



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE**

LORENNALANDIM FARIAS

**FLUXO MATERNO NA GESTAÇÃO-PARTO E OS DESFECHOS NEONATAIS:
A BUSCA DE CUIDADOS INTEGRAIS**

**FORTALEZA – CEARÁ
2016**

LORENNALANDIM FARIAS

FLUXO MATERNO NA GESTAÇÃO-PARTO E OS DESFECHOS NEONATAIS:
A BUSCA DE CUIDADOS INTEGRAIS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração Saúde da Criança e Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos.

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Farias, Lorena Landim.

Fluxo materno na gestação-parto e os desfechos neonatais: a busca de cuidados integrais [recurso eletrônico] / Lorena Landim Farias. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 90 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientação: Prof.ª Dra. Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos .

1. Integralidade em saúde. 2. Saúde materno-infantil. 3. Mortalidade infantil. I. Título.

LORENNNA LANDIM FARIAS

FLUXO MATERNO NA GESTAÇÃO-PARTO E OS DESFECHOS NEONATAIS:
A BUSCA DE CUIDADOS INTEGRAIS

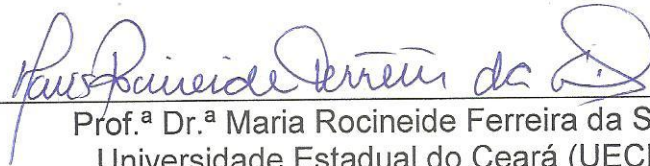
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração Saúde da Criança e Adolescente.

Aprovada em: 20 de dezembro de 2016.

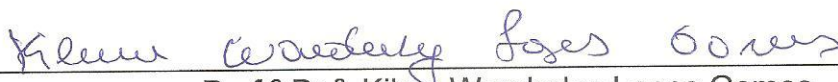
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos - Orientadora
Universidade Estadual do Ceará (UECE)



Prof.^a Dr.^a Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará (UECE)



Prof.^a Dr.^a Kilma Wanderley Lopes Gomes
Secretaria Municipal da Saúde (SMS)

A Deus e a Nossa Senhora de Fátima,
pelas bênçãos e sabedoria,

À minha família, em especial, aos meus
pais, Eugênia, Charles, Geânia e Carlos, e
ao meu esposo, Paulo, pelos investimentos,
amor e apoio incondicionais.

Aos meus avós, tios, tias, irmãos e amigos,
por torcerem e vibrarem com minhas
conquistas pessoais e profissionais.

À minha orientadora, Mardênia, pela
confiança, ensinamentos, aprendizado e
amizade para toda a vida.

Dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu guia nessa longa caminhada da vida e minha fonte de sabedoria, confiança e amor eterno.

À Prof.^a Dr.^a Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos, pela orientação da dissertação e ensinamentos para a vida, ampliando o meu olhar sobre as relações existentes nesta jornada espetacular. Meu agradecimento, respeito, carinho e amizade sempre. Aos professores do mestrado, pelo auxílio na construção de novos saberes e práticas.

À Universidade Estadual do Ceará, em especial ao Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde da Criança e do Adolescente, por possibilitar o investimento e dedicação na formação de profissionais capacitados e sensibilizados com esta área de atuação.

Às mães e seus bebês, pelo aprendizado, acolhimento e participação neste estudo. Minha inspiração para dedicação e aperfeiçoamento em minha formação pessoal e carreira profissional.

Aos amigos de trabalho do Hospital Geral Dr. César Cals, pela paciência, investimento e confiança, sempre disponíveis a me auxiliar nas pesquisas de campo e realização da dissertação.

À minha amiga Tatiana Cavalcante, por todo apoio e fonte de inspiração e determinação inesgotável.

À minha irmã Marianna Landim, pelo amor, paciência, apoio e incentivo nos momentos de dificuldade.

Ao Paulo, meu amor, minha vida, pela presença nos momentos de desânimo e tempestades, paciência com as minhas ansiedades. Por ser o meu fã número um sempre com seu amor e dedicação incondicionais.

“A vida é fruto da decisão de cada momento. Talvez seja por isso, que a ideia de plantio seja tão reveladora sobre a arte de viver. Viver é plantar. É atitude de constante sementeira, de deixar cair na terra da nossa existência as mais diversas formas de semente. Cada escolha, por menor que seja, é uma forma de semente que lançamos sobre o canteiro que somos nós. Um dia, tudo que agora silenciosamente plantamos, ou deixamos plantar em nós, será planta que poderá ser vista de longe]”.

(Pe. Fábio de Melo)

RESUMO

A importância da qualidade da assistência ofertada à mulher, durante a gestação, garante à criança segurança e cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento. É relevante, nesta perspectiva, um olhar analítico para a saúde do recém-nascido, utilizando como elemento traçador os desfechos neonatais. A ideia descrita nesta investigação, demanda provocar a reflexão sobre o fluxo materno na gravidez e parto, ou seja, propõe um olhar para além dos desdobramentos clínicos da gravidez como, por exemplo, a prematuridade e o óbito neonatal. Ao assumir esta concepção, adotou-se o significado de desfecho como o ato de disparar uma problematização sobre o percurso materno em busca de cuidados na gestação/parto. Possui os seguintes desdobramentos: descrever os fluxos percorridos pela gestante ao buscar assistência para o pré-natal/parto, relacionar o caminho materno no pré-natal/parto e as complicações neonatais, e discutir as vivências das mães ao buscar cuidados em saúde na gestação/parto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com análise da Hermenêutica Dialética. A pesquisa foi realizada em um hospital terciário da rede estadual, localizado no município de Fortaleza-CE. Participaram do estudo oito mães cujos bebês estavam internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da referida unidade. Para a coleta de dados, foram utilizadas duas técnicas: a entrevista semiestruturada e a observação sistemática. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HGCC. A análise do material empírico seguiu as etapas de ordenação dos dados, classificação e análise final. O desfecho negativo apresentado na gestação/parto é formado por um eixo central de repercussão bidirecional, disparador de desfechos secundários. Na primeira direção, os desenlaces foram vivenciados no fluxo materno em busca de cuidados em saúde e nas experiências com o parto, onde a comunicação e o acesso ineficazes foram os nós críticos desta linha de cuidado. Foi observada também a complementação da assistência ofertada pelo SUS com serviços privados para realização de demandas reprimidas de consultas, medicações e exames. Outras fragilidades evidenciadas contemplam as orientações e vinculação da gestante a serviços de referências para urgências obstétricas. A segunda direção apontou a continuidade da ineficiência do cuidado integral durante o parto, contemplada através do acolhimento inadequado, comunicação ineficaz e ausência de humanização, com repercussões negativas na

construção do vínculo mãe-bebê e nas expectativas maternas para o futuro do seu filho. Nesse contexto, observa-se a necessidade do aprimoramento e efetivação das políticas públicas materno-infantis, a fim de favorecer a integralidade da assistência em saúde. Tais mudanças contribuirão com as transformações de práticas no fluxo assistencial, cumprimento das políticas de humanização existentes e prevenção de desfechos negativos.

Palavras-chave: Integralidade em saúde. Saúde materno-infantil. Mortalidade infantil.

ABSTRACT

The importance of the quality of care offered to the woman during pregnancy guarantees the child security and integral care at birth, growth and development. It is relevant, from this perspective, an analytical look at the health of the newborn, using as a tracer element the neonatal outcomes. The idea described in this research demands reflection on the maternal flow in pregnancy and childbirth, that is, it proposes a look beyond the clinical unfolding of pregnancy, such as prematurity and neonatal death. In assuming this conception, the meaning of outcome was adopted as the act of triggering a problematization on the maternal route in search of gestation / delivery care. It has the following consequences: to describe the flows traveled by the pregnant woman when seeking prenatal care / delivery, to relate the maternal pathway in prenatal / childbirth and neonatal complications and to discuss the experiences of mothers in seeking health care during pregnancy / Childbirth. It is a qualitative research, with analysis of Dialectic Hermeneutics. The research was carried out in a tertiary hospital of the state network located in the city of Fortaleza-CE. Eight mothers whose infants were hospitalized at the Neonatal Intensive Care Unit participated in the study. Two techniques were used to collect data: the semi-structured interview and the systematic observation. The study was submitted and approved by the Human Research Ethics Committee of HGCC. The analysis of the empirical material followed the steps of data ordering, classification and final analysis. The negative outcome presented in gestation / delivery is formed by a central axis of bidirectional repercussion, triggering secondary outcomes. In the first direction the outcomes were experienced in the maternal flow in search of health care and in the experiences with childbirth, where ineffective communication and access were the critical nodes of this care line. It was also observed the complementation of the assistance offered by SUS with private services to fulfill repressed demands of consultations, medications and exams. Other fragilities evidenced include the guidance and linking of the pregnant woman to referral services for obstetric emergencies. The second direction pointed to the continuation of the inefficiency of integral care during childbirth, contemplated through inadequate reception, ineffective communication and lack of humanization, with negative repercussions in the construction of the mother-baby bond and maternal expectations for the future of her child. In this context, it is observed the need to

improve and implement public-child-care policies in order to favor the integrality of health care. Such changes will contribute to the transformation of practices in the care flow, compliance with existing humanization policies and prevention of negative outcomes.

Keywords: Health integrality. Maternal and child health. Infant mortality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma analisador Desenvolvimento da análise Hermenêutica Dialética.....	47
Figura 2 – Diagrama da concepção de desfechos negativos na gestação/parto.....	57
Figura 3 – Diagrama da concepção de desfechos negativos na gestação/parto.....	59
Figura 4 – Diagrama da concepção de desfechos negativos na gestação/parto.....	61
Quadro 1 – Caracterização das fontes estudadas.....	22
Quadro 2 – Síntese de critérios de inclusão e exclusão dos participantes.....	42
Quadro 3 – Objetivos e técnicas de coleta de informações do estudo...	46
Quadro 4 – Caracterização do acompanhamento pré-natal e assistência à gestante.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIG	Adequado para Idade Gestacional
CE	Ceará
ESF	Estratégia Saúde da Família
MEC	Ministério da Educação
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
NEAPI	Núcleo de Ensino, Assistência e Pesquisa da Infância César Victora
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNHPN	Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PSF	Programa Saúde da Família
PUBMED	<i>Public Publisher MEDLINE</i>
RENOSPE	Rede Norte e Nordeste de Saúde Perinatal
RN	Recém-nascido
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SESA	Secretaria de Saúde do Estado
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCINCA	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru
UCINCO	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	OBJETO DE PESQUISA, INTENCIONALIDADES E PRESSUPOSTOS	15
1.1	O OBJETO E SUAS INTERFACES	15
1.2	INTENCIONALIDADE DA PESQUISA.....	28
1.3	PERGUNTAS NORTEADORAS E PRESSUPOSTOS.....	29
2	OBJETIVOS E SEUS DESDOBRAMENTOS.....	31
2.1	GERAL.....	31
2.2	ESPECÍFICOS.....	31
3	MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	32
3.1	ACESSO E ACOLHIMENTO NA GESTAÇÃO/PARTO COMO FATORES ESSENCIAIS PARA O CUIDADO INTEGRAL DO RECÉM-NASCIDO.....	32
4	METODOLOGIA.....	39
4.1	TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	39
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	39
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	41
4.3.1	Critério de inclusão.....	41
4.3.2	Critério de exclusão.....	42
4.4	TÉCNICA DE COLETA DE INFORMAÇÕES.....	42
4.4.1	Observação sistemática	42
4.4.2	Entrevista	44
4.5	PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	45
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	48
5	RESULTADOS DA PESQUISA: COMPREENSÕES E DESAFIOS...	49
5.1	FLUXOS MATERNS E COMPLICAÇÕES NEONATAIS.....	49
5.1.1	O fluxo no pré-natal.....	49
5.1.2	Fluxograma da gestação/parto.....	54
5.2	DESFECHOS NEGATIVOS GESTAÇÃO/PARTO.....	60
5.2.1	“[...] eu tive ela sem saber de nada [...]”.....	62
5.2.2	“só um pinguim de gente nasceu muito problematicazinha minha filha.”.....	65

5.3	“OS PREMATUROS SÃO UMA CAIXINHA DE SURPRESAS”.....	67
5.3.1	Vivências maternas na gestação e parto.....	67
6	PONTOS DE REFLEXÃO, LIMITES DA PESQUISA, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	69
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICES	81
	APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	80
	APÊNDICE B – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA.....	81
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	84
	ANEXOS.....	85
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA	86
	ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA.....	87
	ANEXO C – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO DE PORTUGUÊS.....	90

1 OBJETO DE PESQUISA, INTENCIONALIDADES E PRESSUPOSTOS

1.1 O OBJETO E SUAS INTERFACES

A qualidade da assistência prestada à mulher, durante todo o seu ciclo reprodutivo, garante à criança segurança e cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2011). Especialmente na gestação, evidencia-se a necessidade de um acompanhamento sistemático, com garantia de acesso a toda tecnologia disponível na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e produção de vínculos, com vistas ao cuidado integral.

Por sua vez, o cuidado integral proporciona a qualidade da assistência fornecida às gestantes, puérperas e aos recém-nascidos, e, conseqüentemente, contribui para a diminuição da mortalidade neonatal¹, indicador que ainda se configura como o principal componente da mortalidade infantil no Brasil (JACINTO; AQUINO; MOTA, 2013). No entanto, observam-se no dia a dia das unidades de saúde fragilidades no funcionamento e articulação da rede de serviços de atenção à gestante, no pré-natal e parto, tendo como conseqüências desfechos neonatais negativos.

É relevante, nesta perspectiva, um olhar analítico para a saúde do recém-nascido, utilizando como elemento traçador os desfechos neonatais. Pereira et al., (2014) descrevem que os desfechos da gestação, em especial o baixo peso ao nascer e a prematuridade, são observados como indicadores das precárias condições de vida existentes e do cuidado pré-natal insatisfatório.

