.

As condutas utilizadas de modo inadequado, e que muitas vezes constituem rotina da instituição sem serem avaliadas as reais necessidades do procedimento, também podem ser consideradas violências, por submeterem a paciente aos riscos e desconfortos adicionais que a conduta oferece. O profissional que faz uso destas práticas de modo inadequado comete, portanto, atos de imperícia e imprudência, por julgar erroneamente a necessidade do procedimento e por precipitar-se no julgamento.

A atenção dispensada à mulher no momento do parto contribui para o modo como a maternidade é vivenciada nos anos que se seguem. Traumas físicos e psicológicos adquiridos nesse processo podem jamais serem curados ou trabalhados, permanecendo no subconsciente dessas mulheres e constantemente virem à tona em forma de frustração, baixa autoestima, depressão, dificuldades em lidar com a própria sexualidade e de aceitação do corpo. Essas angustias refletem direta ou indiretamente na educação dos filhos e no cotidiano familiar. Sobre esse tema o obstetra francês Michel Odent diz: “Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”.

O SUS deve ser capaz de mobilizar líderes profissionais e da sociedade, coordenar as ações, monitorar a implementação das políticas públicas voltadas para esse tema e prestar contas à sociedade. A sociedade também precisa estar atenta à alocação e destinação dos recursos públicos, exigir o cumprimento das leis, normas, regulamentos, metas programáticas e a inclusão dessa questão como prioridade na agenda política nacional, exercendo sua cidadania. Esta é a esperança de vermos mulheres concluindo seu ciclo reprodutivo natural, vivas, com saúde e felizes.

5. 2.2. Sugestões dos profissionais da saúde para melhorar a atenção à gestante e o Coeficiente de Mortalidade Materna.

Diante da problemática da mortalidade materna com tantos fatores contribuintes, algo precisa ser feito para reduzir os índices e melhorar a qualidade da atenção prestada a gestante na cidade. Há necessidade de se pensar em algumas estratégias, planejá-las e colocá-las em prática.

Nas falas dos profissionais fica bastante claro que ainda há esperança de mudança do cenário atual, pois cada um deles elenca uma série de sugestões quando perguntados sobre o

que poderia ser feito para diminuir os índices de mortalidade materna em Mossoró. Veja a seguir:

Recursos humanos em quantidade suficiente para atender a toda demanda, com qualidade e humanização, conforme PNH. (MMT1A)

Boas condições de trabalho para que os profissionais tenham como oferecer uma atenção de qualidade.(MMT1B)

A Política Nacional de Humanização traz a necessidade de recursos humanos suficientes para que ela seja colocada em prática. Sem isso não tem como oferecer humanização na atenção. Com um subdimensionamento de pessoal e grande carga de trabalho, a atenção passa a ser prestada mecanicamente, como mero cumprimento de tarefas, quando é possível fazer pelo menos isso. O usuário então deixa de ser um ser social, o qual necessita de cuidados, e passa a ser apenas um instrumento nas mãos dos profissionais.

Na PNH há o Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento. Porém, o que se vê em várias UBS são estruturas físicas adaptadas em casas de aluguel que não tem a menor condição de funcionar como UBS, a falta de recursos materiais, a negligência com os equipamentos utilizados no dia a dia pelos profissionais que adquirem problemas de saúde no ambiente de trabalho, como cadeiras e birôs desconfortáveis nos quais eles passam horas atendendo diariamente. Melhorar essas condições de trabalho é incentivar, motivar o profissional a trabalhar e a qualidade no atendimento vem como consequência.

Trabalhar no nordeste brasileiro e na cidade de Mossoró, particularmente, tem sido relatado pelos profissionais como algo difícil. A baixa remuneração ofertadas pelos gestores tem feito com que os profissionais busquem vários empregos numa tentativa de ter seus vencimentos aumentados. Aumentando a carga de trabalho, dificultando a atenção de qualidade. Devido a essa baixa remuneração, profissionais com formação em atenção primária estão saindo da ESF para outros serviços e os gestores os tem substituído por profissionais sem perfil para APS. Assim, eles apontam uma sugestão:

Melhorar a remuneração dos profissionais de saúde para diminuir o número de vínculos de trabalho e ter mais qualidade no seu atendimento. (EAP3)

Infelizmente neste país não há um Plano de Cargos Carreira e Salários – PCCS- dos profissionais do SUS, e nem um piso salarial nacional para todas as categorias da saúde. Desta forma, os profissionais da saúde ficam a mercê dos gestores que os remuneram conforme o seu querer. O governo federal é cúmplice nisto, pois é conivente com esta situação, ficando inerte, trazendo riscos e danos à população.

Os entrevistados sugerem, também, que haja momentos de atualização profissional para que os saberes possam ser relembrados, transformados e construídos. E que os gestores entendam a necessidade da educação permanente e não apenas sobre números e números.

Qualificação dos recursos humanos. Efetivação da Política de Educação Permanente e de Educação continuada. (EAP1)

O Ministério da Saúde está propondo a educação permanente como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e controle social no setor da Saúde. Essa proposta busca a superação da aprendizagem mecânica, através do desenvolvimento da aprendizagem significativa, onde as experiências são renovadas a partir de um diálogo com os conhecimentos previamente existentes. É baseada na problematização da realidade, numa constante avaliação dos problemas enfrentados no cotidiano das práticas dos serviços de saúde, de modo que a formação desencadeada aconteça orientada pelas necessidades de saúde da população e do próprio setor saúde, sendo planejada pelo coletivo, através de um trabalho articulado ensino-serviço. Isso requer tempo de planejamento e momentos conjuntos das equipes de saúde, que neste momento não estarão fazendo atendimento à população, mas buscando melhorar suas práticas em saúde.

Os profissionais sabem quão importante é o papel da gestão para redução da mortalidade materna. Trazem a gestão participativa, o compromisso e a responsabilidade dos gestores como peça fundamental para melhoria deste indicador de saúde e da qualidade da atenção em saúde, pois são eles quem direcionam os recursos da saúde e precisam estar sintonizados com os problemas e dispostos a somar forças para resolvê-los, como estão demonstrados nas falas que seguem:

Gestão participativa onde todos, profissionais, sociedade e gestores possam ter vez e voz. (EAP1)

Maior compromisso e responsabilidades dos gestores. (MMT1B)

A gestão participativa é o modo de gestão que incluiu novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos. (Brasil, 2006)

O protagonismo é a idéia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos e corresponsáveis no processo de produção de sua própria saúde. O relato a seguir traz a preocupação dos profissionais da saúde com a qualidade da educação oferecida pelo Estado. Ela é um instrumento decisivo para o exercício pleno da cidadania. Uma população que não conhece seus direitos não faz controle social e isso é indispensável numa democracia. Para sermos sujeitos autônomos e corresponsáveis precisamos de uma sistema educacional comprometido com a população e não com interesses de uma classe hegemônica dominante. A fala a seguir traz também esta necessidade como mais uma sugestão no intuito de diminuir a mortalidade materna:

O exercício da cidadania. Educação com qualidade para formar cidadãos conscientes de seu papel de protagonistas na sociedade. (MAP1)

Destaca-se também a participação popular na formulação de projetos e planos, definição de prioridades, fiscalização e avaliação das ações e dos serviços, nas diferentes esferas de governo, destacando-se, na área da Saúde, as conferências e os conselhos de saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica traz diretrizes para este nível de atenção, dentre elas a quantidade de pessoas que devem ser atendidas por equipe de saúde, a necessidade de ampliação do número de equipes. Já o Caderno de Atenção Básica de Pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde, traz como uma das competências do médico da ESF a realização de pré-natal intercalando consultas com o enfermeiro. Estas demandas são trazidas também nas sugestões dos profissionais entrevistados:

Aumentar o número de equipes da ESF no município, para atender uma quantidade de pessoas, conforme a PNAB, tendo condições de ofertar qualidade no atendimento. (EAP1, EAP2, MAP1)

Cobertura de 100% da cidade – zona urbana e rural com ESF, e que estas exerçam seu papel na rede do SUS.(MMT1A,MMT2A)

