

Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito

Women's perception of prenatal and delivery care in cases of neonatal death

Percepción de las mujeres sobre asistencia prenatal y parto en casos de recién nacidos que han evolucionado para óbito

Maria Aparecida Munhoz Gaíva¹
Ellen Whate Morais Palmeira¹
Leandro Felipe Mufato²

1. Universidade Federal de Mato Grosso.

Cuiabá, MT, Brasil.

2. Universidade do Estado de Mato Grosso,

Tangará da Serra, MT, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção de mulheres sobre a assistência prestada a elas no pré-natal e parto em casos em que o recém-nascido evoluiu para o óbito. **Método:** Estudo qualitativo realizado com mulheres cujo filho evoluiu para o óbito no período neonatal. Os dados foram coletados por meio de entrevistas abertas e analisados de acordo com a técnica de análise temática.

Resultados: A relação profissional-paciente, na qual há diálogo, está associada à boa experiência do pré-natal para as mulheres. Orientações e informações sobre saúde são vistas como um diferencial para o alcance da qualidade. A dificuldade de acesso aos exames e a falta de preparo da mulher para o parto surgem como aspectos negativos da atenção. **Conclusões:** Fatores negativos da assistência refletem-se de modo biográfico para estas mulheres. **Implicações para a prática:** Os resultados poderão servir de alerta para os profissionais que atuam na assistência à gestante e à parturiente.

Palavras-chave: Óbito; Assistência pré-natal; Pré-natal; Parto; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze women's perception of care in prenatal and delivery care in cases of neonatal death. **Method:** A qualitative study was carried out with women whose children died in the neonatal period. Data were collected through open-ended interviews and analyzed according to the thematic analysis technique. **Results:** The professional-patient relationship in which there is dialogue is associated with good prenatal experience for women. Guidelines and information about health are seen as a positive aspect to achieve quality of care. The difficulty of access to exams and the lack of preparation of women for childbirth appear as negative aspects for care. **Conclusions:** Negative health care factors are reflected in a biographical way on these women. **Implications for practice:** Include results that can serve as a warning for professionals who provide care for pregnant and parturient women.

Keywords: Death; Prenatal Care; Prenatal; Parturition; Quality of Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción de las mujeres sobre la asistencia prenatal y el parto en casos en que el recién nacido ha evolucionado para óbito. **Método:** Estudio cualitativo realizado con mujeres cuyo hijo se murió en el período neonatal. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas abiertas y analizados según la técnica de análisis temática. **Resultados:** La relación profesional-paciente, en que hay diálogo, se asocia con una buena experiencia prenatal para las mujeres. Las directrices y la información sobre la salud se consideran un diferencial para lograr la calidad. La dificultad de acceso a los exámenes y la falta de preparación de la mujer para el parto son aspectos negativos. **Conclusiones:** Los factores negativos de la asistencia se reflejan en una forma biográfica para estas mujeres. **Implicaciones para la práctica:** Los resultados pueden servir como alerta para los profesionales que trabajan en el cuidado de mujeres embarazadas y parturientas.

Palabras clave: Óbito; Asistencia Prenatal; Prenatal; Parto; Calidad de la Atención a la Salud.

Autor correspondente:

Maria Aparecida Munhoz Gaíva.

E-mail: mamgaiva@yahoo.com.br

Recebido em 25/01/2017.

Aprovado em 17/05/2017.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0018

INTRODUÇÃO

A mortalidade neonatal, componente da taxa de mortalidade infantil, indica as condições de saúde de uma população. As altas taxas de mortes no período neonatal precoce refletem a qualidade da assistência obstétrica e cuidados ao recém-nascido neste período de vida.¹⁻⁵ Os níveis de mortalidade infantil no Brasil ainda são elevados, se comparados aos países mais desenvolvidos, por mais que o país tenha apresentado tendência decrescente neste indicador.⁶

Entre os fatores associados à morte perinatal está a assistência pré-natal e parto. O pré-natal tem apresentado melhoras no Brasil com o alcance de seis consultas ou mais por um número cada vez maior de mulheres, porém, a qualidade dessa assistência tem sido apontada como insuficiente. Da mesma forma, o número de óbitos que ocorre no intraparto demonstra o potencial de evitabilidade dessas mortes e a necessidade de melhoras no cuidado em saúde.⁶

Um dos fatores que contribuem para a qualidade no atendimento de mulheres no pré-natal e parto é a humanização da assistência, que envolve comprometimento pessoal e profissional dos trabalhadores que atuam na área. Ações de promoção e prevenção de saúde nos cuidados obstétricos estão relacionadas ao empoderamento da mulher, que deve ser considerada como sujeito de direitos marcados por uma história familiar e cultural singular.⁷ Contudo, ainda são evidentes as barreiras que restringem a humanização do cuidado para as gestantes em todo o Brasil, colocando em relevo o distanciamento da prática cotidiana dos serviços às recomendações de melhorias apontadas pelas pesquisas, autoridades políticas e governamentais na área.