A ideia de desfecho, descrita nesta investigação, demanda provocar a reflexão sobre o fluxo materno na gestação e parto, ou seja, propõe um olhar para além dos desfechos clínicos da gravidez como, por exemplo, a prematuridade, número de natimortos e de óbitos neonatais (SILVA et al., 2014) ou, ainda, baixo peso ao nascer e malformações (PEREIRA et al., 2014), busca, portanto, contextualizar estes desfechos com o fluxo materno na gestação e parto.

¹ Período Neonatal compreende as quatro primeiras semanas de vida (0 a 28 dias incompletos). Denomina-se período neonatal precoce a primeira semana completa ou os sete primeiros dias de vida, e período neonatal tardio, as três semanas seguintes. A morte neonatal é a ocorrida no período neonatal, ou seja, nas quatro primeiras semanas. À criança morta dentro deste período, dá-se o nome de neomorto. A mortalidade nesse período ainda é subdividida em Morte Neonatal Precoce, morte de um RN antes de sete dias completos de vida (até 168h completas) e a Morte Neonatal Tardia, (morte de um recém-nascido depois de sete dias completos, mas antes de 28 dias completos de vida).

Ao assumir esta concepção, adota-se o significado de desfecho como o ato de desencadear, de dar desencadeamento, disparar (DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2013). Tem-se, desse modo, uma dialética na compreensão do cuidado à saúde da criança, em que o desfecho neonatal irá disparar uma problematização sobre o percurso materno em busca de cuidados na gestação e parto. Pode-se dizer que é uma aproximação da concepção “qualitativa” de desfecho neonatal.

Este olhar analítico justifica-se por se reconhecer que inúmeras complicações podem cursar na gravidez com riscos e repercussão danosa para a saúde do recém-nascido (RN). Esses agravos no período perinatal, nas primeiras quatro semanas de vida da criança, são determinantes no prognóstico do bebê. Considera-se RN de risco aquele que passou por intercorrências na gestação, no trabalho de parto ou pós-natal, desencadeando alterações sistêmicas e/ou óbito (COSTA et al., 2014; BARBEIRO et al., 2015).

A concepção de fluxo materno, descrita nesta pesquisa, diz respeito à vicissitude dos acontecimentos vivenciados pela mãe no caminho percorrido durante o período gestacional, em busca de acesso e cuidados em saúde (DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2013). A vivência materna em busca de cuidados na gestação e parto permite a identificação de três dimensões essenciais na composição da assistência materno-infantil: integralidade, longitudinalidade e acesso.

O acesso aos serviços de saúde é um pré-requisito para a continuidade do cuidado no âmbito integral. A construção do atributo longitudinalidade ocorre por meio do acompanhamento do paciente, ao longo do tempo, por profissionais de saúde nas diversas linhas de cuidado existentes, sendo considerada característica central nos níveis assistenciais. Neste seguimento, está implícita uma relação caracterizada por responsabilização por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Tais atributos são peças fundamentais no desenvolvimento de desfechos positivos para a saúde materno-infantil.

Especialmente na assistência materno-infantil, várias práticas desenvolvidas no período da gestação e do parto atuam diretamente no prognóstico e na qualidade de vida do neonato. Nesse período, os cuidados ofertados à gestante e o funcionamento de uma rede de saúde integrada são fatores promotores efetivos para a redução de

desfechos neonatais negativos. Além disso, efetivam a garantia do acesso e acolhimento nos três níveis de atenção à saúde em todo o processo de gestação, parto e nascimento (LEAL et al., 2014).

Dentre as complicações neonatais decorrentes do processo gestacional, as que se configuram com maior impacto na morbimortalidade infantil são: prematuridade, infecções, asfixia/hipóxia, malformações congênitas, fatores maternos relacionados à gravidez e afecções respiratórias do recém-nascido. Algumas variáveis como baixo peso (< 2.500g), idade gestacional inferior a 37 semanas e valor do Apgar 1º e 5º minuto menor que 7 apresentam maior evidência de mortalidade (FLAMANT; GASCOIN, 2013; GAÍVA; BITTENCOURT; FUJIMORI, 2013; GONZAGA et al., 2016).

Esses achados, muitas vezes, são evitáveis e sua redução é um desafio. Martins et al. (2013), Lansky et al. (2014) e Santos et al. (2015) apontam que a asfixia intraparto e a prematuridade tardia compõem uma parcela dos óbitos neonatais evitáveis que estão intimamente ligados à saúde da mãe, ao pré-natal, ao parto e pós-parto e também aos cuidados imediatos prestados ao RN (MARTINS et al., 2013; LANSKY et al., 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) pactuou, em setembro de 2000, um compromisso de combate à extrema pobreza e a outros males da sociedade. Deste compromisso, foram estabelecidos oito “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM), dentre eles a redução na mortalidade infantil em dois terços em crianças menores de cinco anos de idade, até 2015. Em setembro de 2010, este compromisso foi renovado, com o objetivo de acelerar o progresso em direção ao cumprimento dessas metas (OMS, 2001).

Sobre a mortalidade infantil no mundo, o relatório da Situação da Infância 2009, divulgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), descreve que os primeiros lugares no ranking (composto por 194 países, em ordem decrescente) são ocupados por nações com taxas mais elevadas, como Serra Leoa (1º lugar com 262 óbitos/1.000 nascidos vivos), Afeganistão (2º com 257/1.000 nascidos vivos) e Chade (3º com 209/1.000). Acrescenta que entre esta lista, sete países registraram os índices mais baixos e ocupam a última posição, ou seja, têm a menor taxa de mortalidade infantil: Suécia, Islândia, Cingapura, Luxemburgo, Andorra e Liechtenstein, todos com três mortes para cada mil habitantes. O Brasil, em 2009, ocupou o 107º lugar no ranking de mortalidade infantil até cinco anos de idade, com 22 mortes em cada mil crianças nascidas vivas (WHO, 2009).

Porém a mortalidade neonatal tem se caracterizado como crescente preocupação em saúde pública, pois passou a ser o principal componente da mortalidade infantil. Os países desenvolvidos apresentam uma média de taxa de mortalidade neonatal precoce de 4,0 por mil nascidos vivos. No Brasil, desde a década de 1990, este é o principal componente de morte em crianças. Mantendo-se em níveis elevados, com taxas de óbitos de 11,2 por mil nascidos vivos em 2010 (OMS, 2006; SANTOS et al., 2011; MARANHÃO et al., 2012).

Este desfecho negativo possui vinculação com causas preveníveis, como o acesso insuficiente e o uso dos serviços de saúde inadequados. Tais condições afetam desproporcionalmente diferentes classes econômicas e regiões brasileiras, populações vulneráveis, sobretudo as residentes nas regiões Norte e Nordeste, que detêm as maiores taxas de mortalidade infantil. Atualmente, o óbito neonatal tem a maior representação em termos proporcionais (BRASIL, 2012).

Em 2011, a neomortalidade no Brasil atingiu valores de 10,6 óbitos por mil nascidos vivos, apresentando uma tendência à queda, embora se mantenha em níveis elevados, com alto grau de heterogeneidade entre as regiões. Variando de 7,4 em Santa Catarina a 10,4 no Ceará. O Estado da Bahia apresentou a maior taxa brasileira de mortalidade, com valores de 14,9 óbitos por mil nascidos vivos. Estudo realizado por Gonçalves et al. (2015), que analisou a tendência da mortalidade neonatal em Salvador-Bahia, no período de 1996-2012, concluiu que a mortalidade neonatal no estado e os potenciais fatores de risco estão decrescendo em Salvador, acompanhando a tendência de redução brasileira (Departamento de Informática do SUS. Indicadores de mortalidade, BRASIL, 2012).

Caminhando desde longa data como um dos estados mais pobres do Brasil, o Ceará é reconhecido mundialmente pela sua trajetória de sucesso e estado líder nas notáveis realizações para redução nos índices de óbito infantil no primeiro ano de vida. Ao final da década de 1980, o estado evidenciava uma taxa de mortalidade infantil de, aproximadamente, 1/10 antes do primeiro ano de vida. Mediante esse cenário, o governo estadual elencou o combate à mortalidade infantil como prioridade de agenda, desenvolvendo o programa Viva Criança, baseado nas recomendações do UNICEF e alcançando, ao final da década de 1990, uma redução em 54% na mortalidade infantil. Em 1993, o Estado do Ceará recebeu do UNICEF o prêmio Maurício Pate, por suas realizações na redução do óbito infantil (UNICEF, 2013).

Em Fortaleza, estudo realizado por Nascimento et al. (2012) verificou que do total de óbitos neonatais analisados, 79,5% (105/132) ocorreram no período neonatal precoce (até o 6º dia de vida), e 20,5% (27/132) no período neonatal tardio (entre o 7º e o 28º dia de vida). A análise evidenciou que a assistência prestada durante o pré-natal e parto apresentou relação com o desfecho de óbito, por meio das seguintes variáveis: local de realização do pré-natal, número inferior a quatro consultas de pré-natal, dificuldades de iniciar o pré-natal, não realizar pré-natal e pré-natal inadequado; não ter sido referenciada para o local do parto, tempo gasto de casa para o hospital > 60 minutos; tempo entre a internação e o parto ≥ 10 horas e problemas durante o parto (NASCIMENTO et al., 2012).

Recentemente, a OMS (2015) divulgou as Estatísticas da Saúde Mundial 2015, compilação anual dos dados relacionados à saúde, para seus 194 Estados-Membros, resumindo os progressos realizados na consecução dos Objetivos relacionados à saúde de Desenvolvimento do Milênio. Em relação à redução da mortalidade infantil, globalmente, o progresso foi significativo. Em 2013, 6,3 milhões de crianças menores de cinco anos morreram, em comparação a 12,7 milhões em 1990. Nesse período, a taxa de mortalidade diminuiu 49%, passando de 90 mortes, por 1.000 nascidos vivos, para 46. O índice global de declínio apresentou crescimento acelerado nos últimos anos, passando de 1,2% ao ano, durante 1990-1995, para 4% em 2005-2013. Apesar desta melhoria global, os achados encontram-se fora da meta estimada de redução de dois terços até 2015 (WHO, 2015).

Recentemente, foi publicado um relatório pelo grupo intergeracional OMS, UNICEF e Banco Mundial, consolidado pelas Nações Unidas, englobando o período entre 1990 a 2015, sobre os compromissos e metas internacionais para redução da mortalidade de menores de cinco anos no mundo. O compilado destaca que apenas 62 países atingiram o objetivo estipulado de redução da mortalidade em 2/3 (66,7%), de acordo com o relatório, o Brasil alcançou uma redução de 73% antes do prazo estabelecido, final de 2015 (BATISTA FILHO; CRUZ, 2015).

Em novembro de 2016, a OMS publicou novas recomendações para melhorar a qualidade na atenção pré-natal, com o objetivo de reduzir a incidência de natimortos e as complicações na gravidez. As novas diretrizes contêm 49 recomendações que relatam os cuidados que as gestantes devem receber a cada contato com o sistema de saúde. Dados apontam que, em 2015, 303 mil mulheres morreram por causas relacionadas à gravidez; 2,7 milhões de bebês foram a óbito

durante os 28 primeiros dias de vida e 2,6 milhões de bebês eram natimortos (OMS, 2016).

Desse modo, reduzir a taxa de mortalidade é resultado de uma somatória de ações sociais e reforço nas políticas públicas com medidas mais diretamente relacionadas à atenção à saúde materno-infantil. Estas ações podem estar relacionadas ao aperfeiçoamento da rede regionalizada de atenção perinatal, a interpretação desse importante indicador de qualidade em saúde se dá através da correlação entre as diferentes dimensões do cuidado, dentre estas a equidade no acesso aos serviços (SANTOS et al., 2011; CARVALHO et al., 2015).

Esta rede deve assegurar à gestante e ao neonato o acesso, em tempo oportuno, ao serviço com nível adequado de complexidade, garantindo, assim, as melhores práticas assistenciais disponíveis e reduzindo o grande distanciamento entre as rotinas de atenção ao parto e as recomendações baseadas em evidências científicas nacionais e internacionais. Nesse sentido, o avanço da redução da mortalidade neonatal e, por conseguinte, do óbito infantil depende da consolidação de uma rede perinatal integrada, hierarquizada e regionalizada. (MENDES, 2011; LANSKY et al., 2014).

O acesso aos diversos serviços de saúde que compõem a rede (nos diversos níveis assistenciais) e a qualidade destes desempenham importante papel na sobrevivência de recém-nascidos em situação de risco. Estudo realizado por Almeida et al. (2011) verificou uma proporção de mães que não realizavam o parto no primeiro serviço de saúde procurado, por falta de vagas; apontando, ainda, que a elevada mortalidade em recém-nascidos de maior viabilidade (peso acima de 1.000 gramas e idade gestacional acima de 28 semanas) poderia estar refletindo dificuldades na inserção em unidades de cuidados intensivos (ALMEIDA et al., 2011).

Nesse contexto, observa-se que a saúde do recém-nato, influenciada pelos cuidados dispensados à sua mãe no período da gestação e parto, avança consideravelmente para a construção de desfechos negativos, tornando-se referência para a discussão que se faz atualmente sobre a qualidade da assistência materno-infantil ofertada, na qual alguns autores têm se destacado na produção e análise de concepções relacionadas ao tema, tais como SASS et al. (2010) Domingues et al. (2012), Ferrari et al. (2013), Gravena et al. (2013), Martins et al.

(2013), Figueiró-Filho et al. (2014), Silva et al. (2014), Leal et al. (2015) Melo, Oliveira, Mathias (2015), Silva et al. (2015) e Machado, Marmitt, Cesar (2016).

O levantamento da produção do conhecimento acerca da referida temática deu-se mediante a revisão de artigos científicos publicados nos últimos cinco anos (2010-2015), disponíveis em bibliotecas científicas eletrônicas, como o Scielo e Pubmed, utilizando-se os termos: “saúde materno-infantil, “complicações na gravidez”, mortalidade infantil” e “fatores de risco”. Após a busca, foram identificados 27 artigos, que foram lidos, sistematicamente, e organizados em seus principais assuntos. O último acesso foi em junho de 2016.