Melhorar a qualidade do pré-natal. Agilizar e garantir a realização de exames e a entrega dos resultados em tempo oportuno. Pré-natal do médico da ESF intercalado ao pré-natal do enfermeiro, conforme protocolos do Ministério da Saúde. (MMT1A, MMT1B, MAP2, EAP1)

Maior acesso ao atendimento de urgência e emergência obstétrica, ao pré-natal de alto risco, como referência dentro da rede de saúde à gestante, a continuidade da atenção facilitada pela referência e contra referência, a construção conjunta e sua utilização nos atendimentos diários dos protocolos assistenciais e a criação e operacionalização da central de regulação de leitos e atendimentos, foram apontados por quase todos os entrevistados como medidas a serem urgentemente colocadas em prática na redução da mortalidade materna. As falas a seguir mostram a preocupação dos profissionais com estas questões através de suas sugestões:

Aumentar o número de maternidades e leitos obstétricos para garantir acesso das gestantes ao serviço. (EAP4, MAP2, MMT1B)

Mais acesso ao pré-natal de alto risco e de qualidade. (EAP3, EAP4, MAP2, MAP3)

Referência e contra referência como uma realidade. (EAP1,EAP3,MAP2)

Construção, aprovação e cumprimento dos Protocolos Operacionais Padrão (POP). (MMT1A, MMT1B, EMT1A)

Criação e execução da Central de Regulação. (MAP1, EAP2, EAP4)

A estratégia mais conhecida para investigação da mortalidade materna e avaliação da qualidade da assistência oferecida à saúde da mulher tem sido a criação dos denominados “Comitês de Mortalidade Materna”. A implantação desse tipo de comitê é recomendada internacionalmente, por ser um valioso instrumento para análise dos óbitos maternos e para intervenção na redução dessas ocorrências. O Ministério da Saúde adotou a estratégia de

apoiar a organização desses comitês, com o objetivo de identificar, investigar e analisar os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção, quando o setor de vigilância epidemiológica não estiver apto a fazê-lo (Brasil, 2002). Os entrevistados também entendem esta necessidade e sugerem a criação e atuação destes comitês como mecanismo institucional de garantia da política de prevenção das mortes maternas evitáveis e proteção dos direitos humanos das mulheres:

Criação do comitê de Mortalidade Materna, que não tem na cidade, funcionando bem e exercendo seu papel, encaminhando as demandas aos órgãos competentes para serem tomadas medidas necessárias para responsabilização dos culpados – gestores, profissionais ou cidadãos. (MAP1, MAP2, MMT2A, EAP2)

A desarticulação entre os profissionais dos três níveis de atenção foi apontada como uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos profissionais com descontinuidade da atenção, falta de diálogo e de respeito entre os profissionais, aumentando o risco de morte materna. Por isso, em suas sugestões, para melhorar os serviços e diminuir a mortalidade materna, vemos, enfaticamente, no discurso de quase todos os sujeitos a necessidade de aproximação destes profissionais, na intensão de garantir a integralidade da atenção, com continuidade do atendimento de qualidade em que a mulher seja o ator principal deste processo. Vejamos as falas:

Maior articulação entre os níveis de atenção, com momentos conjuntos para avaliação e planejamento de ações para melhoria da assistência/atenção.(EAP1, EAP2, EMT1A)

Eventos científicos e educação continuada conjuntos para os 3 níveis de atenção.(EAP4, MAP2, MMT1A)

Criação de uma comissão com membros dos 3 níveis de atenção para aproximar os profissionais dos níveis, avaliar e planejar ações com o objetivo de melhorar a atenção prestada e resolver os problemas encontrados.(MAP2, MAP3, EAP2,EAP3)

Vemos aqui claramente nas sugestões dos profissionais a necessidade de pôr em prática o que já existe na teoria, nos protocolos, manuais e portarias do Governo Federal.

Mais uma vez sabemos o que precisa ser feito para reduzir a mortalidade materna e melhorar a qualidade da atenção, porém não há iniciativa concreta para que se efetive tudo isso e tenhamos o resultado esperado. O que existe é negligência não de todos, mas de todas as partes. Precisamos inicialmente capacitar os gestores e sensibiliza-los para essa temática. Os cidadãos também precisam ser empoderados de seus direitos e conhecedores das políticas públicas, para que possam cobrar dos serviços e dos gestores o seu cumprimento. Por último precisamos sensibilizar os profissionais na busca de conhecimentos e na luta por melhores condições de trabalho, recursos humanos suficientes e de salário, para também cobrar deles a excelência no atendimento.

Desta forma os profissionais entendem que teremos menores números da mortalidade materna e maior satisfação dos usuários do SUS, especialmente neste caso, das mulheres que necessitam do serviço de obstetrícia.

5.2.3. O lidar e o perceber dos profissionais da saúde quanto aos casos evitáveis de morbimortalidade materna.

A morte é um fenômeno que permeia o cotidiano de nossas vidas, como fato certo e inevitável. Mais cedo ou mais tarde, com dor ou sem dor, com assistência ou solitária, evitável ou inevitável ela chega para todos. Para Malta (2007), as causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época. Essas causas devem ser revisadas à luz da evolução do conhecimento e tecnologia para prática da atenção à saúde.

Os casos evitáveis de morbimortalidade materna são uma afronta a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais, princípios fundamentais da Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco, devendo portanto ser respeitados em sua totalidade.

No Brasil, a morte materna obstétrica direta é responsável pela manutenção da razão de mortalidade materna em níveis elevados. Em 2007, o Ministério da Saúde divulgou razão da mortalidade materna correspondente a 75 mortes/100.000NV, equivalente a 1572 óbitos ocorridos, tendo como principal causa as doenças hipertensivas. Diversos estudos nacionais

corroboram esses resultados, além de destacar que grande parte destas mortes poderia ser evitada se a assistência à gestação, ao parto ou puerpério fosse adequada (Mota, 2008).

Os casos a seguir foram alguns exemplos, relatados pelos profissionais quando interrogados sobre acontecimentos de morbimortalidade materna de gestantes que residiam em sua área de abrangência da ESF:

O pré-natal transcorreu bem até o oitavo mês de gestação quando ela precisou ir a maternidade no final de semana com a pressão arterial elevada. Lá demorou a ser atendida por que havia dois obstetras de plantão e estavam em cirurgia. Nisso ela aguardou 01h40min o que evoluiu para eclampsia, foi para UTI e lá foi entubada e colocada em ventilação mecânica, foi feito cesariana de emergência. O bebê foi para UTI neonatal por que havia aspirado muito mecônio e a mãe ficou 21 dias na UTI de onde saiu com graves sequelas neurológicas sem falar e sem deambular. (MAP4)

No caso ocorrido aqui na área a gestante foi acompanhada durante toda a gravidez por nossa equipe e com 35 semanas teve sinais de pré-eclâmpsia buscou a maternidade referenciada por nós, mas lá demoraram no atendimento, duas horas, o que gravou seu estado de saúde, durante esse tempo a placenta descolou devido o pico hipertensivo, foi internada e só fizeram USG no dia seguinte quando ela estava com sangramento intenso e estado de choque na UTI. Foi bem difícil ouvir isso relatado pela puérpera que ficou com várias sequelas inclusive histerectomia e não poderá ter mais filhos. (MAP3) Houve de óbito materno. A gestante fez todo o pré-natal, nove consultas, todos os exames e quando precisou da maternidade foi e veio de lá três vezes sem atendimento. Quando voltou pela quarta vez já foi sem vida. (EAP4)

Os três casos apresentados nestes relatos referem-se à morbimortalidade materna evitável, pois deixam claro a negligência, ora do serviço, ora de profissionais, que traz riscos à saúde e à vida de gestantes bem como de seus conceitos.

Percebe-se aqui, mais uma vez, a inoperância das políticas públicas de saúde neste país que se acham muito bem redigidas em papel, mas que não conseguem ter vida fora dele. Nem gestores e nem profissionais conseguem operacionaliza-las mostrando quão distante ainda estamos do que realmente queremos. Enquanto isso, vidas são ceifadas e mulheres sequeladas diante da omissão do Estado em garantir a saúde como um direito do cidadão.