Para considerar a mulher como sujeito singular e de direitos, durante o atendimento de pré-natal e parto, é necessário que se valorize suas vivências e como elas percebem a experiência de serem cuidadas pelos serviços de saúde que oferecem essa assistência. Vários fatores evidenciam-se como contribuintes para uma boa experiência das gestantes que procuram os serviços de saúde, tais como: a participação de um acompanhante em todo o processo; a disponibilidade de exames e consultas; o recebimento de informações claras e seguras sobre o estado de saúde; o respeito à singularidade de cada gestante e aos seus aspectos culturais e subjetivos; a disponibilidade de serviços de atendimento em caso de complicações no parto e o acolhimento nas maternidades.^{3,4,7-11}

Considerando a escassez de estudos que avaliam a assistência no pré-natal e parto, na perspectiva das mulheres cujos recém-nascidos evoluíram para o óbito, a presente pesquisa teve por objetivo analisar a percepção de mulheres sobre a qualidade da assistência prestada a elas no pré-natal e parto em casos em que o recém-nascido evoluiu para o óbito.

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo exploratório com análise qualitativa dos dados. Esta abordagem permite ao pesquisador permear o universo do indivíduo em seus valores, crenças e anseios, bem como ampliar

sua experiência contextualizada dentro em uma realidade única e distinta.¹²

A investigação foi realizada no município de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. É parte de um projeto matricial que analisou a mortalidade neonatal enfocando os olhares de mães que viveram na assistência à gestação e ao parto a necessidade de atendimento em casos de complicações e que poderiam narrar experiências que contemplassem o modo como os profissionais e serviços organizaram-se para atendê-las. Nessa perspectiva, participaram da pesquisa mães de crianças nascidas com peso inferior a 2.500 gramas e que vieram a óbito no período neonatal no decorrer do ano de 2013.

Em Cuiabá, o atendimento público ao pré-natal é realizado em 65 Unidades de Saúde da Família (USF), 21 centros de saúde, 06 policlínicas. A rede de atenção ao parto pelo SUS é formada por 02 hospitais filantrópicos privados credenciados e 01 hospital universitário público federal. O acompanhamento das gestantes de risco é oferecido por esses três hospitais. Além disso, a capital possui na rede privada de saúde 05 hospitais que dispõem de ambulatórios para acompanhamento de gestantes e maternidades.

Ressalta-se que as mães participantes da pesquisa fizeram acompanhamento da gestação em unidades básicas do município, consultórios privados e ambulatórios para gestantes de risco. A maioria dos partos ocorreu em maternidades conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a seleção das participantes, partimos da identificação de óbitos neonatais ocorridos no município de Cuiabá, no ano de 2013, por meio das Declarações de Óbitos (DO) e da observação das suas respectivas Declarações de Nascimento (DN). Essas informações foram coletadas pelos pesquisadores na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá, entre setembro e novembro de 2014.

Depois de identificados 69 óbitos de neonatos de baixo peso ocorridos no ano de 2013, buscamos as participantes desta pesquisa com base nos critérios utilizados pelo projeto matricial: peso do neonato, ao nascer, maior de 500g; tempo de sobrevivência do neonato de no mínimo 72 horas após o nascimento (para que a mãe tivesse tempo para vivenciar a hospitalização do filho); mães residentes em Cuiabá com disponibilidade do endereço completo e atualizado. Conforme as mulheres eram identificadas, as entrevistas eram realizadas, transcritas e analisadas, observando se os objetivos da pesquisa eram atingidos ou não. Com oito entrevistas, obtivemos dados suficientes para responder aos objetivos, finalizando o trabalho de campo.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas abertas, realizadas em domicílio, no mês de novembro e dezembro de 2014, em um encontro com cada participante, com duração de 35 minutos a uma hora cada. As entrevistas foram conduzidas com estímulo dos relatos de forma livre, utilizando a seguinte questão: "conte-me como se deu o atendimento no pré-natal e parto para você?" As entrevistas foram gravadas e transcritas logo após sua realização para análise de dados concomitante com o trabalho de campo.

Com as transcrições de todas as entrevistas e a análise dos resultados de acordo com os princípios da análise de dados qualitativos, técnica de análise de conteúdo do tipo temática,¹¹ foram identificadas as unidades de sentido mais significativas presentes nos dados, definindo-se, assim, os temas que emergiram como resultados do estudo: o diálogo; disponibilidade e abordagem do profissional como qualificador da assistência ao pré-natal e ao parto; a qualidade das orientações oferecidas pelos profissionais; a preocupação com a disponibilidades de serviços médicos para atender as intercorrências; a importância da equipe de enfermagem; a demora em receber informações sobre seu estado de saúde e do neonato; o pré-natal como preparo inadequado para o parto e a presença do acompanhante como facilitador na experiência de parto. Os autores do estudo optaram por apresentar as temáticas agrupadas para os diferentes momentos da assistência à mulher gestante, o pré-natal e o parto. Esta decisão foi tomada na intenção de contribuir para uma leitura clara das compreensões que obtivemos nos diferentes momentos da assistência. Dessa forma, as unidades de significado, agrupadas em temáticas, foram organizadas em dois grupos de resultados: Assistência recebida no pré-natal na perspectiva de mulheres cujos neonatos evoluíram para o óbito e Assistência recebida no parto na perspectiva de mulheres cujos neonatos evoluíram para o óbito.