Quadro 1 – Caracterização das fontes estudadas

(continua)

Autores	Objetivo	Resultados
Sass et al. (2010)	Avaliar as características relativas ao atendimento de parturientes bolivianas e seus desfechos em um hospital do município de São Paulo.	O não comparecimento ao pré-natal, ou o número inadequado de consultas, e o número mais elevado de sífilis congênita mostram a grande vulnerabilidade desse grupo frente aos agravos da saúde.
Almeida et al. (2011)	Identificar a rede complexa de fatores de risco sobre a mortalidade neonatal de nascimentos de muito baixo peso.	Elevada mortalidade na sala de parto, no primeiro dia de vida e ausência de sobreviventes <700g dos nascimentos <1.000g e com menos de 28 semanas sugere que condutas mais ativas destinam-se a nascituros de maior viabilidade. Ausência de pré-natal aumentou o risco de óbito neonatal. Partos cesarianos e internamento em berçários aumentaram o efeito protetor. O peso ao nascer abaixo de 1.000g e Apgar menor que 7 foram risco.
Cunha, Giovanella (2011)	Definir o termo longitudinalidade e identificar as dimensões da longitudinalidade/continuidade do cuidado, de forma a favorecer a avaliação do atendimento ao referido atributo.	Como resultado, destaca-se a semelhança entre os termos, embora as dimensões identificadas para o atributo não sejam totalmente coincidentes. A revisão permitiu a adoção de três dimensões em acordo com o sistema de saúde público brasileiro: identificação da unidade básica como fonte regular de cuidado, vínculo terapêutico duradouro e continuidade informacional.

Quadro 1 – Caracterização das fontes estudadas

(continuação)

Autores	Objetivo	Resultados
Santos et al. (2011)	Identificar os fatores associados aos óbitos evitáveis até os quatro anos de idade entre as crianças de Coorte de Nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de 2004.	Até os quatro anos, ocorreram 94 óbitos, onde 92 foram classificados, dos quais 70 seriam evitáveis. Baixa renda, menor número de consultas pré-natais, pré-natal de pior qualidade, prematuridade, baixo Apgar no 5º minuto e não mamar nas primeiras 24 horas associaram-se a risco aumentado de morrer por causa evitável. Prematuridade estava presente em 39 óbitos, mas somente cinco desses teriam sido prevenidos por intervenções no pré-natal.
Domingues et al. (2012)	Avaliar a adequação da assistência pré-natal na rede do SUS do Município do Rio de Janeiro.	Foi encontrada adequação de 38,5% para o PHPN e 33,3% para o PHPN ampliado.
Nascimento et al. (2012)	Determinar os fatores preditores da mortalidade neonatal utilizando modelagem hierarquizada.	O estudo identificou fatores associados ao óbito neonatal: raça materna, com efeito protetor para raça parda e negra, tempo gasto entre o deslocamento de casa ao hospital maior ou igual a 30 m, pré-natal inadequado, baixo peso ao nascer, prematuridade e sexo masculino.
Cavalcanti et al. (2013)	Construir um modelo lógico da Rede Cegonha visando garantir o atendimento qualificado a gestante e crianças com até dois anos de idade.	Observaram-se lacunas na lógica da Rede Cegonha.
Ferrari et al. (2013)	Identificar os fatores de risco que determinaram o óbito neonatal no município de Londrina, Paraná, entre 2000 e 2009.	Verificou-se que idade materna, escolaridade, renda familiar, ocupação, situação conjugal, tipo de parto e número de consultas pré-natais não se associaram ao óbito neonatal. Entretanto, o peso ao nascer, a idade gestacional, o índice de Apgar no 1º e 5º minutos e local de parto mostraram-se estatisticamente significativos. Mais de 73,0% dos recém-nascidos evoluíram para óbito precoce no período neonatal. A causa básica predominante foi a afecção perinatal (77,7%), sendo que 72,6% das mortes foram consideradas evitáveis e a maioria reduzível por controle adequado da gravidez e do parto.

Quadro 1 – Caracterização das fontes estudadas

(continuação)

Autores	Objetivo	Resultados
Flamant, Gascoin (2013)	Descrever as complicações precoces do neonato pequeno para a idade gestacional (PIG).	Na mortalidade neonatal o risco relativo entre PIG é 2-4 vezes maior do que o adequado para a idade gestacional (AIG). PIG apresentou risco aumentado para asfixia perinatal, hipotermia e hipoglicemia durante os primeiros dias de vida. Na população pré-termo PIG a displasia broncopulmonar, a hipertensão pulmonar e a enterocolite necrosante são significativamente mais frequente em comparação com a população AIG.
Gaíva, Bittencourt e Fujimori (2013)	Analisar o perfil das mães e dos recém-nascidos que foram a óbito no período neonatal precoce e tardio.	Foram estudados 77 óbitos, sendo que 72,7% ocorreram no período neonatal precoce. Os coeficientes de mortalidade neonatal, precoce e tardio foram, respectivamente, 8,2, 6,0 e 2,2 /1.000 nascidos vivos. Não se constatou diferença no perfil materno e dos recém-nascidos que foram a óbito no período neonatal precoce ou tardio. Características que prevaleceram entre os óbitos neonatais foram: realização de menos de sete consultas pré-natais, prematuridade, baixo peso e Apgar menor que 7 no 1º minuto.
Gravena et al. (2013)	Analisar e comparar os resultados perinatais de gestantes adolescentes e em idade tardia com mulheres entre 20 e 34 anos, a partir dos dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos.	Os achados mostraram riscos perinatais relacionados à prematuridade e Apgar quinto minuto menor que sete em mães adolescentes. O baixo peso ao nascer também apresentou risco de 1,22 e 1,24 vezes entre as gestantes do grupo I e III.
Jacinto, Aquino, Mota (2013)	Analisar a evolução da mortalidade perinatal quanto à dimensão do problema e sua extensão.	A taxa de mortalidade perinatal mostrou tendência decrescente, sendo reduzida em 42% no período (33,1 (2000) para 19,2 (2009)) com maior contribuição da taxa neonatal precoce (-56,3%). A mortalidade fetal representou grande proporção (61,9%) da taxa de mortalidade perinatal em 2009. A classificação dos óbitos apontou como causas mais frequentes: asfixia intraparto, imaturidade e malformações congênitas.

Quadro 1 – Caracterização das fontes estudadas

(continuação)

Autores	Objetivo	Resultados
Martins et al. (2013)	Analisar as desigualdades sociais constatadas na distribuição da mortalidade perinatal em Belo Horizonte.	Evidenciou-se variação na taxa de mortalidade por mil nascimentos totais nos distritos sanitários, áreas de abrangência e áreas de risco. A taxa de mortalidade reduziu-se à medida que aumentou a escolaridade materna. As taxas de morte decorrentes da asfixia/hipóxia e a morte fetal não especificada foram crescentes com o aumento com o risco da área.
Costa et al.. (2014)	Determinar fatores de risco materno que levam recém-nascidos à necessidade de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Em relação à história reprodutiva, houve relevância estatística com número prévio de gestações e cesáreas. Dentre as complicações que necessitaram de cuidados em UTI neonatal, a prematuridade, a infecção intraparto. Dentre a história materna a doença hipertensiva apresentou significância estatística. A ruptura prematura de membranas se associou fortemente à necessidade de UTI neonatal.
Figueiró Filho et al. (2014)	Verificar a associação de variáveis perinatais com o nascimento de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso ao nascer (MBPN).	As comorbidades hemorrágicas, hipertensivas, parto operatório, idade gestacional <33s e Apgar 1º e 5º minuto estiveram associados à ocorrência de MBPN. Os Rns com MBPN apresentaram associação significativa para ocorrência de comorbidades metabólicas, neurológicas e infecciosas, período de internação >4 semanas e óbito neonatal precoce.
Lansky et al. (2014)	Analisar o perfil dos óbitos neonatais identificados na pesquisa Nascer no Brasil e os fatores associados, considerando-se os aspectos contextuais socioeconômicos e demográficos, as características da gestante e do recém-nascido e o processo assistencial no pré-natal, no parto e nascimento.	A taxa de mortalidade foi de 11,1 por mil; maior nas regiões Norte e Nordeste e nas classes sociais mais baixas. O baixo peso ao nascer, o risco gestacional e condições do recém-nascido foram os principais fatores associados ao óbito neonatal. A inadequação do pré-natal e da atenção ao parto indicou qualidade não satisfatória da assistência. A peregrinação das gestantes para o parto e o nascimento de crianças com peso <1.500g em hospital sem UTI neonatal demonstraram lacunas na organização da rede de saúde. Óbitos de recém-nascidos a termo por asfixia intraparto e por prematuridade tardia expressam a evitabilidade dos óbitos.

Quadro 1 – Caracterização das fontes estudadas

(continuação)

Autores	Objetivo	Resultados
Leal et al. (2014)	Avaliar o uso das boas práticas (alimentação, deambulação, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e de partograma) e de intervenções obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de risco obstétrico habitual.	As boas práticas durante o trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres, sendo menos frequentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. O uso de ocitocina e amniotomia foi de 40%, sendo maior no setor público e nas mulheres com menor escolaridade. A manobra de Kristeller, episiotomia e litotomia foram utilizadas, em 37%, 56%, 92% das mulheres, respectivamente. A cesariana foi menos frequente nas usuárias do setor público, não brancas, com menor escolaridade e múltiparas.
Pereira <i>et al</i> (2014)	Verificar a prevalência de desfechos perinatais/infantis em pacientes internadas em um hospital psiquiátrico público do Rio de Janeiro, Brasil, as quais tiveram partos durante o período de 1999 a 2009.	As prevalências encontradas foram baixo peso ao nascer (27,6%), prematuridade (17,4%), malformações (2,5%), óbitos fetais (4,8%) e neonatais (3,7%), sendo fatores associados o cuidado pré-natal insatisfatório, a presença de esquizofrenia e a baixa renda familiar.
Pogliane et al. (2014)	Avaliar a adequação do processo de assistência pré-natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde do município de Vitória, ES, segundo os critérios estabelecidos pelo PHPN e pela OMS.	Nenhuma gestante teve um processo de assistência pré-natal totalmente adequado aos critérios da OMS, e menos de 5% das gestantes realizaram o pré-natal em consonância ao PHPN.
Silva et al. (2014)	Construir um indicador de morbidade neonatal <i>near miss</i> .	A taxa de morbidade neonatal <i>near miss</i> no inquérito Nascer no Brasil foi de 39,2 por mil nascidos vivos, três vezes e meia a taxa de mortalidade neonatal (11,1 mil).
Silva et al. (2014)	Identificar os fatores obstétricos e perinatais associados à morbimortalidade perinatal em gestações que cursaram com amniorrex prematura.	A prevalência de morbimortalidade perinatal foi de 51,4%. As variáveis que apresentaram associação com a morbimortalidade foram: número de consultas de pré-natal, idade gestacional, baixo peso ao nascer e necessidade de ventilação mecânica.
Carvalho et al. (2015)	Analisar a variação da mortalidade infantil por condição de vida no meio urbano.	A taxa de mortalidade infantil média declinou de 25,3 de 2001 a 2005 para 17,7 óbitos/1.000 nascidos vivos, de 2006 a 2010. Apesar da queda nas taxas em todos os estratos na década, a desigualdade no risco de morte infantil aumentou nos bairros com piores condições de vida em relação àqueles de melhores condições.

Quadro 1 – Caracterização das fontes estudadas

(continuação)

Autores	Objetivo	Resultados
Melo, Oliveira e Mathias (2015)	Avaliar a qualidade do cuidado pré-natal em puérperas com nascimentos prematuros e a termo e identificar os fatores maternos e da gestação associados ao pré-natal inadequado.	Os indicadores que mais contribuíram para a inadequação do pré-natal foram exames de hemoglobina, urina e apresentação fetal. As variáveis maternas e da gestação que se associaram ao pré-natal inadequado foram a realização de pré-natal misto, cor da pele não branca, gestação não planejada e multiparidade.
Barbeiro et al. (2015)	Analisar frequência e fatores associados ao óbito fetal na literatura científica brasileira.	A qualidade de preenchimento da declaração de óbito fetal mostrou-se ainda deficiente, tanto na completude de variáveis, principalmente sociodemográficas, como na definição de causa básica. As causas do óbito, quando adequadamente investigadas, indicaram morbidades maternas possíveis de prevenção e tratamento. Os principais fatores associados ao óbito fetal foram pré-natal inadequado ou ausente, baixa escolaridade, morbidades maternas e história reprodutiva desfavorável.
Silva et al. (2015)	Analisar as mudanças na saúde perinatal em duas coortes de nascimento realizadas em 1997/1998 e 2010 em São Luís, Maranhão, Brasil.	A taxa de baixo peso ao nascer não se modificou (BPN) (8,5% em 1997/1998 e 8,6% em 2010). A taxa de nascimento pré-termo (NPT) também permaneceu estável (13,2% em 1997/1998 e 13% em 2010). Nascimentos em adolescentes e em mulheres sem companheiro decresceram. A escolaridade materna e a cobertura do pré-natal aumentaram. A taxa de restrição do crescimento intrauterino (RCIU) diminuiu de 13,3% para 10,6% ($p < 0,001$). A taxa de mortalidade infantil diminuiu de 28,5% para 12,5% por mim ($p < 0,001$). A taxa de cesárea (TC) aumentou de 34,1% para 47,5% ($p < 0,001$).
Leal et al. (2015)	Descrever a adequação da atenção à saúde entre as mulheres que fizeram o pré-natal e/ou parto no SUS, nos municípios prioritários para a redução da mortalidade infantil na Amazônia Legal e no Nordeste.	Entre as mulheres analisadas 75,4% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, mas somente 3,4% tiveram acesso a um pré-natal classificado como adequado. Apenas 44,2% das mulheres recebeu indicação para o parto e a internação no local referenciado ocorreu em 8,6% dos casos. A atenção ao parto foi considerada adequada para apenas 1% das entrevistadas.