O que vimos nos exemplos acima foi a ausência da política de Acolhimento com Classificação de Risco para serviços de urgência e emergência obstétrica. Segundo o

Ministério da Saúde, o acolhimento e classificação de risco levam à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente. O acolhimento é uma tecnologia para viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado (Brasil, 2014).

Há uma cadencia de erros nos relatos dos profissionais: a não percepção dos sinais de agravamento do estado de saúde das gestantes e com isso o tardiamiento das ações necessárias; o subdimensionamento de pessoal em que os profissionais do plantão precisam dar de conta das urgências e emergências e se ausentam da porta de entrada aonde chegam gestantes graves e continuam se agravando sem o devido atendimento; o descumprimento/desconhecimento dos protocolos de atendimento; a negligência no atendimento demonstrada na lentidão na tomada de decisão e o despreparo dos profissionais.

Tudo isso somada à falta de responsabilização de gestores e profissionais da saúde, culmina com a vergonhosa e triste taxa de morbimortalidade materna nesta cidade. Faz-se necessário urgentemente a capacitação, sensibilização e responsabilização destes atores envolvidos das três esferas de governo.

Percebemos claramente a ocorrência de mistanásia omissiva com as gestantes. Morte e sofrimentos desnecessários quando deveria se oferecer atendimento de qualidade como dever de gestores e profissionais da saúde. Mulheres estão morrendo na gravidez e puerpério por falta de compromisso e responsabilidade de quem deveria garantir a vida.

Os profissionais entrevistados foram interrogados quanto a percepção deles frente a estes casos de morbimortalidade materna evitáveis e como eles lidam com isso no seu dia a dia na ESF, sendo relevantes os relatos a seguir:

É desumano. As pessoas têm perdido sua saúde ou suas vidas pelo descaso dos gestores em escalar profissionais suficientes para atender com qualidade. Também os profissionais precisam entender a importância de seu trabalho e ter mais responsabilidades, pois em algumas vezes as mortes acontecem por negligência, imprudência ou imperícia deles. (MAP4)

Sinto-me frustrada e triste por saber que poderia ter sido evitada. Alguém que poderia estar viva e feliz com seu bebê. Precisamos melhorar muito pra que isso não aconteça mais. (MAP3)

Eu fico triste porque a vida é tão preciosa para morrer assim, podendo ter sido evitada. Ao mesmo tempo busco me capacitar para não falhar

no atendimento. Luto por melhorias dessas condições. Tenho esperança que um dia consigamos reverter isso. (EAP4)

Os sentimentos apresentados pelos profissionais, diante dos casos de morbimortalidade materna, são de tristeza, decepção, frustração e esperança de mudança. No entanto, necessitamos mais do que sentimentos passivos dos profissionais que são atores deste cenário e como tal precisam protagonizar o processo de mudanças com atitudes mais ativas como discutir os casos, leva-los a conhecimento da sociedade organizada e dos órgãos de classes, denunciá-los aos órgãos competentes e cobrar destes as medidas necessárias. Também é essencial que os profissionais da saúde possam garantir e incentivar a participação da população no controle social. Cidadãos e profissionais conscientes do seu papel na sociedade têm em suas mãos o poder de decidir que tipo de sociedade querem.

Veremos a seguir a fala de profissionais que relatam seus sentimentos frente à morbimortalidade materna vivenciada na maternidade:

Pra qualquer médico obstetra é doloroso demais se deparar com quadros extremos como a mortalidade materna. É um quadro devastador tanto quanto para família como para nós profissionais. Muitas vezes nós estamos no plantão e atendemos gestantes que já chegam num quadro de gravidade elevado e que infelizmente culmina com a morte e nos resta apenas dar o resultado de óbito. É uma situação que emocionalmente desestrutura a equipe. (MMT1B)

O sentimento é de derrota. Nós trabalhamos para salvar vidas e quando a mulher morre, e principalmente quando podia ter sido evitado, é algo bastante triste. Ao mesmo tempo, nos motiva a discutir o assunto, procurar nos capacitar, cobrar dos gestores e de nós mesmos a mudança deste cenário. (EMT1B)

Muito ruim. Somos profissionais de saúde para salvar vidas e estamos perdendo vidas por falta de atenção de qualidade. Alguém deixou de fazer sua parte. (EMT2B)

Aqui é relatado o objetivo maior destes profissionais da saúde que é salvar vidas e, no tema aqui discutido, quando há mortes evitáveis, foi por que algo deixou de ser realizado, ou alguém não fez o que deveria fazer. Notadamente uma situação de descaso com a vida do outro que depende de mim, profissional, no momento do atendimento em saúde. O outro aqui representa a gestante num momento de vulnerabilidade que procura o serviço de saúde onde

tem a certeza que irá encontrar ali profissionais capacitados para lhe atender em suas necessidades de saúde, na totalidade, e darão o seu melhor para que ela e seu filho tenham assegurados o seu direito à saúde pública.

Neste caso a utilização da Escuta Qualificada como ferramenta para um atendimento humanizado juntamente com o Acolhimento com Classificação de Risco, daria maior agilidade e mais chances de acerto na tomada de decisões para um melhor cuidado ao outro, a gestante. Cuidado aqui na perspectiva de Boff (2004, p.33), como atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.

Para se reconhecer o outro como sujeito e mais ainda prestar cuidado a ele, é necessário que este outro seja importante pra mim, profissional da saúde. Infelizmente o egoísmo presente na sociedade atual e tão em evidência, está presente também nos estabelecimentos de saúde através dos profissionais que ali atuam. Isto é preocupante, pois a dor do outro, o sofrimento do outro deixa de ser importante, para dar lugar ao saber dominante do profissional, que passa a se importar com seus interesses e tem o usuário, no caso aqui a gestante, como objeto de sua ação e não como centro de sua atenção. O que importa, portanto é o bem estar, o comodismo e o querer do profissional. A gestante então deixa de ser protagonista de seu processo gravídico-puerperal e dá lugar ao profissional que impõe seu saber e seu querer, violentando os direitos da gestante e de sua família.

A desvalorização do outro acontece quando o profissional não escuta ou não dá importância ao relato das gestantes por achar que ele é detentor do saber e que ela não estudou obstetrícia e ele sim, portanto quem sabe é ele.

A valorização do parto e do nascimento humanizados é uma etapa importante para o aumento da autonomia e do poder de decisão das mulheres. O exercício da cidadania plena, a educação formal de qualidade e conseqüentemente o controle social tem papel decisivo na inversão dos índices de morbimortalidade materna.

5.3. Categoria 3: A morte de perto: O relato de gestantes de alto risco que foram internadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Esta categoria trata especificamente do relato de mulheres que, em alguma de suas gestações, tiveram o diagnóstico de gestação de alto e foram internadas em UTI com risco de morte, e responde a necessidade apontada pelo quinto objetivo específico desta pesquisa. Ao longo das falas das quatro entrevistadas, norteadas pelo roteiro de entrevista semiestruturada, foram feitas 17 referências a este tema. Decidimos, portanto que inicialmente relataremos, em

suma, os quatro casos individualmente, o início do aumento do risco gestacional e o atendimento recebido neste momento para que posteriormente tratemos, no geral, do medo de morrer, a vivência deste momento, a vida após o ocorrido e do que poderia ser feito para evitar que gestantes passem por esta problemática. Assim, achamos que não perderemos o entendimento de cada caso e o conteúdo discutido e analisado nas falas destas mulheres.

Caso 1: (GAR1) Tive depois de cinco meses de gestação pressão alta e pré-eclampsia. Eu inchei muito e quando fui ao pré-natal a enfermeira do posto pediu alguns exames, orientou diminuir o sal da comida e verificar a PA todo dia. Fiz os exames e retornei para ela. Os exames deram alterações e ela encaminhou com urgência para o obstetra. Fui no mesmo dia e ele disse estar tudo bem e que desconsiderasse o que a enfermeira havia dito. Na semana seguinte voltei para consulta com a enfermeira no posto de saúde, com PA 150x100. Ela perguntou o que o médico havia prescrito e eu disse que nada. Ela então prescreveu metildopa e as orientações já ditas. Na semana seguinte a PA ainda estava alta 140x100 e os exames ainda mais alterados. Ela chamou o SAMU e me encaminhou à maternidade. Lá o médico me levou para UTI por que além da PA alta eu urinava sangue. Fiquei 4 horas na UTI e fui para cesariana de emergência. Voltei para UTI e meu bebê foi para UTI neonatal. Ficou 10 dias lá.