Este estudo faz parte de um projeto matricial aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Júlio Muller sob o parecer N. 968/CEPHUJM de 09/10/2010, respeitando, em todas as etapas, os aspectos éticos em pesquisa, conforme Resolução 466/2012. Antes da realização de cada entrevista, as mulheres receberam informações sobre a pesquisa e aquelas que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para resguardar a identidade das participantes, estas foram identificadas pela letra E, seguida do número da entrevista, por exemplo: E1.

RESULTADOS

Assistência recebida no pré-natal na perspectiva de mulheres cujos neonatos evoluíram para o óbito

A qualidade da assistência no pré-natal, em alguns casos, está vinculada à relação profissional-paciente na qual há diálogo com explicações sobre procedimentos, exames e orientações. Podemos citar a este respeito:

[...] o médico explicava bastante as coisas e falava tudo que eu tinha que cuidar. Eu fiquei bem tranquila [...] Eu tinha bastante contato com o médico e ele perguntava como eu estava. Foi muito tranquilo. [...] Ele sempre explicou que o bebê poderia ficar na UTI, poderia ter algum problema, demorar mais ou não, assim esclareceu. (E1)

Porém, houve casos em que a falta de orientação foi considerada pela mãe como a causa do óbito neonatal, conforme podemos observar:

[...] não foi bom, porque eu não tive a devida orientação. [...] Se ele tivesse me orientado, se ele tivesse me dado um atestado, me colocado em repouso, eu não tinha perdido meu filho. (E6)

A indisponibilidade do profissional médico é vista pelas mulheres como um dos fatores que prejudicam a qualidade da assistência pré-natal:

Eu achei regular, eu acho que devia ter mais acompanhamento em questão da médica e das enfermeiras, porque era só uma vez que a gente se via durante o mês. Era muita coisa para falar, ainda mais para quem é mãe de primeira viagem. (E2)

O acompanhamento longitudinal da gestante, por um único profissional durante o pré-natal surge nas entrevistas como um fator que influencia a qualidade. Esse acompanhamento ensinado por algumas mulheres também ficou prejudicado no caso de pré-natal em hospital escola, devido à troca de estagiários a cada consulta:

Eu achava um pouco complicado porque [...] cada mês era uma pessoa diferente [...] a pessoa não sabia o que eu tinha e o que a minha filha tinha, lia o papel e dali tirava suas conclusões [...] lá no final da consulta o médico carimbava e assinava como se ele que tivesse me atendido [...] aí eu achei isso aí muito descaso. (E8)

A forma como o profissional aborda a gestante, com conversas, orientações e a capacidade de ouvi-la, foi apresentada nas entrevistas como positiva no momento do pré-natal, principalmente às mães primíparas. Também é bem visto por algumas entrevistadas as orientações sobre cuidados com a amamentação:

Saber coisa nova. Porque eu não sabia, questões da amamentação, limpar o bico do peito, que o bebê tem que pegar certinho a aréola aqui do bico do peito. (E2).

A orientação sobre o desenvolvimento da gestação é valorizada nos casos de internação por intercorrências, indicando que tanto nas consultas de rotina do pré-natal quanto em internações hospitalares é esperado pelas gestantes que haja diálogo e orientações. A consulta rápida, procedimental e mecânica, que as impedem de falar sobre suas dúvidas, foi desvalorizada por elas. Sobre isto podemos citar:

A doutora, ela só olhava para a gente, assim... Olhava os negócios (prontuário e exames), nem esperava a gente falar alguma coisa e já liberava para ir embora. [...] Com a enfermeira não, a enfermeira tem paciência, ela olha, ela conversa e orienta. (E2)

Não teve nem um acompanhamento, não teve nem uma palestra, por ser gravidez. [...] os médicos mal olham para tua cara. Você mal termina de falar o que você tem e ele já está escrevendo a receita médica. (E3)

Revelou-se a importância do preparo da gestante pelos profissionais da saúde, por meio do esclarecimento de dúvidas e informes de possíveis complicações durante o pré-natal:

[...] o pré-natal, muito importante até para você já se preparar. Por exemplo, se você não sabe que seu filho está com alguma coisa [...] você, às vezes, não se prepara psicologicamente e nem logisticamente de forma a receber essa criança. (E1)

O pré-natal me ajudou muito, porque lá a gente vê tudo, coração, a gente vê todo mês, pressão, peso, a gente vê se não está com obesidade, vê alimentação. Com certeza a gente precisa do pré-natal para ter uma criança saudável. (E4)

[...] é muito importante. Porque é feito todos os exames, sabe se a criança vai ter um possível problema ou não, só que em muitos casos, o que eu vejo é um descaso em relação ao pré-natal. (E7)

Algumas participantes deste estudo vislumbram o pré-natal como um preparo necessário para as demais etapas, parto e pós-parto, mas atribuíram a ele as falhas que contribuíram para o óbito neonatal. Elas indicam que o pré-natal não foi capaz de prepará-las para o parto e, também, que não foi capaz de diagnosticar complicações, como a infecção urinária. O nascimento prematuro foi compreendido, em alguns casos, como uma consequência do pré-natal mal realizado:

[...] muito ruim. Porque eu fiz o pré-natal [...] eu fiz os exames e não deu nada, sendo que eu estava com infecção urinária, o que favoreceu muito também para o parto prematuro [...]. (E3)

[...] eu considero que a falta da orientação adequada no meu pré-natal foi a razão do óbito do meu filho. [...] Para mim, faltou informação. (E6)

[...] é através do pré-natal que você descobre tudo [...] Depois que tudo aconteceu, [...] que ela faleceu, o médico falou assim que se tivesse descoberto antes, eu ia ter que abortar, eu ia ter que tirar ela, porque ela ia nascer com esses defeitos, então eles achavam melhor tirar ela [...] eu não iria tirar. (E8)

Outras mães associaram a qualidade da assistência pré-natal ao acesso que tiveram aos serviços de saúde, às consultas e aos exames diagnósticos:

[...] o que eu mais gostei foram os ultrassons. Ver o neném, ver as fotos foi o que eu mais gostei. (E6)

A demora entre os pedidos de exames, resultados e tratamento surge negativamente em algumas experiências aqui estudadas, bem como a má avaliação dos resultados em que passam despercebida alguma intercorrência:

Eu tive [infecção urinária] [...] um mês depois que foi ver o outro resultado, para saber como estava a infecção. (E2)

Não tive nenhum tipo de acompanhamento. Tanto é que eu fiz os exames e o médico, sendo médico, ele não detectou a infecção que veio agravar ainda mais a situação. (E3)

[...] se o pré-natal fosse feito corretamente não estaria nascendo crianças com tantos problemas ou se houvesse, assim... Um acompanhamento, palestras com as gestantes, não haveria tantos problemas como eu vejo acontecer. (E7)

Assistência recebida no parto na perspectiva de mulheres cujos neonatos evoluíram para o óbito

A assistência foi relatada por algumas mulheres como de boa qualidade durante a experiência de internação para o parto. Todavia, diferentemente do pré-natal em que a figura médica tem destaque, a qualidade na internação no parto estava vinculada ao fazer da equipe de enfermagem. As enfermeiras que dialogam e explicam os procedimentos contribuem para a internação e parto menos preocupante e com uma assistência de melhor qualidade. O diálogo com explicações sobre o estado de saúde é valorizado em algumas entrevistas, em outras, a ausência do diálogo provoca preocupações e insatisfação para com a assistência recebida:

Eles me tratavam super bem, toda hora vinha uma enfermeira e conversava comigo, trocava o soro, [...] ela ficou lá me aconselhando, conversando. (E2)

Não, eles só diziam que era normal, que as dores no parto eram normais, só isso, questão de conversar não. (E7)

A explicação da avaliação negativa da assistência recebida no processo de parto pode ser feita pelo atendimento em serviços públicos, exaltando que por ser do Sistema Único de Saúde a equipe não estaria atuando com atenção, expresso na demora em informar e tomar decisões sobre o parto e, também, na atuação do profissional que não considera a singularidade de cada caso, com prejuízo da qualidade da assistência:

[...] eles não dão muita importância para as mães do SUS, para as gestantes do SUS, não dá nenhuma. Eles simplesmente largam lá. (E3)

[...] eu estava de joelho, assim, com a perna dobrada, na cadeira, tentando aguentar a dor da coluna [...] Aí ela [enfermeira] passou e falou: 'isso daí que eu não estava sentindo dor' [...]. (E8)

Algumas falas expõem a demora em informar o que está sendo proposto para o atendimento, levando-as a julgar o evento como uma falha da equipe que as assistem. Esta demora e a falta de informação contribuem para que as mães entendam que a assistência poderia ter evitado complicações se tivesse sido realizada de forma diferente, com mais rapidez:

[...] se eles tivessem, assim... Tivessem feito todos os procedimentos que são necessários, e tivessem feito cesariana, meu filho estaria aqui comigo. (E3)

Eles demoraram demais para fazer o parto... Demorou demais, passou da hora de nascer. (E6)

Neste estudo, algumas mulheres manifestaram que a experiência do parto pode ser tranquila quando há a presença de familiares como acompanhantes. Nos momentos que antecedem ao parto, durante a internação, a gestante sente a necessidade de permanecer em contato com algum familiar, que pode ser uma fonte de segurança. Assim, a não permanência de um familiar junto à parturiente pode tornar parto uma experiência estressante, prejudicando a qualidade da assistência:

[...] Durante o dia sempre ficava alguém comigo, e elas também cuidaram, ajudaram a tomar banho. Foi assim tranquilo. A internação foi tudo bem. (E1)

[...] foi quando eu comecei a passar mal (dores do parto) lá e comecei a falar para eles [...] eu fui pedir se meu esposo e minha tia podiam ficar comigo, eles falaram que não podia porque lá estava cheio. [...] Após o parto, minha tia, até meio nervosa, foi lá e falou que isso era muita irresponsabilidade deles. (E7)