Quadro 1 – Caracterização das fontes estudadas

(conclusão)

Autores	Objetivo	Resultados
Mucha, Franco e Silva (2015)	Determinar a frequência e os fatores associados à internação de recém-nascidos em UTI neonatal no município de Joinville, Santa Catarina.	A frequência de internação em UTI neonatal foi de 11,7%. Baixo peso ao nascer, malformação congênita, Apgar 5º minuto <7, prematuridade, sexo masculino, hospital público, mãe sem companheiro, baixa escolaridade materna e <7 consultas no pré-natal constituem risco para internação.
Santos et al. (2015)	Analisar o perfil dos óbitos infantis evitáveis investigados e a concordância entre a causa básica da declaração de óbito (DO) e da DO após a investigação.	Houve mudanças relevantes na causa de óbito após a investigação, com aumento da proporção de óbitos por asfixia, fatores maternos, infecções da criança, infecções perinatais, causas externas e morte súbita na infância.
Gonzaga et al. (2016)	Analisar a adequação do pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e ao baixo peso ao nascerem em uma capital do nordeste brasileiro.	As mães que apresentaram inadequação da assistência pré-natal tiveram chance aumentada para a ocorrência dos desfechos estudados.
Machado, Marmitt e Cesar (2016)	Descrever a prevalência de prematuridade tardia (PTT) e identificar fatores associados a sua ocorrência no município de Rio Grande, RS.	Dentre os 2286 nascimentos incluídos no estudo, 11,8% apresentaram PTT. Os resultados sugerem importante impacto do número de consultas pré-natais sobre o desfecho.

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre as produções, observou-se que o atendimento perinatal e a vigilância da mortalidade infantil têm sido foco prioritário do Ministério da Saúde no Brasil, já que no componente neonatal reside o maior desafio. Ações foram desenvolvidas para auxiliar o cumprimento dessas metas em associação aos ODM, dentre elas, destacam-se: O Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida, o Programa Mais Saúde e a Rede Cegonha (BRASIL, 2009; CAVALCANTI et al., 2013).

O Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PNHPN) foi efetivado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº. 569, em 01/06/2000, cujo objetivo é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido. Este priorizou a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, reconhecendo que a assistência ao binômio

mãe-bebê deve ocorrer por meio de ações educativas e preventivas com articulação entre tecnologias e acolhimento (BRASIL, 2002).

O manejo de fatores de risco modificáveis que surgem durante a gestação torna-se essencial na prevenção de desfechos materno-infantis desfavoráveis, que serão disparadores de alterações em curto e longo prazo. Pogliane et al. (2014) em estudo realizado no estado do Espírito Santo, evidenciaram que nenhuma gestante apresentou um processo de assistência pré-natal totalmente adequado aos critérios da OMS, e menos de 5% das gestantes realizaram o pré-natal em consonância ao PHPN. Constatando fragilidades nos serviços de saúde e lacunas no processo de trabalho (POGLIANE et al., 2014).

Diante de poucos avanços na redução da mortalidade neonatal, relacionada às condições de atenção à mulher durante a gestação, recentemente, o Ministério da Saúde organizou uma rede de cuidados denominada Rede Cegonha, que se trata de uma rede de atenção, a fim de garantir acesso e resolutividade durante o pré-natal, parto e período neonatal, fortalecendo assim o sistema hospitalar obstétrico de alto risco e ampliando o número de leitos do SUS, além de qualificar os profissionais de saúde para o atendimento à gestante e ao neonato (GAÍVA; BITTENCOURT; FUJIMORI, 2013).

O SUS, por meio dos seus princípios e diretrizes, preconiza o cuidado integral ao usuário. A forma organizacional da assistência materno-infantil, composta por mecanismos complexos e burocratizados, inviabiliza a flexibilidade das linhas de cuidado necessárias para a qualificação do atendimento ao binômio, desencadeando pontos de fragilidade e a dicotomização do cuidado, os quais repercutirão diretamente nos desfechos neonatais. A vulnerabilidade desses bebês, o risco de morte e a incidência de sequelas decorrentes das condições ao nascimento despertam a atenção para o caminho percorrido pela gestante na gravidez e no parto.

1.2 INTENCIONALIDADE DA PESQUISA

A partir das vivências da pesquisadora no cotidiano de uma UTIN, da atuação acadêmica e profissional direcionada à neonatologia, esta foi provocada por inúmeros questionamentos que dizem respeito à prevenção das complicações neonatais a partir da produção de uma assistência integral materno-infantil. Essas

indagações a despertaram para a necessidade de conhecer o fluxo assistencial à gestação/parto. E, assim, a partir dos nós críticos no acesso e acolhimento dessa gestante, repensar o processo de acesso e acolhimento, considerando a integralidade e a continuidade do cuidado.

A prática assistencial e as evidências científicas citadas anteriormente sinalizam para o fato da estreita relação entre as complicações neonatais e a dimensão dos processos assistenciais na atenção à gestação e ao parto, e suas implicações na mortalidade neonatal. Entretanto, persiste a dificuldade na implementação de ações que garantam à gestante o acesso às unidades de saúde e a continuidade dos cuidados ao bebê, em níveis de complexidade adequados, resultando na fragmentação da assistência e comprometimento da integralidade e equidade no atendimento ao binômio.

1.3 PERGUNTAS NORTEADORAS E PRESSUPOSTOS

Tais reflexões fizeram emergir alguns questionamentos: Como o percurso materno, no momento do parto e nascimento, influencia no desenvolvimento de complicações neonatais? Existem pontos de fragilidade na rede de assistência perinatal? Qual a percepção das mães em relação ao acesso e acolhimento por parte dos serviços de saúde no momento do parto?

Os dispositivos do cuidado integral na saúde, como acesso e acolhimento, proporcionam a qualidade da assistência fornecida às gestantes, puérperas e aos recém-nascidos e, conseqüentemente, contribuem para a diminuição da mortalidade neonatal, indicador que ainda se configura como o principal componente da mortalidade infantil no Brasil (JACINTO; AQUINO; MOTA, 2013). No entanto, no dia a dia das unidades observam-se fragilidades no funcionamento e articulação da rede de serviços de atenção à gestante, no pré-natal e parto, tendo como conseqüências desfechos neonatais negativos.

Dialogar sobre essas questões assume importância no cenário atual, no qual são observados o crescente avanço e a incorporação de tecnologias, com intuito de reduzir a morbimortalidade neonatal. Os estudos sobre a abordagem integral nos serviços de saúde, no trabalho de parto, parto e nascimento, são iniciativas recentes e ainda em número pequeno. Aprofundar a compreensão sobre a dimensão dos processos assistenciais nesse período e sua repercussão sobre as

complicações e mortalidade neonatal pode contribuir para subsidiar os planejamentos, as ações e, assim, favorecer a sua redução.

Diante das conexões e pressupostos descritos, elaborou-se o objetivo principal da pesquisa e seus desdobramentos.

2 OBJETIVOS E SEUS DESDOBRAMENTOS

2.1 GERAL

- Analisar o fluxo materno na gestação/parto e sua influência para o desenvolvimento de complicações neonatais.

2.2 ESPECÍFICOS

1. Descrever os fluxos percorridos pela gestante ao buscar assistência pré-natal e para o parto.
2. Relacionar o caminho materno no pré-natal/parto e as complicações neonatais.
3. Discutir as vivências das mães ao buscar cuidados em saúde na gestação/parto.

3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1 ACESSO E ACOLHIMENTO NA GESTAÇÃO/PARTO COMO FATORES ESSENCIAIS PARA O CUIDADO INTEGRAL DO RECÉM-NASCIDO

O cuidado integral abrange uma perspectiva que engloba diversas esferas da saúde, considerando os diferentes contextos, sujeitos e necessidades. O SUS, por meio dos seus princípios e diretrizes norteadores, preconiza uma assistência integralizada ao usuário, a partir de uma nova forma de pensar e agir em saúde, minimizando a dicotomização dos cuidados ofertados. Assim, ao analisar todo o percurso realizado pelo paciente, de modo a suprir suas necessidades em saúde, devem-se evidenciar o acesso, o acolhimento e o vínculo constituído pelos serviços. A complexidade organizacional e a fragmentação de algumas redes de assistência, muitas vezes, não favorecem a produção do cuidado integral, podendo ocasionar desfechos desfavoráveis (VASCONCELOS et al., 2011).

A flexibilidade das linhas de cuidado permite o acesso nos diferentes eixos da atenção à saúde em associação à necessidade do paciente. Define-se acesso como a liberdade e capacidade de obter alguma coisa, ou dela fazer uso. No campo da saúde, o acesso é compreendido como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que possibilitam a entrada de cada usuário na rede de serviços, em seus diversos níveis de complexidade. O acesso geográfico e funcional favorece a vinculação do paciente à unidade, porém outros fatores, como o acolhimento, são essenciais para a concretização da integralidade. O usuário estabelece um vínculo com a instituição na qual é acolhido, mesmo que, geograficamente, esta não seja a mais favorável ou a indicada dentro do processo de regionalização da saúde (VASCONCELOS et al., 2011).

Dentre as linhas assistenciais existentes no processo de integralização e regionalização da saúde no Brasil, encontra-se em evolução o movimento de mudança paradigmática de construção de redes estruturadas em saúde e do cuidado materno-infantil integral. A criança, por muitos anos, foi percebida apenas como um adulto em miniatura, não sendo consideradas suas características biopsicossociais. O seu desenvolvimento histórico e social, como participante e disparador de ações e políticas públicas específicas de assistência à saúde, vem se

refletindo com a queda gradual da mortalidade infantil, aliada a desafios como a morbimortalidade por agravos perinatais e causas evitáveis (ARAÚJO et al., 2014).

Com vistas a modificar a assistência à saúde infantil no Brasil, e objetivando a abordagem integral, em meados dos anos 1980, intensificaram-se as ações direcionadas à mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal. Cuidado fundamentado no princípio da interdependência da saúde da gestante no crescimento e desenvolvimento da criança. Em 2004, o MS lançou a agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, considerando a necessidade de acolhimento e acesso garantido. As linhas de cuidado foram dispostas da seguinte maneira: Ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada, Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido, Triagem neonatal, dentre outras (ARAÚJO et al., 2014).

Em 2011, a Rede Cegonha foi desenvolvida como estratégia transversal, com intuito de fortalecer as demais políticas em vigência, preconizando a redução da fragmentação existente e promovendo a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua e integral. Envolve uma rede de assistência materno-infantil, bem como garante à criança o cuidado integral no nascimento, crescimento e desenvolvimento. Entre suas ações estão: ampliar o acesso, acolhimento e melhoria do cuidado pré-natal, vinculação da gestante à unidade de referência para a assistência ao parto, parto e nascimento seguros, práticas baseadas em evidências científicas e atenção integral à saúde da criança de zero a 24 meses (BRASIL, 2011).

As ações da Rede Cegonha englobam quatro componentes: Pré-natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011; CAVALCANTI et al., 2013). Seguem as principais ações:

1. Componente Pré-natal: realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acesso ao pré-natal de alto risco em tempo adequado; apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas e para o local em que será realizado o parto.

2. Componente Parto e Nascimento: suficiência de leitos obstétricos e neonatais, de acordo com as necessidades regionais; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal.
3. Puerpério e atenção integral à saúde da criança: promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar; busca ativa de crianças em situação de vulnerabilidade; prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis; orientação e oferta de métodos contraceptivos.
4. Sistema Logístico: transporte sanitário e regulação - promoção nas situações de urgência, do acesso ao transporte com segurança para as gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU Cegonha; implementação do sistema “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação das gestantes para o parto.

A qualidade dos cuidados ofertados no pré-natal possui associação com a morbimortalidade infantil. O acompanhamento criterioso nesse período permite a identificação e intervenção precoce de riscos e agravos, minimizando os danos à saúde materno-infantil. A organização da assistência, de forma hierarquizada e regionalizada, proporciona acessibilidade à gestante, de forma a detectar precocemente intercorrências maternas e fetais, reduzindo assim as complicações e óbitos. O pré-natal baseia-se em três planos de atuação: rastreamento das gestantes de alto risco, ações profiláticas específicas para a gestante e o feto, e educação em saúde (NASCIMENTO et al., 2012; COSTA et al., 2014).

Muitas vezes, as atividades de educação em saúde realizadas no pré-natal são insuficientes. A gestante e sua família possuem informações precárias acerca dos sinais e sintomas do início do trabalho de parto, o que dificulta o seu reconhecimento por parte da futura mãe, desencadeando o autorreferenciamento e a ida precoce a maternidades. Frequentemente, por não ser específica desta unidade ou por não ter sido gerada através da rede de sistemas em saúde, essa demanda leva esta mulher a percorrer vários caminhos no processo de nascimento do seu bebê (CUNHA et al., 2010).

Atualmente, a assistência pré-natal no Brasil é praticamente universal, com valores elevados em todas as regiões do país. Contudo, a adequação dessa prática necessita de fortalecimento. Dentre as inadequações relacionadas ao pré-natal estão: início tardio, baixo nível de adequação, preenchimento incompleto do cartão da gestante e pouca adesão a atividades educativas. Identificando a necessidade de ações em saúde para efetivação do acesso das gestantes ao pré-natal e o cumprimento de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas, a fim de garantir uma prática segura de cuidados à saúde materno-infantil (SANTOS NETO et al., 2012; COSTA et al., 2013).

Em seu estudo, Viellas et al., (2014) evidenciaram que apenas 58,7% das gestantes foram orientadas sobre a maternidade de referência, e 16,2 % procuraram mais de um serviço para admissão para o parto. Dentre as que foram orientadas, 84,5% tiveram seu parto assistido na maternidade indicada. Dificuldades diversas para a não realização do pré-natal ou início precoce do acompanhamento foram indicadas, evidenciando as desigualdades sociais que persistem no país, com menos acesso das mulheres indígenas, pretas, com menor escolaridade, maior número de gestações e residentes nas regiões Norte e Nordeste (VIELLAS et al., 2014).