Caso 2: (GAR2) Eu tive pressão alta depois dos sete meses de gravidez. Eu tinha dor de cabeça e a PA de 160x100. Eu estava em casa com dor no pé da barriga e fui pra consulta com o obstetra. Ele viu a PA e os exames que levei e disse que a PA estava alta e os exames alterados. Ele procurou vaga em UTI neonatal, mas não tinha e me encaminhou para o Hospital da Mulher. Lá a PA estava em 160x110 e fui para UTI, mas a pressão não baixava com nenhum medicamento e eu me sentia muito mal. Fiquei 5 dias na UTI e a pressão melhorou. Fui de alta para as enfermarias usando medicamento para pressão. Já estava de alta, quando fui sorteada pelos acadêmicos de medicina para fazer uma nova USG. O resultado foi descolamento de placenta. Fui com pressão alta para cesariana de urgência. O bebê com 33s foi para UTI neonatal. Com sete dias deram alta dele para UCIN por que precisavam da vaga para outro bebê mais grave que ele. No dia seguinte ele piorou e retornou para UTI neonatal em estado muito grave. De madrugada ele morreu. Não entendi por que tiraram ele da UTI se ele ainda era grave. Foi só para morrer.

Caso 3: (GAR3) Eu tive pressão alta durante toda gravidez, chegando a 220x140 no dia que fui para maternidade. Desde o início da gravidez eu uso medicação para pressão. Fazia pré-natal com a enfermeira do posto e ela me encaminhou para o pré-natal de alto risco, mas não tinha vaga. Só conseguimos a vaga 03 meses depois. No dia que fui a consulta no alto risco a

PA estava 220x140 e médica chamou o SAMU e encaminhou para a maternidade. Eu vi que algo não estava bem. No Hospital da Mulher fui atendida pelo obstetra do plantão que medicou e solicitou exames. Fui para UTI e a pressão não baixava. O médico disse que tinha que operar por que poderia morrer eu e o bebê. Feito a cesárea voltei para UTI e o bebê foi para UTI neonatal e com 3 dias ele morreu por prematuridade extrema.

Caso 4: (GAR4) Eu tinha HAS e proteinúria na gravidez. Foi necessário tomar enoxparina durante sete meses de gravidez para prevenir o óbito ocorrido em seis gestações anteriores. A obstetra solicitou uns exames antes da gestação e dentre eles o de anti-corpos e o resultado foi SAF (Síndrome do anticorpo anti-fosfolípídeo) e aí eu precisava de heparina durante toda gestação. Isso foi descoberto devido o óbito do feto na gestação anterior aos sete meses de gestação, por isso foi necessário investigar o motivo. Durante a gravidez eu fui atendida na UBS durante todo pré-natal e no AMI com o pré-natal de alto risco (PNAR) e não tive dificuldades de ser atendida pelos profissionais. Tive dificuldades de conseguir o medicamento que era vital para meu filho e nem a secretaria de saúde do município nem do estado me ofertaram. Foi necessário entrar com ação no Ministério Público a qual ganhei, porém nem assim consegui a medicação. Não fiquei sem medicação por que o pessoal da UBS conseguiu através de amizades com outros profissionais da rede hospitalar. Precisava também da USG obstétrica com doppler que passei a fazer semanalmente a partir dos 4 meses de gestação até o parto e não tive acesso na rede pública e não tinha condições de pagar por ela que tem custo alto para mim. Só consegui fazer por que a obstetra do alto risco fazia pra mim por cortesia em seu consultório particular. Sem esse exame eu poderia ter perdido novamente meu filho.

No primeiro caso vemos que os sinais de agravamento na gestação não foram percebidos pelo obstetra assistente da gestante. Foram sim percebidos e valorizados pela enfermeira da ESF que acompanhava o pré-natal na UBS, que orientou algumas condutas e devido a limites no seu processo de trabalho a encaminhou acertadamente para consulta médica onde a gestante deveria ter continuidade do atendimento com condutas para amenizar ou reverter seu problema de saúde. Infelizmente, a negligência do médico que a atendeu mostra a realidade de vários profissionais da saúde, que desvalorizam os sinais apresentados pelas gestantes e contribuem para o agravamento de seu estado de saúde. As alterações hipertensivas da gestação estão associadas a complicações graves fetais e maternas e a um risco maior de mortalidade materna e perinatal (Brasil, 2012). Nos países em desenvolvimento, a hipertensão gestacional é a principal causa de mortalidade materna, sendo responsável por um grande número de internações em centros de tratamento intensivo.

No segundo, a frase: “Já estava de alta, quando fui sorteada pelos acadêmicos de medicina para fazer uma nova USG”, nos assusta bastante, ao questionarmos: Que avaliação foi realizada desta gestante? Que critérios clínicos foram estes, que permitiram a alta hospitalar de uma gestante com quadro clínico de hipertensão arterial na gestação o que pode levar ao descolamento de placenta e conseqüentemente, risco de morte para mãe e feto?

No terceiro caso, a falta de acesso ao pré-natal de alto risco pode ter contribuído para o agravamento do estado de saúde da gestante ocasionando o parto prematuro e o então óbito fetal. Mais uma vez vemos o pré-natal sendo realizado somente pela enfermeira da ESF sem o acompanhamento do médico da equipe. Também percebemos aqui que a rede de atenção mais uma vez não funcionou como deveria, dando suporte e integralidade na atenção à gestante.

No último caso, a negligência do Estado é revoltante, pois a vida do concepto dependia diretamente da utilização do medicamento durante a gestação. A omissão dos gestores públicos neste caso é um crime cometido contra vida não só do feto, mas também da gestante, que tem sua vida ameaçada pela condição clínica e também pelo estresse emocional, o que com certeza agravou seu estado de saúde. Vemos que mesmo ganhando a causa na justiça, o que não deveria ser necessário, sendo a saúde um direito constitucional, não conseguiu ter acesso ao medicamento, sendo socorrida pela amizade e vínculo formados com os profissionais da ESF. Faltou aqui o cuidado por parte dos gestores, cuidado significando valorização do outro, conforme Boff (2004).

Ao realizar um estudo sobre gestação de alto risco, Oliveira (2008) entrevistou um grupo de 16 gestantes que realizavam seu pré-natal de alto risco em uma policlínica do município de Divinópolis, MG. O autor concluiu que os sentimentos delas frente à gravidez de alto risco foram, entre outros, o medo de morrer durante a gestação ou durante o parto. Este medo de morrer foi relatado por todas as entrevistadas que vivenciaram o risco de morte durante seu internamento na UTI:

Sim tive muito medo de morrer. Eu e meu bebê. (GAR1)

Medo demais. Na hora que o médico disse que eu ia sair da UTI para fazer a cesárea devido minha pressão muito alta e os exames alterados eu pensei que ia morrer. (GAR3)

Tive medo sim. Por que não conseguia ter os exames e medicamentos que precisava. Pensava em minha morte e morte de meu filho. Queria muito realizar o sonho de ser mãe, mas tive medo de não conseguir devido a falta do direito a saúde. (GAR4)

O nascimento do filho ao final da gestação é esperado não só pela gestante, mas, também, pelas famílias de ambas as partes. É a concretização de um sonho, mesmo numa gravidez não planejada a mulher sonha em um dia ser mãe, de um planejamento familiar e de um desejo social, pois ao vermos uma gestante o nosso desejo é que ela esteja brevemente com seu filho nos braços. E quando tudo isso é ameaçado com o agravamento de sinais de risco não há como não pensar na morte e menos ainda como não temê-la.