Outro aspecto que fragilizou a qualidade da assistência, expresso por algumas entrevistadas neste estudo, foi a ausência de suporte para atender as intercorrências de ambos, mãe e filho. A disponibilidade de profissionais na maternidade também foi precária em algumas situações vividas pelas entrevistadas. Para uma das mães, a falta de profissional especializado foi descoberta somente quando esta se dirigiu para o hospital em trabalho de parto, o que prejudicou o seu acompanhamento. A falta de leitos em UTI neonatal também é relatada em alguns casos como uma problemática para os neonatos, influente ao ponto de ser interpretada como causa de óbitos pelas mães:

[...] cheguei lá e não tinha ginecologista. Fiquei lá esperando pelo atendimento na ambulância e me levaram com contração muito forte para outro hospital [...]. (E6)

[...] é importante a gente ter o neném num lugar que tenha condições de recebê-lo. O ideal seria que tivesse condições de receber a mãe também. (E1)

[...] que ele precisava de uma UTI o mais rápido possível, e não estavam achando essa UTI para ele. [...] Na minha

opinião, o que levou ele a óbito foi não terem conseguido a UTI que ele precisava. (E7)

DISCUSSÃO

Outros estudos já evidenciaram que o bom atendimento, tendo por base a escuta ativa e o bom desempenho profissional, propicia o vínculo do binômio usuária-serviço de saúde, aumentando a satisfação de gestantes no acompanhamento do pré-natal.^{7,8,13-15} As mulheres entrevistadas neste estudo colocaram o esclarecimento de dúvidas como um diferencial na qualidade do pré-natal, o que também foi observado em outras pesquisas.^{13,14} Evidencia-se que a presença do diálogo e orientações sobre cuidados levaram a um acompanhamento mais tranquilo da gestação. O cuidado que leva segurança por meio das informações fornecidas sobre a saúde da mãe e do bebê também já foi descrito em outra investigação.¹⁶ O vínculo da gestante com o enfermeiro é elemento que proporciona cuidados mais humanizados.⁷

A empatia das gestantes com os profissionais de saúde influencia na adesão às consultas e na assistência integral.¹⁵ Quando o profissional conhece os medos e anseios das gestantes favorece o vínculo entre ele e a gestante, o que pode contribuir para a prevenção de problemas.⁸ Estudo realizado no Sul do Brasil aponta que o respeito às crenças e às singularidades da gestante fortalecem o vínculo e contribuem para que reais demandas da gestante possam ser atendidas pela atenção básica em saúde.⁷

Pesquisas mostram que as orientações profissionais oferecidas nas consultas de pré-natal são precárias, apesar das consultas serem entendidas como espaço privilegiado para que a gestante receba orientações sobre a gestação e parto.^{3,4} Entre as orientações menos recebidas pelas gestantes estavam: aleitamento materno, indicação da maternidade a procurar no momento do parto, direito de acompanhante, informações sobre o parto, sobre o uso de anticoncepcionais após o parto, consulta de puerpério e orientações sobre o tipo de parto.^{3,4} Nos resultados aqui encontrados, a falta de orientação durante o pré-natal atinge dois aspectos importantes imbricados na qualidade da assistência. O primeiro aspecto trata-se da relação profissional-paciente, que pode ser desqualificada pela mãe em decorrência de não sanar suas dúvidas. O segundo refere-se ao baixo número de consultas ou mesmo à baixa qualidade dessas consultas, que prejudica o preparo das gestantes para o momento do parto.

A realização de exames para acompanhamento do estado de saúde, seu e do bebê, é fundamental para um bom pré-natal. Este achado foi descrito em outro estudo, no qual as mães consideraram os exames como essenciais ao bom acompanhamento da gestação,¹³ porém, há também evidências de que o atraso na entrega dos resultados de exames solicitados foi um aspecto negativo no pré-natal.¹⁶

Pesquisadores encontraram que, apesar dos exames preconizados para o pré-natal possuírem boa margem de solicitações, não há registros de seus resultados nos prontuários.³ O exame de

urina, por exemplo, foi apontado como um dos menos registrados, coincidindo com a reclamação da mãe que participou deste estudo de não ter sido diagnosticada com infecção urinária, mesmo tendo feito o exame. Por outro lado, pesquisa mostrou baixa solicitação de exames laboratoriais na primeira consulta, não obstante esses serem reconhecidos como fundamentais para prevenir, identificar e corrigir anormalidades durante a gestação.⁴ A facilidade de acesso aos exames laboratoriais e preventivos contribui para a resolutividade das ações de pré-natal e é relatada como um fator que fortalece o vínculo da gestante com os serviços de saúde.⁷

A quantidade de consultas realizadas durante a gestação foi apontada, neste estudo, como um dos elementos que dificultaram uma melhor avaliação do pré-natal para as mães. O início do pré-natal depende, entre outros fatores, da capacidade de oferta do serviço e do acesso a ele.¹⁶ As gestantes com menor número de consultas durante o acompanhamento pré-natal apresentaram menos adequação de exames, vacinação, orientações sobre o parto e amamentação.³

O não acompanhamento da gestação, de acordo com o preconizado pela Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), foi reafirmado por algumas mães do presente estudo, a exemplo do número de consultas inferior a seis, que também foi retratado em outras pesquisas sobre a qualidade da assistência pré-natal.^{3,4,15} Mais importante que o número de consultas é a maximização das oportunidades de atuação em cada consulta, para que a atenção pré-natal consiga efeitos positivos na gestação e estabeleça vínculo com a gestante, propiciando a continuidade da atenção para além de sua saúde reprodutiva.