Reconhecendo-se que o Nordeste apresenta uma das maiores taxas de mortalidade neonatal do país, surgiu a Rede Norte Nordeste de Saúde Perinatal (RENOSPE), por iniciativa da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde; do Núcleo de Ensino, Assistência e Pesquisa da Infância César Victora (NEAPI) e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). Objetivando a melhoria do desempenho das unidades neonatais de médio e alto risco, e a redução da morbimortalidade evitável na região norte-nordeste do país. Pesquisa realizada em unidade de cuidados intensivos da RENOSPE apontou que o percentual de óbitos evitáveis foi elevado, devido à inadequada atenção à mulher na gestação, em 72% dos casos (SILVA et al., 2013).

Estudo multicêntrico realizado em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste Brasileiro evidenciou que o óbito em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) está associado à qualidade das condições assistenciais ofertadas à gestação, ao parto e ao recém-nato. Enfatizando a necessidade de ações dirigidas ao desenvolvimento e fortalecimento dos serviços de saúde materno-infantil, com foco principal na organização da rede assistencial (SILVA et al., 2014).

A realização do pré-natal sem o encaminhamento à maternidade de referência para o nascimento, muitas vezes, promove a peregrinação da gestante no momento do parto. Este desfecho dispara uma cascata de eventos danosos que podem evoluir para acesso e acolhimento insatisfatórios e inadequados, os quais irão refletir no crescimento e desenvolvimento biopsicossocial do bebê. Faz-se necessária a garantia da acessibilidade durante todo o ciclo gravídico-puerperal, através da hierarquização da rede e funcionalidade da referência e contrarreferência entre as unidades (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010).

O trabalho de parto e nascimento são períodos curtos, porém longos em expectativas e vivências imensuráveis para a mulher e sua família. Esses momentos devem ser abordados como a finalização de uma etapa que se iniciou nos cuidados com a mãe na gestação, refletindo globalmente na saúde do bebê. Esse processo atravessou profundas mudanças no decorrer dos séculos, passando de um evento familiar para hospitalar, permeado por tecnologias, com o objetivo de controlar as complicações e situações de risco para o binômio, sendo necessária a estruturação de um modelo de atenção, baseado em tecnologias apropriadas, a fim de resgatar o protagonismo da mulher e minimizar possíveis barreiras existentes no parto e nascimento (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011; LEAL, 2012).

Visando à melhoria da saúde de mães e crianças, e à promoção da qualidade de vida, o SUS necessitou realizar mudanças no modelo vigente de assistência materno-infantil, sobretudo através das práticas baseadas em evidências e minimização de dificuldades determinantes para a integralidade do cuidado ofertado à gestante e ao neonato (LEAL et al., 2014).

Várias barreiras podem ser vivenciadas no momento do parto e nascimento. Em especial, os entraves de acesso, que englobam desde os geográficos (distância e quantidade de serviços), até os econômicos, ofertas de serviços de acordo com as necessidades específicas dessa parcela da população e disponibilidade de profissionais capacitados para atender à demanda em questão. Sabe-se que quanto maior a distância percorrida pela gestante, mais difícil é a sua inserção nas unidades. Esta condição de peregrinação em busca de atendimento, muitas vezes, pode impactar na viabilidade neonatal (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010).

Bittencourt et al. (2014) abordaram em seu estudo os aspectos relevantes na estrutura das maternidades, para a qualidade da atenção ao parto e nascimento.

O estudo evidenciou ausência de organização na rede de atenção às gestantes e recém-nascidos de alto risco. Outros aspectos apontados foram grandes inadequações da estrutura hospitalar, as quais podem interferir na qualidade da assistência ao parto, potencializando a ocorrência de desfechos desfavoráveis para o binômio.

A morbimortalidade no componente neonatal é um importante indicador de saúde materno-infantil, refletindo a qualidade da assistência ofertada no pré-natal, no parto e aos recém-natos. A identificação precoce dos fatores de risco relacionados a esse acontecimento qualifica a assistência, porém a redução deles depende da garantia da acessibilidade e da utilização efetiva do conhecimento científico existente. O cuidado integral da díade tem se apresentado como um dos principais fatores de proteção contra o baixo peso ao nascer, prematuridade, retardo do crescimento intrauterino e óbitos neonatais precoces (KASSAR et al., 2013).

Mucha, Franco, Silva (2015), em seu estudo, verificaram que os desfechos apresentados pelos recém-nascidos, associados à internação em UTI neonatal, são evitáveis mediante ações de prevenção, evidenciando a importância da qualificação da atenção à gestante e ao recém-nascido.

As repercussões de agravos no período perinatal em um bebê podem marcá-lo por toda a vida. O baixo peso ao nascer e a prematuridade estão entre os principais componentes da morbimortalidade infantil. O aumento na taxa de prematuridade tardia nos últimos anos corresponde à maioria dos nascimentos prematuros. Pesquisas comprovam forte associação entre este desfecho e a mortalidade infantil e no adulto jovem, evidenciando várias complicações neonatais com distúrbios e sequelas em longo prazo, tais como: dificuldades na amamentação, paralisia cerebral, asma na infância, pior desempenho escolar, esquizofrenia e diabetes no adulto jovem (MELO et al., 2013; MACHADO JÚNIOR; PASSINI JÚNIOR; ROSA, 2014).

No âmbito da saúde da criança, área considerada estratégica pelo MS, espera-se a partir dos serviços de saúde, em todo o ciclo gravídico-puerperal, a efetivação das políticas e ações públicas vigentes, com intuito de reduzir os indicadores de morbimortalidade infantil e a incidência de doenças, garantindo o crescimento e desenvolvimento de modo saudável, e qualidade de vida para o bebê e sua rede social de apoio, através da integralização da assistência centrada na visão holística do usuário. Esta caracterizada pela redefinição de práticas, de modo

a criar vínculo, acolhimento e autonomia, construindo a possibilidade do cuidado focalizado no usuário, através da valorização de suas subjetividades e necessidades singulares (FERREIRA; COSTA; ANDRADE, 2015).

Diante deste cenário, os desfechos negativos vivenciados pelos neonatos e suas famílias estão vinculados ao processo saúde-doença-cuidado. A assistência integral pode contribuir para desfechos mais favoráveis ao permitir a prevenção, detecção e o tratamento oportuno de complicações, além de controlar fatores de risco que trazem afecções para a saúde da mulher e, conseqüentemente, do recém-nascido.

4 METODOLOGIA

Entende-se por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, incluindo as concepções teóricas do objeto, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos e criatividade do pesquisador (MINAYO, 2013). Neste estudo será desenvolvida uma metodologia que possibilite uma aproximação do objeto, considerando a sua subjetividade, complexidade e dinamismo.

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa de campo orientada pela abordagem qualitativa. Optou-se por esta metodologia por considerar que ela responde a questões singulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalhou-se com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes das mães, interpretando os fenômenos humanos a partir de uma realidade vivida e partilhada por estas mulheres (MINAYO, 2013). O período da gestação, para a mulher, é repleto de expectativas e experiências. Captar esses momentos transformadores exige uma ótica que aprofunde as diversas dimensões que permeiam a formação dessa relação binomial.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um hospital referência estadual, localizado em Fortaleza, Ceará. Trata-se de um complexo hospitalar terciário, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE), com excelência na prestação de serviços à saúde materno-infantil. O hospital é referência no atendimento e ensino reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), nas áreas de Clínica Médica, Neonatologia, Obstetrícia, Ginecologia e Cirurgia Geral.

Por sua peculiaridade assistencial, com incentivo ao trabalho em equipe multiprofissional, a unidade é local de formação para diversas profissões em saúde, apresentando diversos programas de Residência Médica, Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Neonatologia e Residência em Enfermagem Obstétrica.

É referência no Estado do Ceará, de modo que no nível estadual faz parte da 1º Macrorregião de Saúde, Fortaleza, a qual é composta pelos seguintes municípios: Fortaleza, Maracanaú, Eusébio, Aquiraz, Pacatuba e Itaitinga. No âmbito municipal, está vinculado à Secretaria Regional do Centro de Fortaleza.

Em relação à assistência materno-infantil, é referência em atenção à gravidez de alto risco, realizando cerca de 400 partos por mês. Possui auxílio de várias políticas de saúde materno-infantil, dentre elas, a Rede Cegonha. Sua maternidade é composta por 109 leitos obstétricos. Anexa, encontra-se a Casa da Gestante, importante centro de apoio às gestantes que apresentam alguma complicação. Atualmente, possui dez leitos com suporte multidisciplinar, priorizando a saúde do binômio mãe-bebê (CEARÁ, s/d).

A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pela assistência integral ao RN grave ou com risco para complicações. Dotada de estruturas assistenciais para a prestação de cuidados especializados, com recursos técnicos e humanos (BRASIL, 2012).

Na referida unidade hospitalar, a UTIN oferece 20 leitos, e a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional e a Canguru (UCINCO/UCINCA) são compostas por 36 e 4 leitos, respectivamente. O HGCC, em 1994, foi reconhecido como “Hospital Amigo da Criança” pelo MS e o UNICEF. A busca constante pela integralidade da assistência materno-infantil levou o HGCC a obter as qualificações de Centro de Referência Estadual do Banco de Leite Humano e Método Canguru (CEARÁ, 2013).

A equipe multidisciplinar da Unidade Neonatal é formada por médicos neonatologistas intensivistas e pediatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais. Além desses profissionais, também realizam atendimentos na Unidade, quando solicitados, a neurocirurgia, a geneticista e a oftalmologia.

Os pais dos recém-nascidos internados na Unidade Neonatal possuem acesso livre diariamente, conforme assegurado na Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre os direitos fundamentais da criança e do adolescente. Na referida unidade, os avôs podem realizar uma visita por dia, e os irmãos, aos sábados, acompanhados dos pais (BRASIL, 1990).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes deste estudo foram os RN internados na UTIN e suas mães, no período da coleta de dados. Para tanto, definiram-se critérios de inclusão e exclusão, descritos a seguir no Quadro 1, e justificados nos próximos tópicos.

QUADRO 2 – Síntese de critérios de inclusão e exclusão dos participantes

PARTICIPANTES	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIO DE EXCLUSÃO
Recém-nascidos	Parto na instituição da pesquisa; Baixo peso ao nascer; Prematuros; Internação superior a seis dias.	Ser portadores de malformações genéticas.
Mães dos RN's	Ser mãe de RN incluído na pesquisa; Parto na instituição da pesquisa.	Ser mãe de RN's portadores de malformações genéticas.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3.1 Critério de inclusão

Recém-nascidos classificados com desfechos neonatais negativos, como o baixo peso ao nascer (peso < 2.500g) e a prematuridade (Idade Gestacional < 37 semanas, cujo parto ocorreu na instituição em que se desenvolveu a pesquisa, com período de internação na UTIN superior a seis dias e acompanhados de suas mães (PEREIRA et al., 2014).

Optou-se por este critério de inclusão por acreditar que ele pode ser desencadeado por precárias condições na assistência em todo o fluxo materno e por considerar seis dias o tempo mínimo necessário para realização do contato materno com o bebê, estabilização das rotinas do setor, possibilidade de contato da mãe com um número significativo de profissionais da unidade e da situação de internação do RN. Estudo apontou que a média do tempo de internação dos neonatos na UTIN foi de 19,6 dias (BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012).

Pautando-se em evidências científicas de que várias práticas assistenciais no momento do parto e nascimento são impactantes na ocorrência de desfechos neonatais negativos, incluem-se também as mães dos RN's. A inclusão destas justificou-se em virtude de lançar um olhar para o fluxo materno a partir de

suas narrativas, na busca pela assistência materno-infantil na rede de cuidados que, por sua vez, deve garantir a qualidade assistencial à mulher, com repercussão direta na abordagem integral, crescimento e desenvolvimento do bebê.

Não foi definido, *a priori*, o número de binômios participantes, a coleta das informações foi finalizada após a saturação dos dados. Sendo assim, participaram do estudo oito recém-nascidos e suas mães. Essa abordagem fez referência aos aspectos empíricos e teóricos do conceito, embora eles não se distingam um do outro. Significou a emergência dos dados, os quais foram confrontados com diferentes contextos, sendo objetivo de o pesquisador desenvolver as propriedades do conceito e assegurar-se de sua pertinência teórica. Assim, a saturação designa-se ao fenômeno pelo qual o pesquisador julga que os últimos documentos, entrevistas ou observações não trazem mais informações suficientemente novas, ou diferentes, para justificar uma ampliação do material empírico (PIRES, 2010).

4.3.2 Critério de exclusão

Foram excluídos os RN's portadores de malformações genéticas e suas mães. Optou-se por este critério de exclusão, em virtude das especificidades fisiológicas e clínicas destes neonatos, tendo em vista a necessidade de uma abordagem diferenciada para esta população.

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Os dados foram coletados por meio da observação sistemática, entrevista individual, semiestruturada, e busca em dados secundários (prontuários e livros de ocorrência).

4.4.1 Observação sistemática

Foi adotada a técnica de observação para coleta de dados, por se compreender que este é um importante instrumento para o desenvolvimento dos saberes, revelando-se como um modo privilegiado de contato com o real. Esta técnica possibilitou ao investigador registrar e acumular informações diretamente do contexto ou situação específica da díade mãe-bebê.

As observações foram realizadas na UTIN, no período de fevereiro a maio de 2016, em diferentes horários do dia, em dias úteis da semana. A duração variou de acordo com as situações que se apresentaram na unidade.

A cada dia de inserção no campo, antes de iniciar as observações, a pesquisadora consultava os prontuários dos bebês, o que possibilitava o acesso às informações sobre a história materna e a evolução clínica dos neonatos, para identificação dos critérios de inclusão, considerando o local do parto e a data de internação na UTIN. Após esta coleta prévia, a pesquisadora se dirigia à mãe para breve explanação sobre a pesquisa e a solicitação para participação no estudo. As primeiras abordagens apresentaram dificuldades de aceitação por parte das mães, em virtude do estranhamento com o papel da pesquisadora e o receio que a pesquisa influenciasse o tratamento que estava sendo ofertado ao bebê. Devido a esses acontecimentos, foi realizada a inserção da mesma na rotina diária da unidade, com o fardamento e acessórios preconizados pela instituição, minimizando assim o estranhamento e facilitando a formação do vínculo com as mães e a participação no estudo.