Para Souza et al. (2007), diversos sentimentos surgem quando a gestante descobre que sua gestação é considerada de alto risco ou quando é hospitalizada em decorrência de alguma patologia associada a sua gravidez: solidão devido ao isolamento, inatividade forçada, consumação inesperada e abrupta do parto, medo da morte ou das possíveis sequelas em decorrência da prematuridade, culpabilidade por não ser capaz de ter uma gravidez normal.

O relato a seguir das mulheres, mostra a vivência delas num momento solitário, separadas de suas famílias, onde o medo da morte era bem presente:

Foi muito ruim, agente acha que vai morrer bem velhinha e quando aconteceu isso fiquei apavorada e pensava quem iria cuidar de minha filha, e que também não iria vê-la crescer. É horrível. (GAR1)

Foi muito ruim. Você fica fragilizada, não pode fazer nada, depende dos outros e tem muito medo deles errarem. Achei que não veria minha família de novo. (GAR2)

Fui para UTI à noite com 34 semanas de gravidez, com pressão alta de 170x140 e sentia mal estar, não enxergava bem e pensei que ia morrer. Foi aí que pensei na morte e em não poder realizar o sonho de ser mãe. É uma sensação muito ruim e de muito sofrimento. (GAR4)

Não temos a cultura de pensarmos na morte no nosso dia a dia, como algo que pode nos acontecer a qualquer momento. Preferimos imaginar que a morte virá na velhice, bem longe do hoje, e, quando percebemos a possibilidade de sua antecipação, nos apavoramos, pois significa nos separarmos das pessoas que amamos. Vemos nas falas que o medo e a ansiedade também existem não somente da morte em si, mas da incerteza do futuro dos filhos e familiares sem a presença de suas mães. Criar os filhos, acompanhar seu crescimento, dar continuidade a vida é algo essencial para felicidade dessas mulheres tão quanto dar a luz a um filho saudável e poder leva-lo para junto de sua família.

Na atualidade, a ansiedade é vista como um possível fator de risco tanto do nascimento de um recém-nascido prematuro, quanto de baixo peso, podendo comprometer negativamente a gestação por causar uma suposta alteração endócrina e por proporcionar comportamentos de risco tais como: o vício de fumar, ganho de peso inadequado e demora no acesso ao pré-natal (Araújo; pereira; Kac, 2007).

Hickey et al. (1995 apud Ores et al., 2005) em uma amostra de 806 gestantes de alto risco, encontraram um risco aumentado para a ocorrência ansiedade e a depressão. Para esses autores, os fatores psicossociais desempenham um importante papel na etiologia da gravidez de alto risco. A comunicação entre o profissional de saúde e a gestante é fundamental para que se estabeleça um relacionamento interpessoal adequado, unidos por sentimentos de respeito, confiança e empatia com o intuito de melhorar a assistência prestada e a qualidade de vida dessas mulheres.

A vida, após ver a morte de perto, é relatada pelas mulheres nas falas que se seguem:

Até hoje tenho problemas renais e faço tratamento com o nefrologista. (GAR1)

Bastante nervosa. Precisei ir ao psicólogo e psiquiatra e faço uso de medicamentos controlados. Tive outro bebê há 5 dias e tive muito medo de acontecer a mesma coisa. Precisei de acompanhamento psiquiátrico durante toda gravidez. (GAR2)

Eu fiquei com pressão alta, depressiva por que queria minha filha viva e ainda sinto muita dor de cabeça. A tristeza de perder um filho é muito dolorosa. (GAR3)

Hoje tenho um filho de um ano, sou hipertensa, uso medicamentos anti-hipertensivos e preciso de remédio para dormir, pois ainda tenho medo de ficar sem meu filho e passar por tudo novamente. (GAR4)

Essas mulheres carregam marcas para sempre do seu processo gravídico-puerperal e, mais do que isso, consequências dolorosas deste processo. Sequelas, psicológicas, físicas e emocionais para toda a vida pela falta de atenção de qualidade. Necessitam de continuidade no acompanhamento de saúde com o bom funcionamento da rede de atenção. Fica difícil imaginarmos isso, se quando estavam gestantes e eram consideradas grupo prioritário para atenção em saúde pelo Ministério da Saúde, não tiveram o devido atendimento e seus direitos garantidos, o que dizer de agora que não estão mais neste grupo. A garantia constitucional da

integralidade e equidade é necessária e precisa ser cobrada como um direito de todo cidadão deste país.

Saber a opinião das gestantes, do que aconteceu com elas, e do por que isso aconteceu, pode ajudar a entender por que a morbimortalidade materna ainda tem atingido tantas mulheres, servindo, também, de instrumento para um diagnóstico da realidade e planejamento de ações para diminuir este índices. Vejamos as mulheres disseram quando foram indagadas sobre o porque disso ter ocorrido com elas:

Por que o médico obstetra não fez a parte dele. A enfermeira fez o que podia e quando chegou na parte do médico nada foi feito. Ele foi muito ruim. Eu podia ter morrido ou meu filho. Agradeço a enfermeira pelo que ela fez. Precisamos de profissionais bons assim. (GAR1)

Pela irresponsabilidade da equipe do hospital. Demoraram muito para fazer meu parto, isso piorou a saúde de meu filho. A equipe da UTI neonatal foi negligente em dar alta a meu filho sem condições para isso, só por que precisavam da vaga. Meu filho foi escolhido para morrer. (GAR2)

Por falta de garantia dos nossos direitos. Se eu tivesse feito a USG com doppler na gestação anterior e usado a medicação com o diagnóstico correto meu filho estaria vivo. Só tenho esse por que tive a ajuda das pessoas da UBS e da médica do alto risco. (GAR4)

São relatos fortes de mulheres que passaram por momentos difíceis que mostram como a negligência de profissionais, que se esquivam de suas competências e responsabilidades, trazem consequências danosas à saúde e a vida de cidadãos, que têm seus recursos financeiros sugados pelos tributos altos deste país, e que, teoricamente, deveriam ser revertidos à população em ótimas políticas públicas, inclusive saúde de qualidade para todos.

A demora no atendimento, as necessidade de saúde, a falta de escuta qualificada, do acolhimento com classificação de risco e percepção dos sinais de agravamento, o subdimensionamento de pessoal e a falta de vagas nas maternidades tem ceifado vidas e deixado sequelas numa negação à saúde como direito do cidadão e dever do estado.

Este cenário é conhecido dos gestores públicos que ainda se mostram inertes com pouca determinação para resolvê-lo. Precisamos capacitar, sensibilizar e responsabilizar gestores, profissionais e cidadãos.

O que percebemos de maneira positiva e bem forte foi o vínculo e o cuidado que os profissionais de saúde tiveram, no terceiro relato, com a gestante e sua família e não mediram esforços para ajuda-la a realizar o sonho de ser mãe. A responsabilidade em conseguir o medicamento e o exame não era dos profissionais, mas eles se sentiram parte disso, decidiram se envolver mais, e colocaram em prática o verdadeiro cuidado, como refere Boff (2004, p.89), que somente surge quando a existência de alguém tem importância para o outro que, então, passa a se dedicar a ele; dispondo-se a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida.

5. 4.TABELA DE CATEGORIAS DE ANÁLISE

CATEGORIA 1	SUBCATEGORIAS	Nº DE REFERÊNCIAS	TOTAL DE REFERÊNCIAS DA CATEGORIA
A atenção à gestante no município de Mossoró/RN	A percepção dos profissionais da saúde de Mossoró/RN quanto à atenção pré-natal na Estratégia de Saúde da Família.	76	176
	A percepção dos profissionais da saúde de Mossoró/RN quanto à garantia do acesso ao pré-natal de alto risco.	40	
	A percepção dos profissionais da saúde de Mossoró/RN quanto à atenção prestada pelas maternidades de Mossoró/RN.	60	

CATEGORIA 2	SUBCATEGORIAS	Nº DE REFERÊNCIAS	TOTAL DE REFERÊNCIAS DA CATEGORIA
Os fatores que contribuem para a morbimortalidade materna em Mossoró/RN	A percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores que contribuem para a morbimortalidade materna.	56	136
	Sugestões dos profissionais da saúde para melhorar a atenção a gestante e o Coeficiente de Mortalidade Materna.	52	
	O lidar e o perceber dos profissionais da saúde quanto aos casos evitáveis de morbimortalidade materna.	28	

CATEGORIA 3	TOTAL DE REFERÊNCIAS DA CATEGORIA
A morte de perto: O relato de gestantes de alto risco que foram internadas em Unidade de Terapia Intensiva	17

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, ao dedicar-se ao objetivo de analisar os aspectos que contribuem para a morbimortalidade materna em Mossoró-RN, revelou fatores e aspectos que nos fazem pensar sobre a atenção prestada à gestante e como a morbimortalidade materna ainda é um desafio para gestores, profissionais da saúde e para toda a sociedade.