Dessa forma, ficou evidenciado que uma avaliação qualitativa positiva do pré-natal está vinculada aos profissionais que dialogam sobre a gestação e os cuidados obstétricos e neonatais que possam vir a ser realizados, profissionais que se disponham a sanar dúvidas e a acolher as mães, mesmo fora das consultas mensais de rotina, e que nesse acolhimento possam ouvir as dúvidas e os anseios de seus pacientes. Isto porque é notável as mães lamentarem não serem preparadas para o nascimento da criança e não receberem orientações e apoio para o enfrentamento das complicações que surgiram na gestação e no parto.

A decisão da gestante em realizar o acompanhamento no pré-natal é auxiliada por fatores como: "disponibilidade de acesso ao serviço, oferta de exame confirmatório da gestação, qualidade da assistência prestada pelo serviço público de saúde, empatia pela equipe e estabelecimento de vínculo com os profissionais de saúde".^{15:261}

O pré-natal, como preparo para o parto, foi visto como insatisfatório também em outros estudos que enfocaram a perspectiva das gestantes. Informações sobre o parto transmitem segurança e evitam que as mulheres cultivem concepções equivocadas sobre o nascimento, ressaltando que a comunicação entre o profissional e a gestante precisa ser priorizada durante o acompanhamento da gestação.¹⁷ Ademais, estudo realizado no Japão, um dos países com a menor taxa de mortalidade infantil no mundo, indica que são os cuidados antes do nascimento, na

atenção primária, que precisam ser incrementados para maior eficácia na prevenção das mortes neonatais evitáveis.¹⁸ Na atenção primária, a identificação de gemelaridade, sofrimento fetal, restrição do crescimento fetal e encaminhamento precoce da gestante para centros especializados são recomendações para evitar mortes neonatais. Estes cuidados da atenção primária mostraram-se mais vinculados à evitabilidade de óbitos neonatais em comparação ao incremento de cuidados neonatais, após o nascimento.¹⁸

O modo como os profissionais recebem a gestante para o momento do parto pode gerar insatisfação nessas mulheres, como foi observado nas entrevistas. Nesse sentido, o descaso da equipe médica com a dor materna é fator que influencia de modo negativo esse momento.⁹ A falta de informação durante o processo de parto e imperícias que provocam danos, conhecidas pelas mulheres, faz com que essas desenvolvam uma desconfiança em relação ao tratamento que estão recebendo, o que reforça na equipe médica o descaso em informá-las sobre os procedimentos que são feitos, desconsiderando a comunicação como um fator de proteção para o sucesso do parto.¹⁰ Estudo realizado em Nepal aponta que a negligência de médicos e enfermeiras e a falta de conhecimento das mães sobre sinais e sintomas de perigo são consideradas pelas mães como razões da morte de seus bebês.¹⁹ Sem ter conhecimento técnico sobre o seu estado de saúde e da criança, as suposições maternas sobre a qualidade ruim do preparo que recebeu no pré-natal são elaboradas somente após a ocorrência das complicações.

A insatisfação das mulheres entrevistadas com a assistência ao parto foi relacionada à falta de profissionais, à equipe impaciente e não comunicativa, à falta de acompanhante familiar e ao descaso ao sofrimento materno. Essa situação é fortemente vinculada às relações interpessoais, mesmo no Brasil, onde a humanização do nascimento é uma garantia legal, mas que ainda necessita ser incorporada de forma mais ampla pelos serviços de assistência ao parto.

O apoio emocional recebido pela gestante da equipe de saúde está vinculado ao bem-estar das mães que sofreram perdas neonatais, sendo retratado como crucial para aquelas que precisam continuar visitando o hospital em casos de gravidez de gêmeos com um dos filhos sobreviventes e dependentes de cuidados hospitalares.²⁰

A presença de acompanhante junto da mulher no momento do parto é algo que agrega conforto e segurança, além de também ser um momento especial para esse familiar, algo já evidenciado na literatura.⁹ Pesquisas mostram que, para os profissionais de saúde, dar oportunidade para a mulher escolher o acompanhante para o parto é oferecer a ela um cuidado humanizado,^{10,21,22} mas evidências atuais apontam que ainda há mulheres que não são acompanhadas em nenhum momento do processo de nascimento, o que precisa ser revertido com o incentivo ao acompanhamento.^{11,17,23}

A equipe de enfermagem já foi retratada em outros estudos como protagonista nos cuidados humanizados no parto.^{9,17} Nas entrevistas, o cuidado humanizado, orientações e diálogo para sanar dúvidas com a gestante aparecem como ações vincu-

ladas à equipe de enfermagem na internação para o parto. As orientações de enfermagem trouxeram a sensação de conforto e incentivo para as mulheres no processo do nascimento.⁹ Mesmo assim, nos casos de morte neonatal, os enfermeiros que compartilham o dia a dia de angústia da família encaram o óbito como um momento difícil, mas o próprio vínculo com a família os ajudam a lidar com a perda.²⁴