As observações foram norteadas a partir de um roteiro construído (APÊNDICE A), contendo aspectos indicativos a serem analisados e considerados relevantes para o estudo, como as situações de interação entre a mãe/profissionais e profissionais/recém-nascidos. Ressalta-se que o roteiro serviu para guiar a coleta de dados, mas sua utilização não impediu a observação de outras situações consideradas relevantes pela pesquisadora, para apreensão do fenômeno.

O registro foi realizado imediatamente após ou, em algumas situações, simultaneamente à sua realização, em um diário de campo que abordou as impressões da pesquisadora acerca das situações observadas.

Em síntese, a coleta de material empírico manteve os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas das entrevistas e observações.

Ressalta-se que o fato da pesquisa ter sido desenvolvida no local de trabalho da pesquisadora poderia representar a redução das alterações no comportamento dos participantes e nas rotinas da unidade ou a impossibilidade de que estes se sentissem constrangidos diante da presença de uma pessoa estranha. Por outro lado, exigiu da pesquisadora a superação da “familiaridade” com os

envolvidos e situações apresentadas, bem como a adoção de uma atitude crítica e reflexiva, para permitir certo “estranhamento” acerca da realidade investigada.

4.4.2 Entrevista

Neste estudo, foi adotada a modalidade de entrevista semiestruturada, tendo como embasamento um roteiro de questões, o qual permitiu uma organização flexível e ampliação dos questionamentos, à medida que as informações foram coletadas, considerando-se a vivência do pesquisador e a literatura sobre o tema em estudo.

As entrevistas foram realizadas com as mães dos recém-natos internados na UTIN, tendo como suporte teórico um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B) que contém questões específicas, de forma a orientar a coleta de algumas informações sobre a história materna. Constando as seguintes perguntas disparadoras: *Como você descreveria a assistência prestada no pré-natal e o caminho percorrido no momento do parto? Você considera que o problema de saúde do seu bebê tem relação com o atendimento recebido no pré-natal/parto? O que você espera com relação ao futuro do seu bebê?* Considerando-se que a pesquisadora estava livre para ampliar ou aprofundar o nível de informações referentes ao objeto de estudo.

Além do tópico guia, foi utilizado pela pesquisadora um roteiro elaborado, de forma a orientar a coleta de algumas informações sobre as mães, no prontuário do bebê.

A utilização desse instrumento com as mães possibilitou uma associação com a observação sistemática dos neonatos, permitindo um aprofundamento acerca das relações estabelecidas entre o binômio, os atores sociais e a realidade vivenciada no momento da pesquisa.

Em síntese, a coleta do material empírico preservou os princípios éticos que norteiam a pesquisa científica, guardando anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas das entrevistas e observações. O Quadro 3 sistematiza as técnicas de coleta de dados relacionados aos objetivos da investigação.

QUADRO 3 – Objetivos e técnicas de coleta de informações do estudo

OBJETIVOS	INSTRUMENTOS E TÉCNICAS
Analisar o fluxo materno na gestação/parto e sua influência para o desenvolvimento de complicações neonatais.	Entrevista semiestruturada Observação sistemática
Descrever os fluxos percorridos pela gestante ao buscar assistência pré-natal e para o parto.	Entrevista semiestruturada Observação sistemática
Relacionar o caminho materno no pré-natal/parto e as complicações neonatais.	Entrevista semiestruturada Observação sistemática
Discutir as vivências das mães ao buscar cuidados em saúde na gestação/parto.	Entrevista semiestruturada Observação sistemática

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5 Plano de análise dos dados

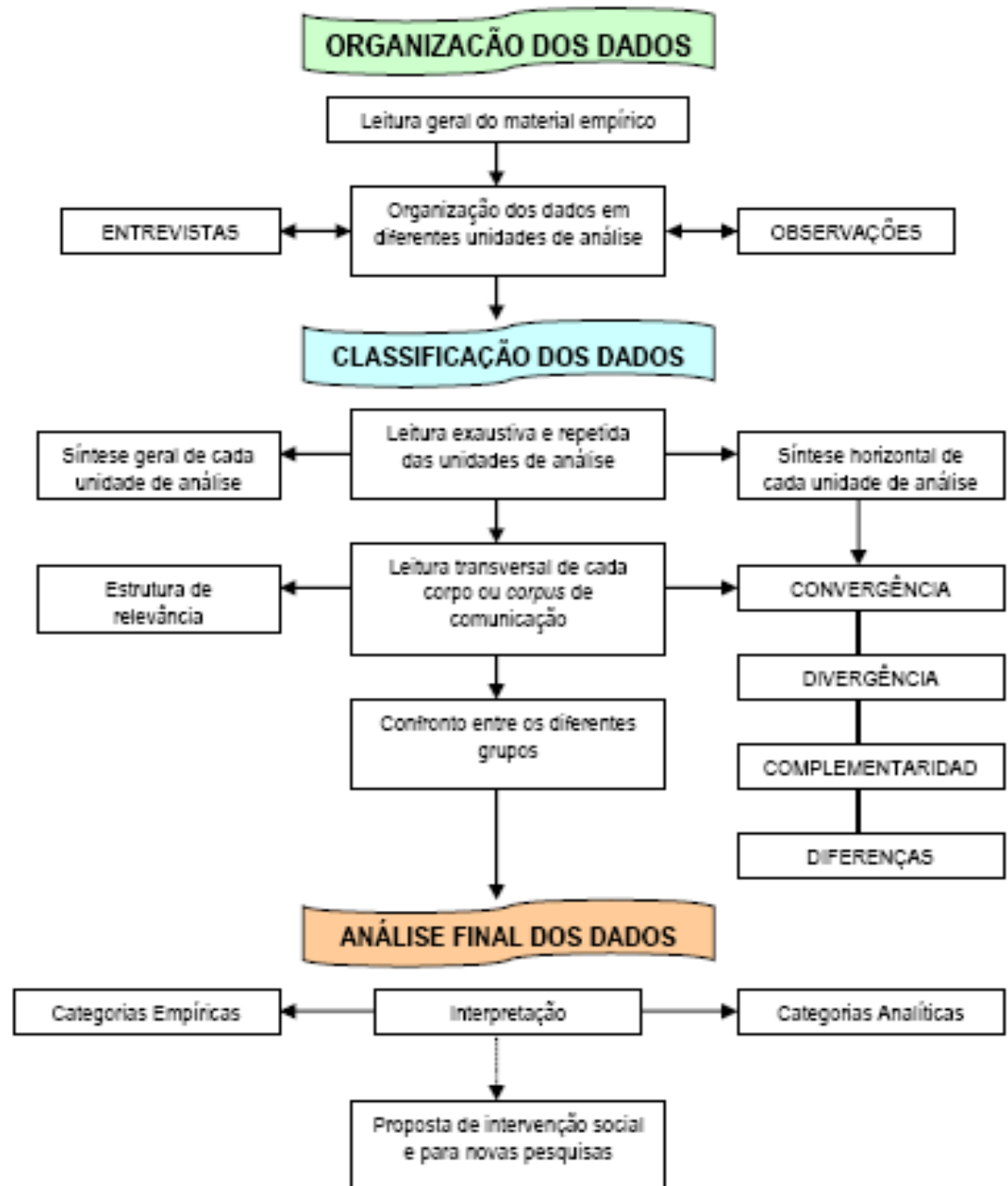
Para a análise das informações, foi utilizada a abordagem qualitativa, pela sua capacidade de compreender sentidos e significados do fenômeno que se estuda e dar conta das relações, percepções e sentimentos, fomentando o pesquisador para que este seja capaz de adentrar e compreender a complexidade do universo estudado. A organização e análise dos dados fizeram parte de um processo único que teve início com o trabalho de campo até a produção do relatório final.

A análise dos dados foi direcionada por Minayo (2008), adaptada por Assis et al. (2010) e seguiu as etapas de ordenação dos dados, classificação e análise final. Nesse sentido, foram estabelecidas relações dialéticas entre as diferentes fontes, num processo de confronto do material empírico e o referencial teórico norteador, para a compreensão do olhar participativo nas pesquisas na Atenção Materno-Infantil, privilegiando as tecnologias leves de cuidado – acesso e acolhimento.

Minayo (2008) enfatiza que entre as possibilidades de categorização no campo da saúde a mais utilizada é a Análise de Conteúdo Temática, que consiste em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o tema pesquisado, para permitir comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira.

A figura a seguir representa o plano de análise deste estudo:

FIGURA 1 – Fluxograma analisador desenvolvimento da análise hermenêutica dialética



Fonte: Assis et al. (2010)

O momento inicial da pré-análise consistiu na primeira leitura do conteúdo das entrevistas e na retomada de pressupostos e dos objetivos da pesquisa. Esta etapa foi composta pelas tarefas: leitura flutuante, constituição do *corpus*, formulação e reformulação de pressupostos e objetivos.

A leitura flutuante dos textos contidos nas entrevistas englobou o contato com o conteúdo, de forma exaustiva, relacionando-o aos objetivos e pressupostos da pesquisa. A constituição do *corpus* respondeu a algumas normas de qualidade qualitativa, como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A formulação e reformulação dos objetivos consistiu na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material e as indagações iniciais. Nesta fase pré-analítica, determinaram-se a unidade de registro, unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais.

A pré-análise ocorreu simultaneamente à coleta de dados. À medida que as entrevistas foram realizadas foram transcritas e armazenadas. Durante a transcrição, foi realizada a codificação das mães, a fim de evitar a identificação de cada uma delas. As mães foram codificadas pela letra “M”, seguida de identificação numérica referente à ordem em que foram entrevistadas. Sendo assim, a primeira mãe recebeu a codificação “M1”, subsequentemente, até a última entrevistada.

A segunda etapa foi composta pela exploração do material (entrevistas e observações), numa operação classificatória que visou ao alcance do núcleo de compreensão do texto. Para isso, o investigador buscou encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas, em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado. Possibilitando a visualização das ideias centrais sobre o tema em foco, representado em núcleos de sentido (o que dá sentido às representações das falas ou outras formas de expressão, relacionadas ao objeto de estudo).

A terceira etapa referiu-se ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Fundamentou-se em colocar em relevo as informações obtidas e, a partir daí, realizar inferências e interpretações, articulando-as com a fundamentação teórica do estudo delimitado inicialmente ou possibilitando a existência de outras pistas, em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, que surgem a partir do aprofundamento na leitura do material.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados foi realizada após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética com Seres Humanos do Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira (APÊNDICE C) Nº 1.356.261, seguindo os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL 2012), que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos. Foi entregue às mães o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), com o convite para participação na pesquisa, solicitação de autorização para uso de um gravador, enfatizando a voluntariedade de sua inserção na pesquisa e dando-lhe plena liberdade para escolher participar ou não do processo. O termo de consentimento foi assinado em duas vias por todas as mães entrevistadas.

Foi assegurado aos participantes da pesquisa que todas as informações obtidas durante o estudo serão mantidas em anonimato, a fim de confirmar seu caráter confidencial e garantir sua privacidade. Assim, os dados só foram coletados após o consentimento e assinatura do termo pelas mães envolvidas.

As entrevistas foram gravadas, na íntegra, em dispositivo de gravação digital. Após a gravação, todos os dados contidos no material obtido foram analisados pela pesquisadora.

Em relação às observações, foram registradas em diários de campo. As informações foram transcritas e, juntamente com os discursos das mães, transformadas em narrativas, que foram utilizadas como material de análise.

Considerando as condições físicas, psíquica, moral, social e cultural dos participantes da pesquisa, destacou-se que os riscos previstos diziam respeito ao constrangimento pela presença do pesquisador nas observações sistemáticas e possíveis relações de poder que se estabelecem na situação de entrevista. No entanto, todos os riscos e transtornos advindos da observação e entrevista foram minimizados pela pesquisadora que realizou o trabalho, pois esta estava capacitada para condução de tais atividades.

Como benefício direto para os profissionais e para a díade mãe/bebê, a pesquisadora se comprometeu a realizar a devolutiva dos achados aos gestores, usuários e comunidade em geral. Dessa forma, contribuindo para a implementação de melhorias na assistência, a partir de discussões e participação social nas tomadas de decisões.

5 RESULTADOS DA PESQUISA: COMPREENSÕES E DESAFIOS

Os resultados aqui apresentados foram organizados em categorias e subcategorias, com o intuito de reconstruir os fluxos percorridos pelas gestantes no pré-natal e parto. Desse modo, foram descritos em três grandes categorias, denominadas, respectivamente, de: Fluxos maternos e complicações neonatais, Desfechos negativos gestação/parto e Vivências maternas na gestação e parto.

5.1 FLUXOS MATERNOS E COMPLICAÇÕES NEONATAIS

5.1.1 O fluxo no pré-natal

Como dito anteriormente, neste estudo, o fluxo materno englobou a vicissitude dos acontecimentos vivenciados pela mãe no seu pré-natal e parto. No campo empírico, ao serem questionadas sobre o fluxo até o nascimento do bebê, as mães informam/relembam o atendimento no pré-natal, realizando uma avaliação deste serviço, muitas vezes efetuado na atenção primária, em atendimento vinculado à equipe de saúde da família, no SUS. Outras relatam ter realizado pré-natal “misto”, ou seja, o atendimento particular, em complementação ao do SUS, em demandas como exames, consultas e medicações, conforme os discursos descritos a seguir:

Eu vi que pelo SUS não ia dar uma boa assistência pra mim como era meu primeiro filho eu preferi fazer particular (Entrevista 1).

As coisa de interior é muito difícil é umas coisa muito simples (Entrevista 7).

Até raiva eu tive nesse posto porque a gente chegava lá na hora era uma hora depois pra atender (Entrevista 5).

No meu pré-natal ele disse que eu podia ligar a qualquer hora e a qualquer momento ele ia me assistir, ele não me assistiu (Entrevista 8).

O meu pré-natal foi ótimo por ser particular (Entrevista 1).

Meu atendimento no pré-natal no posto de saúde [...] não foi muito bom [...] teve mês que eu fiquei sem o pré-natal (Entrevista 6).