Os fatores apresentados ultrapassam as barreiras da cidade de Mossoró, como foco central de nosso interesse, e revelam a realidade vivenciada neste país por gestantes e suas famílias. Estes não diferem do que já é conhecido e discutido em eventos sobre esta temática. Isso nos deixa mais perplexos pois, mesmo assim ainda ocorrem com uma frequência acima dos níveis propostos pela OMS.

Conhecemos os fatores, sabemos o que precisa ser feito, mas uma inércia impede sua operacionalização. Vidas são ceifadas, a saúde é atingida e famílias têm seu convívio atingido.

O aperfeiçoamento de conteúdos com os profissionais é sem dúvidas necessário e indispensável para reverter os índices de morbimortalidade materna. Porém, isso não é o bastante. De igual importância, e no cenário atual, ou mais importante ainda, é a capacitação, sensibilização e responsabilização dos gestores públicos de todos os níveis de governo, quanto ao CMM, seus fatores condicionantes e determinantes e o que precisa ser realizado para diminuir bastante o vergonhoso e criminoso índice de morbimortalidade materna.

Neste sentido, deixamos como encaminhamento a necessidade de ouvir as mulheres sobreviventes, que tiveram próximo à morte materna, near miss. O relato dessas mulheres pode contribuir com a investigação, apontando falhas do atendimento e servindo de diagnóstico situacional para posterior planejamento de ações e avaliação contínua.

Este estudo levantou uma série de entraves e sugeriu possibilidades de transformação da realidade a partir da fala dos profissionais que fazem o atendimento às gestantes. Entretanto não esgotamos aqui o assunto e nem tampouco contém verdades absolutas. Mas, se propõe a ajudar a transformar uma realidade triste e dolorosa em momentos de alegria com a chegada de vida nova e que as famílias/sociedade tenham a segurança na atenção que lhes é de direito.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, J. M.; D'Oliveira, A.F.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias - interface -comunic., saude, educ., v.15, n.36, p.79-91, jan./mar. 2011.
- Almeida. C.M. **O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica.** In: **congresso nacional da rede unida – 20 anos de parcerias na saúde e na educação**, 6., 2005. Belo horizonte. Anais do vi congresso da rede unida, belo horizonte: rede unida, 2005.
- Alves, p. C. 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 Ageu Magalhães, fundação Oswaldo cruz, recife, 2011.
- Araújo, D. M. R.; pereira, n. L.; kac, g. Ansiedade na gestação, prematuridade e 2008;17(1):33-42. Acesso em: 7 mar. 2011.
- Ayres JRC. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** *Interface – comunic, saúde, educ* 2004; 8(14): 73-91.
- Bardin, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: edições 70, 2004.
- Boff, L. **O cuidado essencial.** Informativo pacs. Nº 2 – dezembro 2002 / fevereiro 2003.
- Boff, L. **Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis, RJ: vozes, 2004.
- Boff. L. Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, rj: vozes, 2004.
- Brasil, ministério da saúde. **Humanização do parto – humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília: secretaria executiva de saúde, 2002.
- Brasil, pré natal e puerpério – atenção qualificada e humanizada, ministério da saúde, Brasília – DF, 2005.
- Brasil. Ministério da saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** – Brasília : editora do ministério da saúde, 2012.
- Brasil. Ministério da saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** . – Brasília : ministério da saúde, 2014.
- Brasil. Ministério da saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde** – Brasília : ministério da saúde, 2009.
- Brasil. Ministério da saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** – Brasília : editora do ministério da saúde, 2012.
- Brasil. Ministério da saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Editora do MS, 2012.
- Brasil. Ministério da saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico.** – 5. Ed. – Brasília : editora do ministério da saúde, 2010.

- Brasil. Ministério da saúde. *Humanizadas*: Brasília: ministério da saúde; 2004.
- Brasil. Ministério da saúde. **Manual dos comitês de morte materna**. Série a. Normas e manuais técnicos. Brasília: ministério da saúde, 2007.
- Brasil. Ministério da saúde. Política nacional de atenção básica: ministério da saúde, 2012.
- Brasil. Ministério da saúde. *Política nacional de humanização (PNH)*:
- Brasil. Ministério da saúde. **Rede cegonha: queda na mortalidade materna**. Brasília, 2012.
- Brasil. Ministério da saúde. Secretaria da atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico**. Brasília: ministério da saúde; 2005.
- Brasil. Ministério de saúde. A assistência pré-natal. Manual técnico. 3ª ed. Brasília; 2000.
- Brasil. Ministério da saúde. **Urgências e emergências maternas**, 2ª ed. Brasília, 2000.
- Brasil. Tribunal de contas da união. Desempenho das ações de monitoramento e prevenção da mortalidade materna– Brasília : TCU, 2002.
- Bup, M.B.C. Ética e prática profissional em saúde. **Texto & contexto enfermagem**, v.14,n.1,p.65-74, 2005.
- Carreno, I. **Mortalidade materna no estado do rio grande do sul, brasil, no período de 1999 a 2008**. Tese de doutorado, 110f, 2012.
- Cavalcanti, P.C.S. **O modelo lógico da rede cegonha**. Recife, 25f, 2010.
- Cecatti JG, Souza JP, Parpinelli MA, Haddad SM, Camargo RS, Pacagnella RC et al. **Brazilian network or the surveillance of maternal potentially life threatening morbidity and maternal near-miss and a multidimensional evaluation of their long term consequences dy protocol [a study protocol]**. Reproductive health. 2009, 6:15-25.
- Cecílio, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: pinheiro, r. E mattos, r. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de janeiro: ims, uerj, abrasco, 2001. P. 113-126.
- Childress, J. F.; Beauchamp, T. L. **Princípios de ética biomédica**. São paulo, sp: loyola, 2002.
- Correla, R.A. et al. **Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006)** Reben, 2011.
- Costa, G. D. et al. *Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do programa saúde da família*. Ciência & saúde coletiva. 14, Rio de Janeiro; 2009.

Giovanella, L. A atenção primária à saúde nos países da união européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cadernos de saúde pública, rio de janeiro, v. 22, n. 5, p.951-63, 2006.

Goldim, José Roberto. Eutanásia. Disponível em:<<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm>>. Acesso em: 24 jun. 2007.

Gomes FA, Mamede MV, Costa Junior ML, Nakano AMS. Morte materna mascarada: um caminho para sua identificação. Acta paul enferm. 2006;19(4):387-93.

Gonçalves, R. et al. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma unidade de saúde da família em um município da grande são paulo.** Reben, Brasília, 2008.

Hartz, Z. M. A.; Contandriopoulos, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cadernos de saúde pública, rio de janeiro, v.20, supl. 2, p.331-336, 2004.

Hotimsky, Sonia Nussenzweig. A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia. Encontro nacional de antropologia do direito. Universidade de São Paulo, 2009.

Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. Cad saúde pública. 2000; 16(1): 23-30.4.

Laurenti, R.et al. **A mortalidade materna nas capitais brasileiras.** Rev. Bras. Epidemiol.2004;7(4):449-60.

Lenoir, Noëlle. **Promover o ensino de bioética no mundo.** Bioética. V.4, n. 1. Brasília, conselho federal de medicina, 1996. P.65-70.

Leocádio, E. Violência e direitos humanos. Disponível em:< <http://www.ipas.org.br/rhamas/>>

Loch, J.de A. Princípios da bioética. Uma introdução à bioética. Temas de pediatria Nestlé, n.73, 2002. P. 12-19.