A morte de um filho recém-nascido constitui uma experiência dramática e traumatizante para os pais. A perda de um bebê desencadeia um profundo sentimento de luto nos pais e familiares, bem como nas enfermeiras, nos médicos e em outros profissionais que dificilmente aceitam a morte, já que foram preparados para salvar vidas.²⁵

Evidenciou-se neste estudo o julgamento feito por algumas mães sobre as diferenças da assistência em hospitais públicos e privados e a preocupação com a disponibilidade de serviços nas maternidades para atender a mãe e o recém-nascido. Pesquisa já realizada sobre serviços públicos *versus* privado demonstra que as gestantes atendidas no setor privado iniciam o pré-natal mais cedo e realizam maior número de consultas e exames, tal como a ultrassonografia. Já as gestantes do setor público realizaram maior número de exames de urina e sorologia para sífilis e foram mais comumente suplementadas com sulfato ferroso, apontando, assim, que há diferenças entre os serviços público e privado e que as mulheres atendidas no setor privado levam vantagens que podem estar ligadas à sua melhor condição socioeconômica, como a possibilidade de compras de exames de ultrassonografia.²⁶

Foi apontado como um fator preocupante para as participantes deste estudo a disponibilidade de serviços das maternidades que deem suporte para a parturiente e para o recém-nascido. Neste sentido, houve relatos negativos da separação entre mães e seus filhos em decorrência da necessidade de tratamento intensivo. O acesso aos serviços oferecidos por maternidades se dá de formas diferentes no Brasil e a região Centro-Oeste, local deste estudo, é apontada como uma região com graves problemas de distribuição geográfica das maternidades, que estão centralizadas nas capitais dos estados.²⁷ Além do mais, as maiores taxas de mortalidade neonatal estão relacionadas ao nascimento em hospitais sem UTI neonatal.¹¹

Espera-se que a Rede Cegonha,²⁸ que tem por finalidade melhorar a atenção às mulheres e aos seus recém-nascidos, garantindo acesso, resolutividade e qualidade ao pré-natal, parto e o período neonatal, contribua para redução das mortes neonatais no município. No entanto, em Cuiabá, a rede ainda encontra-se em processo de implementação.

CONCLUSÕES

O estudo mostrou fatores que contribuem positiva e negativamente para a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto na perspectiva de mulheres cujos neonatos evoluíram para o óbito. Muitos achados nas experiências narradas corroboram com a literatura, já publicada na área, sobre aspectos que precisam ser incentivados para melhorar a qualidade, tais como a presença do

acompanhante no parto, o acolhimento da gestante, a humanização dos cuidados profissionais, maior disponibilidade de leitos neonatais, serviços perinatais, dentre outros. Merece destaque a comunicação entre profissional da saúde e gestante como fonte de conforto, segurança e fortalecimento do vínculo para que as experiências da gestação e parto sejam mais satisfatórias para as mulheres.

A abordagem qualitativa na pesquisa sobre qualidade da assistência perinatal demonstrou como os fatores negativos da assistência refletem de modo biográfico para as mulheres, além de apresentar de forma muito evidente a frieza e descaso de alguns profissionais ao atender as gestantes. Algumas dimensões da assistência ganharam relevo nos resultados e merecem ser exploradas por novas pesquisas, por estarem relacionadas à qualidade da assistência pré-natal e ao parto, entre elas: a demora em realizar e obter resultado de exames; falhas no diagnóstico e no controle de patologias da gestação, como infecção urinária; diagnóstico de agravos relevantes em tempo oportuno, tais como sofrimento fetal e restrição de crescimento intrauterino; relação profissional-paciente, especialmente pela não escuta ou valorização das queixas da gestante; pouca atenção dispensada e não estabelecimento do vínculo e falta de humanização no atendimento; falhas nas orientações básicas, como sinais de risco, onde e quando buscar assistência; dificuldades na compreensão e seguimento das orientações recebidas; e os diferentes graus de satisfação das gestantes relacionados às distintas posturas entre profissionais.

A perspectiva de ouvir o sujeito do cuidado e que demanda a atenção dos serviços de saúde vem acrescentar conhecimento na área da atenção ao pré-natal e parto. Ademais, os resultados poderão servir de alerta para os profissionais que atuam na assistência à gestante e à parturiente, além de serem utilizados no ensino das profissões da saúde.