Eu tinha o pré-natal no posto, mas também eu tinha o plano [...] quando não tinha médico no posto eu corria pro plano (Entrevista 6).

A gente que é mãe fica desesperada porque eu graças a Deus tive condições de pagar, mas quem não teve (Entrevista 1).

A dificuldade foi essa de não ter um pré-natal adequado. A gente num tem assim dinheiro pra pagar tudo [...] fazer tudo particular tem que tá aguardando exame (Entrevista 7).

Tomando como referência a concepção de Franco (2006) sobre as redes, o autor destaca que qualquer ponto da rede pode ser conectado a outro, estas se desenvolvem sobre uma linha de cuidado construída para resolver as necessidades em saúde do usuário, podendo fazer conexões em várias direções que estão operando no interior desses fluxos (FRANCO, 2006).

É nesse processo, que se denominou de fluxo materno, que vai se constituindo a linha de cuidado da gestante, e ao refazer este percurso é possível destacar pontos de tensão, mas também as potencialidades identificadas por quem utiliza a rede, identificando o cenário propício para discussões e transformações.

A avaliação do pré-natal foi associada a uma conceituação materna preexistente de assistência inadequada no SUS, decorrente de vivências anteriores e associações culturais entre o fator econômico e a qualidade na assistência à saúde. As dificuldades no pré-natal de acesso a consultas, exames, remédios e informação, listadas pelas mães, levaram as gestantes a construir suas linhas de cuidado em saúde, mesclando o serviço público com o privado, para suprir suas necessidades. Sobre essa vertente, evidenciou-se que a duplicidade na realização do pré-natal não foi sinônimo de qualidade na assistência.

Outro aspecto observado no estudo foi a crença materna na medicamentação na assistência à saúde, visto que foram evidenciados em suas narrativas, como dificuldades no pré-natal, o acesso deficiente às medicações, exames e consultas pelo SUS, conforme descrito nos trechos a seguir:

Não tinha médico a maioria das vezes eu não ganhava remédio no posto eu tinha que comprar com a receita que eles me davam (Entrevista 6).

A dificuldade que eu achei foi essa de não ter as medicações (Entrevista 1).

O SUS não dava assistência, primeiro vacina [...] que lá não tinha e questão de ultra-som. A ultra-som eu nunca fiz pelo SUS (Entrevista 1).

O exame que eu fazia lá era só de sangue [...] ultrassom era tudo por minha conta (Entrevista 5).

Não me passaram nem a ultrassom (Entrevista1).

Em seu estudo Tesser, Neto e Campos (2010), abordaram a relação existente entre as práticas de acolhimento exercidas na atenção primária e a medicalização social, revelando que as influências históricas e conceituais foram fatores determinantes na formação dos serviços de atenção primária no Brasil. O acolhimento nos serviços de saúde encontra-se fundamentado na resolução de demandas biomédicas, em detrimento das demandas individuais dos usuários. Essa percepção se estende até o usuário que não elenca como prioridade em seu atendimento nos serviços em saúde a utilização de tecnologias leves em saúde, como a escuta qualificada de demandas individuais. Na prática, esse acolhimento fica voltado para resolução de situações clínicas pontuais. Tais achados fortalecem a premissa de inadequação do pré-natal ofertado pelo SUS, no qual as atividades de educação em saúde não são priorizadas pelos serviços de atendimento à gestante.

Corroborando com os fatos relatados pelas mães neste estudo, destaca-se a pesquisa de Pogliane et al. (2014), que avaliou a adequação do pré-natal no SUS, no município de Vitória, ES. Segundo os preceitos estabelecidos pelo PHPN e pela OMS, constatou que nenhuma gestante teve um processo de assistência pré-natal completo, de acordo com os critérios preconizados pela OMS, e menos de 5% das gestantes realizaram o pré-natal em consonância ao PHPN.

Em sua pesquisa, Leal et al. (2015) investigaram a realização do pré-natal e/ou parto no SUS, nos municípios prioritários para a redução do óbito infantil na Amazônia Legal e no Nordeste, entre as mulheres participantes, somente 3,4% tiveram acesso a um pré-natal classificado como adequado.

Os resultados encontrados por Domingues et al. (2015), em sua pesquisa, vão ao encontro dos dados evidenciados neste estudo, pois apesar do aumento da cobertura da assistência pré-natal no Brasil, apenas um quinto das mulheres recebe o cuidado adequado, conforme os procedimentos mínimos preconizados pelo MS, sendo a menor adequação nas regiões Norte e Nordeste do País.

Apesar da ampla cobertura da assistência pré-natal no SUS, esta investigação evidenciou fragilidades nas atividades preconizadas pela OMS e MS, para consolidação do seu papel como coprodutora no plano integral, individual e sistêmico do desfecho materno-infantil. Deve-se considerar que o SUS não adota os critérios da OMS para a realização do pré-natal. Conforme se resumem, no Quadro 2, as principais recomendações da OMS e MS para o pré-natal.

Quadro 4 – Caracterização do acompanhamento pré-natal e assistência à gestante

OMS (2016)	<ul style="list-style-type: none"> - Oito consultas pré-natais; - Uma consulta antes da 12^a semana; - Uma consulta na 20^a, 26^a, 30^a, 34^a, 36^a, 38^a e 40^a semanas; - Aconselhamento sobre nutrição adequada; - Exames complementares; - Suplementação vitamínica; - Vacinas (tétano); - Atividades de educação em saúde (álcool, tabagismo e atividades físicas); - Recomendação em emergências; - Referência à maternidade/hospital.
PHPN (2002)	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a primeira consulta de pré-natal até a 12^a semana de gestação; - Seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação; - Exames complementares; - Vacinas; - Atividades Educativas; - Classificação de risco gestacional na primeira consulta e nas subsequentes; - Garantia às gestantes classificadas como de risco acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco;
Rede Cegonha (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS); - Acolhimento às intercorrências na gestação e classificação de risco e vulnerabilidade; - Acesso ao pré-natal de risco em tempo apropriado; - Exames de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados; - Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto.

Fonte: Elaborado pela autora.

A vinculação da gestante com a maternidade de realização do parto deve ser feita desde o início do acompanhamento pré-natal. A fragmentação da rede de atenção à saúde materno-infantil no SUS proporciona o desenvolvimento de pontos isolados e incomunicados no fluxo de assistência desta população na gestação/parto, desencadeando uma cascata de eventos, muitas vezes preveníveis, e a peregrinação da gestante no parto ou em situações de emergência.

A qualidade dos serviços prestados no parto na unidade hospitalar é analisada por algumas mães, no conteúdo das narrativas, como satisfatória, com ênfase no tempo de espera para o atendimento e a relação profissional/paciente. As mulheres valorizam o acolhimento e atenção ofertada pelos profissionais de saúde na maternidade durante o trabalho de parto/parto, constituindo como um atendimento ideal. Vale ressaltar que a qualidade da experiência vivenciada pelas parturientes pode impactar nos desfechos maternos e neonatais. A ansiedade gerada por todo o processo do nascimento está associada a altos níveis de adrenalina, alterações na frequência cardíaca fetal, redução na contratilidade do útero, aumento na duração do ciclo ativo do parto e baixos índices de Apgar (LEDERMAN *et al.*, 1977),

No hospital eu fui bem atendida não tenho reclamações (Entrevista7).

Tanto o parto e o atendimento foi muito bom, até hoje está sendo muito bom (Entrevista 4).

Quando cheguei aqui o atendimento pra mim foi ótimo (Entrevista 1).

Fui bem atendida aqui no hospital [...] rapidamente me colocaram na sala de parto (Entrevista 3).

Foi muito bem, foi rápido (Entrevista 5).

A equipe do centro cirúrgico me colheu muito bem (Entrevista 8).

O atendimento foi super bem, até porque os profissionais daqui não deixaram dúvida alguma, não deixou nenhuma lacuna (Entrevista 1).

Estudo realizado por Orsi *et al.* (2014) investigou os fatores associados à satisfação das mulheres durante o atendimento hospitalar ao parto. Os índices significantes de satisfação estavam associados ao tempo de espera e à relação profissional/paciente, indo ao encontro dos achados desta pesquisa, que revelam que o acolhimento e o acesso às unidades hospitalares devem ser priorizados na elaboração dos fluxogramas institucionais.

O fluxograma faz parte de um conjunto de ferramentas analisadoras, constitui-se uma representação gráfica dos processos de trabalho em saúde, favorecendo a aproximação com os eventos que percorrem assistência. Elaborado com foco no usuário, o esquema possui riqueza de detalhes que facilitam a percepção dos aspectos da micropolítica da organização e da produção do cuidado.

Esta ferramenta foi utilizada na construção do caminho percorrido pela gestante em busca de cuidados na gravidez e parto (FRANCO, 2006).

5.1.2 Fluxograma da gestação/parto

[...] mandava prum lado, mandava pra outro [...]

A organização do SUS é excessivamente normatizada e burocratizada, na qual a rede de assistência materno-infantil opera sob a lógica das ações programáticas, que, muitas vezes, subvalorizam as singularidades desta população. Neste estudo, evidenciou-se uma fragilidade no fluxo de assistência interior-capital para regulação e resolução de situações decorrentes de urgências obstétricas apresentadas pelas gestantes residentes no interior do Estado do Ceará. Em diversas situações, as gestantes eram responsabilizadas pelos profissionais do pré-natal, para resolução de suas demandas. As dificuldades no acesso às consultas/procedimentos especializados foram determinantes para o desenvolvimento de desfechos negativos, conforme se observa nas narrativas a seguir:

O médico falou que não poderia fazer o meu pré-natal lá no posto porque era uma gravidez de alto risco e o posto de saúde não poderia acompanhar um pré-natal desse, que eu tinha que procurar um hospital (Entrevista 4).

Eu procurei o hospital da cidade chego lá pego o encaminhamento pra eu procurar o hospital de referência em criança prematura (Entrevista 4).

Eu procurei a secretaria e ficou meses, meses esperando por essa consulta. Ai quando foi pra sair essa consulta eu já tava vindo aqui (Entrevista 4).

Ele disse que qualquer coisa que era pra resolver eu tinha que ir atrás de um obstetra (Entrevista 2).

Não dava pra ver o sexo porque tava seca ela não se mexia mais dentro de mim ele disse que eu tinha que procurar um obstetra urgentemente (Entrevista 7).

Das oito mães entrevistadas, cinco foram referenciadas para o parto de risco habitual durante o pré-natal, porém os nascimentos ocorreram mediante situações de urgências, em maternidade diferente das referências, onde os fluxos apresentaram falhas de acesso, acolhimento e vínculo. Esses resultados apontam para a disparidade entre a referência do sistema de saúde e a vida real das usuárias.

A insuficiente corresponsabilização da atenção primária, perante as situações de urgências, e a deficiência na distribuição e oferta de leitos obstétricos e neonatais nas maternidades de referência se apresenta como grandes fatores para a ocorrência da peregrinação. Neste estudo, a peregrinação foi caracterizada pelos insucessos nas tentativas de inserção da mulher no fluxo de assistência à gestação e ao parto.

O estudo de Leal et al. (2015) analisou a atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde, residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, verificando que entre as mulheres entrevistadas apenas 44,2% receberam indicação de maternidade referência para o parto, e a internação no local indicado ocorreu em 8,6% dos casos. Tais dados vão ao encontro dos pontos de tensão identificados nesta pesquisa, no decorrer de situações emergenciais, contribuindo para precários indicadores de saúde materno-infantil nessas regiões do Brasil. A situação é particularmente alarmante em relação à atenção de emergência ao recém-nascido nas regiões Norte e Nordeste, fato que pode interferir nos indicadores de mortalidade neonatal.

Em contrapartida, quando ocorre fusão de interesses e necessidades, os profissionais de saúde e usuários desenvolvem seus próprios fluxos, operando redes de conexões informais entre o serviço público e o privado. Nessas situações, o cuidado coexistirá entre o real e o ideal, de acordo com o enfrentamento das situações-limite encontradas no fluxo cotidiano. Classificado neste estudo como fluxo “misto”.

O médico [...] me perguntou se eu conhecia alguém em Fortaleza que pudesse me colocar em algum leito pra ser mais rápido eu não podia esperar. Eu conhecia uma enfermeira que trabalhava aqui ela fez tudo (Entrevista 7).

Os profissionais eles mesmos articularam eu passei até na frente do povo porque não fui praquela fila (Entrevista 8).

Os médico lá do trabalho [...] ficaram se informando [...] ligaram pra ambulância e da ambulância eles ficaram procurando hospital que ainda tinha vaga, ai me trouxeram pra cá, mas chegou aqui também não tinha vaga (Entrevista 6).

O médico me transferiu pra cá sem ter vaga nenhuma (Entrevista 3).

Quando eu cheguei [...] fiquei numa maca, não tinha leito pra mim [...] eu fui pro leito no outro dia e a noite todinha numa maca no corredor (Entrevista 6).