Malta. Deborah carvalho. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do sistema único de saúde do brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 16(4):233-244, out-dez, 2007.

Marconi, M. A; Lakatos, e. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Melleiro, M. M.; Gualda, D. M. R. **Experiências e expressões de gestantes na interação com o sistema de saúde: um enfoque fotoetnográfico.** Rev. Latino-americana de enfermagem 2004; 12(3):5034.

Mendes EV. **As redes de atenção à saúde.** Belo horizonte: escola de saúde pública de Minas Gerais; 2009.

Mendes, e. V. A modelagem das redes de atenção à saúde. Belo horizonte: secretária de estado de saúde de minas gerais, 2007.

Merhy, E.E.; Queiroz, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Cadernos de saúde pública, rio de janeiro, v. 2, n.9, abr/jun, p.177-184,1993.

Minayo, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

Minayo, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004

Ministério da Saúde. manual dos comitês de mortalidade materna. 2a ed. Brasília (DF) : coordenação materno infantil; 2002.

Morais, F.R.R. **A humanização no parto e no nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira**. 2010. 273 f (dissertação - tese de doutorado. Programa integrado de doutorado em psicologia social UFRN/UFPB), doutorado em psicologia social. Natal, 2010

Mota SMS, Gama SGN, Theme MM. Mortalidade materna no município de Belém, estado do Pará, 2007.

Neme. B. **Obstetrícia básica**. São Paulo (SP): Sarvier; 2000.

Oliveira, V. J. Vivenciando a gravidez de alto-risco: entre a luz e a escuridão. 2008. 111

Ores, L. C. Et al. Gestantes de alto risco e fatores psicológicos. In: congresso de <www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertações/virginiajoliveira.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2011.1.225-1.231.

Organização mundial de saúde. OMS. **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

Pessini, L. **Bioética, medicina e tecnologia**. Ed. São Camilo. 2005

Pessini, L. **Eutanásia – por que abreviar a vida?** Ed. São Camilo. 2004.

Pinheiro, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: pinheiro, r.; mattos, r. A. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, p. 65 -112, 2001.

Potter, Van Rensselaer. **Bioethics: bridge to the future**. Englewood cliffs: prentice hall, 1971:2.

Queiróz, M. I. De P. **O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões**. In: Lang, A.B.S.G., org. Reflexões sobre a pesquisa sociológica. São Paulo, centro de estudos rurais e urbanos, 1992. P. 13-29. (coleção textos; 2ª série, 3).

Rodrigues, M.P. et al. **A representação social do cuidado no programa de saúde da família na cidade de natal**. Rev. Ciências e saúde. 13(1):71-82, 2008.

Santos, maria ribeiro [et al]. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. Revista brasileira de enfermagem: Brasília, 2011

São Paulo. Secretaria da saúde. **Atenção à gestante e à puérpera nos sus – sp: manual técnico do pré-natal e puerpério.** 234p 2010.

Say L, Souza JP, Pattinson RC. **Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best practice & research clinical obstetrics and gynaecology.** 2009; 23:287- 96.

Selltiz, C.; wrightsmann, L.; Cook, S.; kidder, L. **Métodos de pesquisa nas relações sociais.** S.Paulo, EPU – editora pedagógica e universitária LTDA., 1987, 2ª edição brasileira (coordenadores j. R. Malufe e b. Gatti), vol. 2 (medidas na pesquisa social), cap. 7 (“noções básicas de mensuração”), pp. 1-14 .

Serruya, S. J. et al. **Avaliação preliminar do programa de humanização do pré-natal e nascimento no brasil.** Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia. Rio de janeiro. 26(7); 2004.

Serruya, S. J.; Cecatti, J. G.; Lago T. G. **O programa de humanização no pré- natal e nascimento do ministério da saúde no Brasil: resultados iniciais.** Cad saúde publica 2004; 20(5):1281-1289.

Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. **Severe maternal morbidity (near miss) as a sentinel event of maternal death. An attempt to use routine data for surveillance.** Reproductive health.2008; 5 (6):1-8.

Souza JP, Cecatti JG, Pacagnella RC, Giavarotti TM, Parpinelli MA, Camargo RS, Sousa MH. **Mortalidade materna no brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2011.

Souza, E. et al. Aspectos obstétricos de prematuridade. In: prado, f. C.; ramos, j.; Valle, J. R. (orgs.). Atualização terapêutica. 23. Ed. São paulo: artes médicas, 2007. P.

Tanaka, A.C.A. Maternidade dilema entre nascimento e morte. São paulo: Hucitec, rio de janeiro: ABRASCO; 1995.<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/01.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

Vanneste AM, Ronsmans C, Chakraborty J, de Francisco A. **Prenatal screening in rural bangladesh: from prediction to care. Health policy plan.** 2000;15(1):1-10.

Viana, R.C. Novaes, M.R.C.G. Calderon, J.M.P. **Mortalidade materna – uma abordagem atualizada.** Com. Ciências e saúde – 22 sup 1: s141- s152, 2011

Vieira, DPC. **Mistanásia – um novo instituto para um problema milenar.** Rev. @reópago jurídico – ano 2. Ed. 07 jul-set 2009. P. 71 – 74

Waldow, V.R. **Reflexões sobre educação em enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado.** O mundo da saúde são paulo: 2009: 33(2):182-188.

APÊNDICES

APÊNDICE A1
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTOS
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE- UFRN
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO - PPGR
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (profissionais)

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada: **MORBIMORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ: Desvelando os seus fatores**, coordenada pela Professora de Bioética do curso de Medicina da UFRN e Ex-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes - Dra. Karla Patrícia Cardoso Amorim e tem como pesquisadora a enfermeira Adriana Maria Alves aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Esta pesquisa faz parte do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF, promovido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, por meio do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivo geral realizar um estudo para conhecer os aspectos que contribuem para a morbimortalidade materna em Mossoró-RN . E mais especificamente 1) Descrever, a partir da percepção dos profissionais de saúde, os fatores que contribuem para a morbimortalidade materna em Mossoró-RN, 2) Conhecer, a partir do Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM), o percentual de mortes maternas diretas e indiretas deste município, 3) Descrever como os profissionais de saúde percebem e lidam com os casos evitáveis de morbimortalidade materna e 4) Conhecer casos de morbidade materna em gestantes de alto risco que foram internadas em UTI.

Entendemos como oportuno o momento para discutir essa temática, com o intuito de identificar os fatores que estão contribuindo com a morbimortalidade materna, contribuindo para estruturar ações de saúde para prevenção da morbimortalidade materna, estreitar laços, entre a APS e as Maternidades, e possibilitar o planejamento de ações conjuntas que resultem

num cuidado contínuo, de qualidade nesses serviços e, conseqüentemente, a gestante seja atendida em sua totalidade, resultando na melhoria dos indicadores de saúde materna de Mossoró.

Caso decida aceitar o convite, contribuirá diretamente com a pesquisa, onde você será entrevistado(a) pela pesquisadora com auxílio de um gravador, onde poderá se expressar livremente e não precisará escrever nada. As perguntas que serão feitas serão a respeito dos seus dados sociais, profissionais e a respeito do seu atendimento às gestantes.

Os riscos envolvidos com sua participação poderão ser: constrangimento ao relatar situações vivenciadas, constrangimento em achar que não sabe responder as questões, constrangimento ao relatar histórias que envolvem possíveis danos e exposição da sua imagem. Tais riscos serão minimizados através de um encontro em ambiente reservado, escolhido previamente por você, onde você terá total liberdade de se expressar. Também será garantido o seu anonimato. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento, bem como o da Instituição na qual está ou esteve vinculado durante a pesquisa. Solicitamos, também, que no decorrer das questões abertas não sejam citados os nomes das pessoas envolvidas, como forma de preservar tanto a sua imagem, como as delas. Mesmo com os cuidados do grupo de pesquisadores com a sua pessoa, caso ocorra um danos proveniente da pesquisa, você será devidamente indenizado pelos pesquisadores desde que devidamente comprovadas as despesas e o dano, conforme Resolução nº466/12-CONEP que revoga a Resolução nº196/96. .