Como limitações do estudo, destaca-se que os resultados aqui apresentados revelam percepções apenas de um dos envolvidos no processo assistencial, sugere-se mais pesquisas que abordem de forma qualitativa a perspectiva dos profissionais e gestores sobre o tema. No entanto, a perspectiva de ouvir o sujeito do cuidado e que demanda a atenção dos serviços de saúde vem acrescentar conhecimento na área da atenção ao pré-natal e parto.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2011: Uma Análise da Situação de Saúde e a Vigilância da Saúde da Mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
2. Moreira MDS, Gaíva MAM, Bittencourt RM. Mortalidade neonatal: características assistenciais e biológicas dos recém-nascidos e de suas mães. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2012 Jan/Mar; [cited 2016 Aug 12]; 17(1):113-8. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/26383/17576>. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26383>
3. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 Jan/Mar; [cited 2016 Aug 12]; 28(3):425-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>

4. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TSD. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 Apr; [cited 2016 Aug 12]; 28(4):789-800. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>
5. França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: Situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde (org.). *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. p. 83-112.
6. Modes PSSA, Gaíva MAM. Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 Jul/Aug; [cited 2016 Aug 12]; 17(3):455-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300455. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300008>
7. Barreto CN, Wilhelm LA, Silva SC, Alves CN, Cremonese L, Ressel LB. "O Sistema Único de Saúde que dá certo": ações de humanização no pré-natal. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015; [cited 2016 Ago 12]; 36(esp):168-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v36nspe/0102-6933-rge/v36-spe-0168.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56769>
8. Etges MR, Oliveira DLLC, Cordova FP. A atenção pré-natal na ótica de um grupo de mulheres usuárias do subsector suplementar. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 Mar; [cited 2016 Jan 20]; 32(1):15-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100002. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100002>
9. Rocha FAA, Fontenele FMC, Carvalho IR, Rodrigues IDC, Sousa RA, Ferreira Júnior AR. Cuidado no parto e nascimento: percepção de puérperas. *Rev RENE* [Internet]. 2015 Nov/Dec; [cited 2016 Jan 20]; 16(6):782-9. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1999/pdf>. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000600003>
10. Dornfeld D, Pedro ENR. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2011 Apr/Jun; [cited 2016 May 5]; 13(2):190-8. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a05.htm>. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10925>
11. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014; [cited 2016 Aug 20]; 30(Suppl.1):S192-207. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 408 p.
13. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Queiroz ABA, Ferreira MA, Rodrigues IR, Melo LPT. Representações sociais de puérperas sobre o atendimento pré-natal na atenção primária de saúde. *Rev RENE* [Internet]. 2013; [cited 2016 Aug 20]; 14(5):951-9. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3627>. <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v14i5.3627>
14. Barbosa TLA, Gomes LMX, Dias OV. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2011 Jan/Mar; [cited 2016 Aug 20]; 16(1):29-35. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21108/13934>. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i1.21108>
15. Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CU. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto Contexto-Enferm* [Internet]. 2011; [cited 2016 Aug 20]; 20(spe):255-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500032. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500032>
16. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, Lucena NBF. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2012 Jul/Sep; [cited 2016 Aug 20]; 16(3):315-23. Available from: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>. <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000300002>
17. Apolinário D, Rabelo M, Wolff LDG, Souza SRRK, Leal GCG. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. *Rev Rene* [Internet]. 2016 Jan/Feb; [cited 2016 Aug 20]; 17(1):20-8. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2601/1990>. <http://www.dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100004>
18. Koshida S, Yanagi T, Ono T, Tsuji S, Takahashi K. Possible prevention of neonatal death: A regional population-based study in Japan. *Yonsei Med J* [Internet]. 2016 Mar; [cited 2017 Apr 4]; 57(2):426-9. Available from: <https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.3349/ymj.2016.57.2.426>. <https://doi.org/10.3349/ymj.2016.57.2.426>
19. Shah R, Sharma B, Khanal V, Pandey UK, Vishwokarma A, Malla DK. Factors associated with neonatal deaths in Chitwan district of Nepal. *BMC Res Notes* [Internet]. 2015 Dec; [cited 2017 Apr 4]; 8:818. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4691294&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. <http://www.dx.doi.org/10.1186/s13104-015-1807-3>
20. Richards J, Graham R, Embleton ND, Campbell C, Rankin J. Mothers' perspectives on the perinatal loss of a co-twin: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2015 Jul; [cited 2017 Apr 4]; 15-143. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0579-z>. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0579-z>
21. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto-Enferm* [Internet]. 2012 Apr/Jun; [cited 2016 Aug 20]; 21(2):329-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200010>
22. Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011 Sep; [cited 2016 Aug 20]; 32(3):479-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300007>
23. Brüggeman OM, Ebele RR, Ebsen ES, Batista BD. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015; [cited 2016 Aug 20]; 36(n.spe):152-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v36nspe/0102-6933-rge/v36-spe-0152.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300007>
24. Almeida FA, Moraes MS, Cunha MLR. Cuidando do neonato que está morrendo e sua família: vivências do enfermeiro de terapia intensiva neonatal. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016; [cited 2017 Apr 04]; 50(n.esp):118-24. Available from: <http://www.revistas.usp.br/reuusp/article/view/117418/115175>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300018>
25. Silva LJ. Luto em Neonatologia. *Rev Port Pediatr* [Internet]. 2010 [cited 2017 Apr 04]; 41(6):281-4. Available from: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4317/3212>
26. Cesar JA, Mano PS, Carlotto K, Gonzalez-Chica DA, Mendonza-Sassi RA. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2011 Jul/Sep; [cited 2016 Aug 20]; 11(3):257-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300006. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000300006>
27. Bittencourt SDA, Reis LGC, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Neves DCO, et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014; [cited 2016 Aug 20]; 30(Suppl.1):S208-19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300025&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00176913>
28. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2011.