Você terá como benefício indireto ao participar da pesquisa: contribuir para trazer para o debate científico as questões éticas relacionadas a morbidade e mortalidade materna. Tal discussão poderá subsidiar o planejamento das ações do Município de Mossoró para tomada de decisões que melhorem a qualidade do atendimento as gestantes.

Os dados serão guardados em local seguro na UFRN, sob a responsabilidade da coordenadora e pesquisadora da pesquisa e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Como foi dito anteriormente, pretendemos realizar a entrevista no local que você considerar melhor. O intuito é que a pesquisadora vá até você, e, dessa forma, não terá gasto. No entanto, se surgir alguma despesa não prevista, referente à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

O documento deverá ser assinado em duas vias ficando uma com a pesquisadora e outra com você voluntário e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá

perguntar diretamente para professora Karla Patrícia Cardoso Amorim, no Departamento de Medicina Clínica, telefone (84) 3342-9705.

Informamos ainda que esta pesquisa segue os princípios ético-legais, contidos na Resolução nº 466/12-CONEP que revoga a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada com o código _____ pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HUOL/UFRN. Uma cópia desse consentimento será arquivado pelo pesquisador responsável, por um período mínimo de 5 anos.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL, localizado no 3º subsolo do HUOL, Telefone/Fax (84) 3342-5003.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa **MORBIMORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ: Desvelando os seus fatores .**

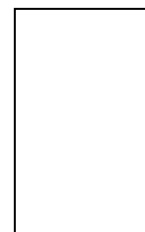
Nome do Participante da pesquisa

Assinatura: _____

Data:/...../.....

Assinatura do Pesquisador Responsável pela Pesquisa e por obter o TCLE–
Adriana Maria Alves

Data:/...../.....



APÊNDICE A2
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTOS
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE- UFRN
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO - PPGR
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - MPSF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (mulheres)

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada: **MORBIMORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ: Desvelando os seus fatores**, coordenada pela Professora de Bioética do curso de Medicina da UFRN e Ex-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes - Dra. Karla Patrícia Cardoso Amorim e tem como pesquisadora a enfermeira Adriana Maria Alves aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Esta pesquisa faz parte do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF, promovido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, por meio do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivo geral realizar um estudo para conhecer os aspectos que contribuem para a morbimortalidade materna em Mossoró-RN. E mais especificamente 1) Descrever, a partir da percepção dos profissionais de saúde, os fatores que contribuem para a morbimortalidade materna em Mossoró-RN, 2) Conhecer, a partir do Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM), o percentual de mortes maternas diretas e indiretas deste município, 3) Descrever como os profissionais de saúde percebem e lidam com os casos evitáveis de morbimortalidade materna e 4) Conhecer casos de morbidade materna em gestantes de alto risco que foram internadas em UTI.

Entendemos como oportuno o momento para discutir essa temática, com o intuito de identificar os fatores que estão contribuindo com a morbimortalidade materna, contribuindo para estruturar ações de saúde para prevenção da morbimortalidade materna, estreitar laços, entre a APS e as Maternidades, e possibilitar o planejamento de ações conjuntas que resultem

num cuidado contínuo, de qualidade nesses serviços e, conseqüentemente, a gestante seja atendida em sua totalidade, resultando na melhoria dos indicadores de saúde materna de Mossoró.

Caso decida aceitar o convite, contribuirá diretamente com a pesquisa, onde você será entrevistado(a) pela pesquisadora com auxílio de um gravador, onde poderá se expressar livremente e não precisará escrever nada. As perguntas que serão feitas serão a respeito dos seus dados socioeconômicos, e a respeito de momentos de sua vida durante a gravidez, parto e pós-parto.

Os riscos envolvidos com sua participação poderão ser: constrangimento ao relatar situações vivenciadas, constrangimento em achar que não sabe responder as questões, constrangimento ao relatar histórias que envolvem possíveis danos e exposição da sua imagem. Tais riscos serão minimizados através de um encontro em ambiente reservado, escolhido previamente por você, onde você terá total liberdade de se expressar. Também será garantido o seu anonimato. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento da pesquisa. Solicitamos, também, que no decorrer das questões abertas não sejam citados os nomes das pessoas envolvidas, como forma de preservar tanto a sua imagem, como as delas. Mesmo com os cuidados do grupo de pesquisadores com a sua pessoa, caso ocorra um dano proveniente da pesquisa, você será devidamente indenizado pelos pesquisadores, desde que devidamente comprovadas as despesas e o dano, conforme Resolução nº466/12-CONEP que revoga a Resolução nº196/96.

Você terá como benefício indireto ao participar da pesquisa: contribuir para trazer para o debate científico as questões éticas relacionadas a morbidade e mortalidade materna. Tal discussão poderá subsidiar o planejamento das ações do Município de Mossoró para tomada de decisões que melhorem a qualidade do atendimento as gestantes.

Os dados serão guardados em local seguro na UFRN, sob a responsabilidade da coordenadora e pesquisadora da pesquisa e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Como foi dito anteriormente, pretendemos realizar a entrevista no local que você considerar melhor. O intuito é que a pesquisadora vá até você, e, dessa forma, não terá gasto. No entanto, se surgir alguma despesa não prevista, referente à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

O documento deverá ser assinado em duas vias ficando uma com a pesquisadora e outra com você voluntário e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a pesquisadora, telefone (84) 9117-7714 ou 3316-4943.

Informamos ainda que esta pesquisa segue os princípios ético-legais, contidos na Resolução nº 466/12-CONEP que revoga a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada com o código _____ pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HUOL/UFRN. Uma cópia desse consentimento será arquivado pelo pesquisador responsável, por um período mínimo de 5 anos.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL, localizado no 3º subsolo do HUOL, Telefone/Fax (84) 3342-5003.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa **MORBIMORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ: Desvelando os seus fatores.**

Nome do Participante da pesquisa

Assinatura: _____

Data:/...../.....

Assinatura do Pesquisador Responsável pela Pesquisa e por obter o TCLE–
Adriana Maria Alves

Data:/...../.....



APÊNDICE D**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM AS GESTANTES DE ALTO RISCO QUE FORAM INTERNADAS EM UTI.****1- IDENTIFICAÇÃO**

1.1 NOME:

1.2 PRONTUÁRIO:

1.3 IDADE:

1.4 SEXO Masculino Feminino**2- DADOS SOCIOECONÔMICOS:**2.1 COR DA PELE: Branca Preta Parda Amarela2.2 ESTADO CIVIL: Casada/ União Estável Solteira Divorciada/ Separada Viuva

2.3 ANOS DE ESTUDO:

 Nenhum Alfabetização de Jovens e adultos _____ anos Ensino Fundamental Completo Ensino Fundamental Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Médio Incompleto Superior Incompleto Superior Incompleto

2.4 OCUPAÇÃO:

 Dona de Casa Agricultora Diarista/Doméstica Aposentada Estudante Outra atividade: _____

2.5 RESIDÊNCIA:

 Casa própria Casa alugada Casa de parentes

2.6 NÚMERO DE PESSOAS QUE VIVEM NO DOMICÍLIO:

 01 02 03 04 05

() Mais de 5 pessoas

2.7 RENDA FAMILIAR

() Menos de 1 salário mínimo

() 01 salário mínimo

() 02 a 04 salários mínimos

() Mais que 04 salários mínimos

3. Dados obstétricos:

Gesta_____ Para _____ Aborto_____

Partos vaginais_____ Partos cirúrgicos_____

Filhos vivos_____ Filhos que morreram_____

4. Questionamentos

- 1- Você teve alguma problema de saúde durante a gravidez? Qual?
- 2- Como e quando você o percebeu? E o que você fez?
- 3- Foi há algum lugar para ser atendida? O atendimento foi rápido? O que fizeram?
- 4- Você teve medo de morrer?
- 5- Como foi para você ter vivenciado esse momento de quase morte de sua vida?
- 6- Como você ficou após esse fato? Tem alguma sequela?
- 7- Por que você acha que ocorreu isso?
- 8- Em sua opinião, que poderia ser feito para evitar que outras mulheres passem por isso também?