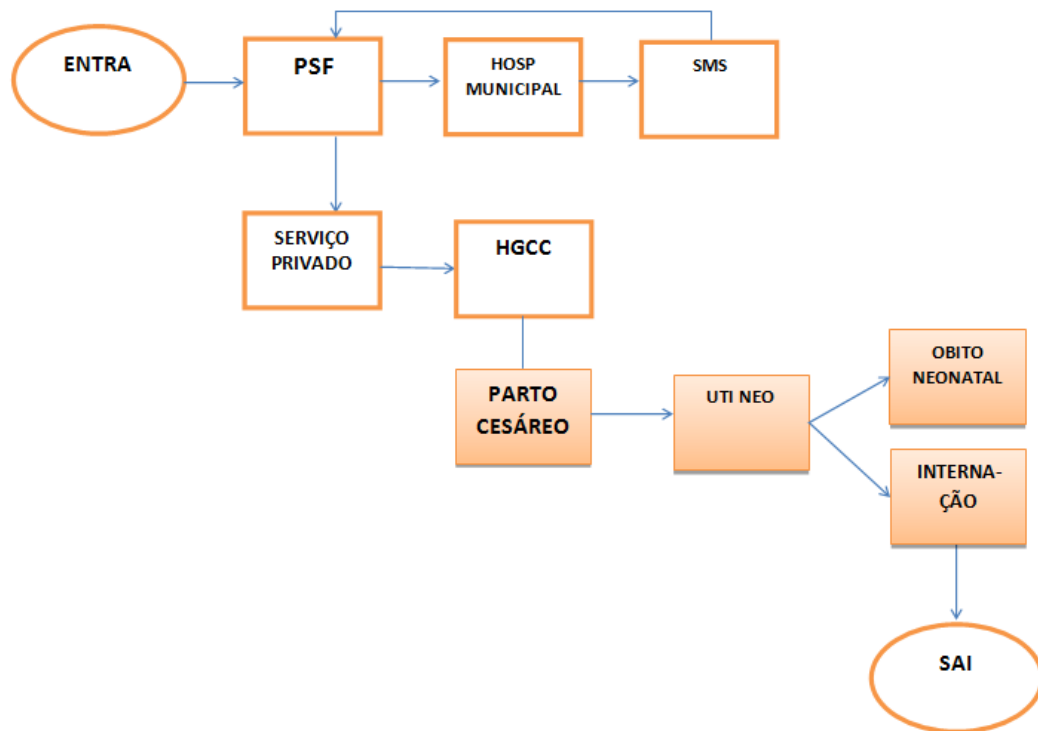
Sobre este aspecto, é possível uma discussão acerca do que Cecílio (2011) denomina de dimensão sistêmica da gestão do cuidado, que engloba a construção de conexões formais entre os serviços de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado. A base desta pirâmide, constituída por serviços de complexidade crescente, é formada por processos de referência e contrarreferência que não corroboram com o fluxo real na gestação/parto.

As gestantes constroem seus itinerários terapêuticos a fim de solucionar suas necessidades individuais que são amplas, pois englobam a responsabilidade sobre o crescimento e desenvolvimento do seu bebê, contrapondo a racionalidade pretendida pelos gestores. Esse contexto dispara uma discussão sobre a flexibilização das redes de cuidados, para que estas sejam construídas a partir das peculiaridades do usuário, que será uma peça fundamental na organização do quebra-cabeça da integralidade.

O caráter emergencial do parto, muitas vezes, desencadeia uma instabilidade no fluxograma dos serviços, ou seja, linhas de fuga, que são evidenciadas por problemas como a falta de acesso, gerando com isso uma demanda reprimida que poderá ocasionar efeitos danosos, levando a situações que variam desde a ausência à aplicação inadequada de procedimentos. O acesso aos serviços de saúde e o cuidado integral são pré-requisitos para a construção da longitudinalidade e formação da tríade essencial da assistência materno-infantil.

O fluxograma descrito a seguir representa esta problemática.

Figura 2 – Diagrama da concepção de desfechos negativos na gestação/parto



Fonte: Elaborada pela autora.

O fluxo acima relata o caminho percorrido por uma mãe em busca de assistência para a sua gestação/parto. A porta de entrada foi o posto de saúde para realização do pré-natal. Na primeira consulta, o médico informou que o pré-natal não poderia ser realizado na atenção básica por ser uma gravidez gemelar com riscos para complicações, orientando-a a procurar um hospital. A gestante recorreu ao hospital do seu município, que a encaminhou para uma unidade hospitalar de alta complexidade com referência em gestação de risco. Por ser uma assistência ofertada em outra cidade, a gestante procurou a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para viabilizar o transporte e agendamento do pré-natal, porém esta relata que a SMS ficou “enrolando” e as consultas nunca foram marcadas. A gestante recorre ao plano de saúde ofertado pela empresa em que seu marido trabalha para a realização das consultas, porém o mesmo foi encerrado.

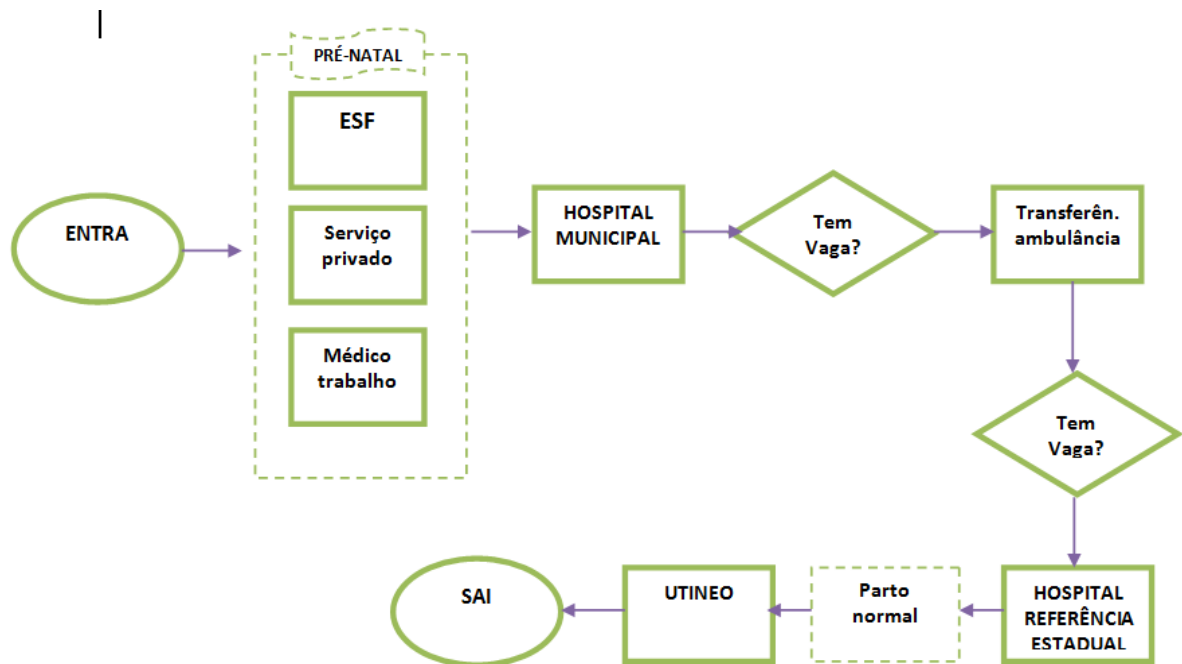
A gestante relatou que no decorrer de seis meses, enquanto aguardava a marcação pelo SUS, começou a sentir fortes dores e ligou para a médica do plano, que a encaminhou para o hospital de referência. Relata ainda que ao se dirigir à unidade hospitalar, foi rapidamente atendida pela equipe, vindo a descobrir que a gestação era trigemelar e que estava em trabalho de parto. Foi realizada a

cesariana, e os seus bebês, por serem prematuros, foram para a UTIN, onde uma das crianças evoluiu para óbito. A mãe permaneceu internada na unidade hospitalar, acompanhando os seus outros dois filhos que, após um longo período de internação, receberam alta.

Nesse contexto, observa-se que o acesso não corresponde à simples utilização dos serviços e dispositivos de saúde, é um conceito de múltiplas dimensões, que engloba confiabilidade e resolutividade dos quadros apresentados, sendo descrito como a oportunidade de utilização da assistência em circunstâncias que permitam o uso adequado das tecnologias disponíveis.

Em suas narrativas, as gestantes relataram barreiras de acesso. Então, a partir de suas necessidades, estas desenvolveram estratégias que visavam garantir o atendimento almejado. Neste estudo, vários pontos se destacaram como entraves de acesso, incluindo ausência de consultas pré-natais, deficiência de exames e medicações, e desorganização do sistema referência-contrarreferência (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009; SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Figura 3 – Diagrama da concepção de desfechos negativos na gestação/parto



Fonte: Elaborada pela autora.

Este diagrama evidencia o fluxo descrito pela gestante número seis, que iniciou sua assistência pré-natal no posto de saúde em complementação ao serviço privado, em virtude do acesso insuficiente a consultas, medicações e exames pelo SUS. No decorrer dos seis meses de gestação, a sua bolsa rompeu no seu local de trabalho, onde esta foi avaliada pelo médico do serviço, que acionou uma ambulância. Dentro do transporte, a gestante recorreu à unidade hospitalar municipal referenciada para o parto durante a gravidez. Em virtude da indisponibilidade de leitos, esta peregrinou de ambulância entre os hospitais de referência para parto prematuro, evidenciando a fragilidade existente no acesso aos serviços de alta complexidade. A sua busca finalizou na unidade hospitalar do estado. Esta unidade também estava sem leitos disponíveis para internação, porém o referido centro possui uma concepção história de “portas abertas”, e a gestante foi recebida.

Na referida unidade, a gestante recebeu um acolhimento inadequado, permanecendo internada em uma maca no corredor, sem acompanhante e informações sobre sua situação clínica e do seu bebê. No dia seguinte, foi transferida para um leito. A gestante relata que foi “deixada” no leito e, inesperadamente, sentiu seu filho saindo pelas pernas. Logo chamou a enfermeira, porém quando esta chegou o parto já havia se concretizado. Em virtude do desfecho clínico de prematuridade, o seu bebê foi internado na UTI. A mãe permaneceu interna no hospital, acompanhando o seu bebê, porém no decorrer dos dias a unidade hospitalar vivenciou um momento de superlotação, e a puérpera foi “convidada”, de forma repentina, a sair do hospital para facilitar a rotatividade e disponibilidade de leitos. Após um período prolongado de intenção, seu bebê recebeu alta.

Este fluxo abre a discussão sobre a indisponibilidade de leitos obstétricos e, muitas vezes, de UTI neonatal, que retarda a internação da gestante em unidades hospitalares adequadas. O estudo de Kassir et al. (2013) identificou os fatores de risco para a mortalidade neonatal, com especial atenção aos fatores assistenciais relacionados aos cuidados durante o período pré-natal e parto, entrevistou 408 famílias (136 casos e 272 controles), constatando que 20% apresentaram dificuldade de acesso ao leito hospitalar no dia do parto. Souza et al. (2011), em sua pesquisa, constataram que o caminho percorrido pela gestante, em busca de um

lugar para parir, em Maceió, iniciou no interior do estado para 52,4% das parturientes e em 48% dos casos estas percorreram mais de uma maternidade.

Os resultados do presente estudo corroboram com a produção do conhecimento sobre o tema, fortalecendo a premissa de que o acesso integral aos serviços de saúde, no momento do parto e em situações de emergência obstétrica, é determinante para a redução da peregrinação no anteparto, atenuando os índices de morbimortalidade materna e neonatal. No entanto, existem poucas pesquisas regionalizadas, com foco nas regiões Norte e Nordeste, que forneçam embasamento científico sobre o caminho percorrido pela gestante em todo o ciclo gravídico-puerperal.

5.2 DESFECHOS NEGATIVOS GESTAÇÃO/PARTO

Nesta investigação, a discussão dos desfechos do período gestacional foi problematizada, ou seja, este foi o ponto de tensão utilizado para a reelaboração do fluxo da mãe em busca de atendimento. Para ilustrar a discussão, descreve-se um trecho do diário de campo da pesquisadora.

Cheguei para realizar a entrevista com uma mãe, ela estava com o seu bebê no colo, e no decorrer da conversa a mesma narrou sua experiência na sala de parto: - Fiquei assim meio angustiada com o doutor dizer que a minha filha era cem por cento de chance de morrer [...] porque ele não é Deus pra dizer isso [...] foi mesmo que ele me matar tanto que depois dessa hora eu fiquei transtornada eu não me lembro de quase nada.

Nesse sentido, a concepção de desfecho foi teorizada como o ato de desencadear, sendo o desfecho neonatal disparador de uma problematização bidirecional, com início no percurso materno em busca de cuidados na gestação e parto, seguindo o fluxo do desenvolvimento infantil, em que as implicações desencadeadas pelos desfechos serão imensuráveis, conforme o que se descreve no diagrama a seguir:

Figura 4 – Diagrama da concepção de desfechos negativos na gestação/parto



Fonte: Elaborada pela autora.

O desfecho negativo apresentado na gestação/parto é formado por um eixo central de repercussão bidirecional, disparador de desfechos secundários. Esses desenlaces foram vivenciados no fluxo materno percorrido em busca de cuidados em saúde e nas experiências com o parto. Neste estudo, o primeiro eixo é formado pelo caminho da gestante na assistência ofertada pelo SUS, direcionando o olhar para os acontecimentos passados e suas implicações no parto. Nesse caminho pode-se concluir que a comunicação e o acesso ineficazes foram os nós críticos desta linha de cuidado. Esses desfechos foram observados na complementação da assistência ofertada pelo SUS com serviços privados para realização de demandas reprimidas de consultas, medicações e exames, preconizados pela OMS e MS para a efetivação do pré-natal adequado.

Esses pilares do cuidado integral apresentaram também outras fragilidades de orientações em saúde essenciais na gestação e vinculação da gestante a serviços de referências para urgências obstétricas. Os nós críticos apresentados na assistência pré-natal disparam desfechos negativos na linha de cuidado materno-infantil, os quais serão vivenciados durante o parto.

O segundo eixo aponta a continuidade da ineficiência do cuidado integral durante o parto, contemplada através do acolhimento inadequado, comunicação ineficaz e ausência de humanização. Pontos frágeis que permearam toda a linha de cuidado na gestação/parto com repercussões negativas na construção do vínculo mãe-bebê e nas expectativas maternas para o futuro do seu filho. Os desfechos neonatais negativos devem ser trabalhados a partir da interseção de três esferas de acontecimentos que englobam o passado, o presente e o futuro da gestação/parto, pois o produto deste complexo quebra-cabeça que forma o início da vida humana possui função determinante no curso do desenvolvimento infantil.

5.2.1 “[...] eu tive ela sem saber de nada [...]”

As narrativas revelam que no cotidiano dos serviços que realizam a assistência durante a gestação/parto ocorre uma subvalorização por parte dos profissionais dos anseios e queixas maternas. Em suas falas as mães associam a falta de informação com os desfechos apresentados pelos recém-nascidos. O sentimento de culpa materno aflora em virtude do desconhecimento das possíveis alterações e os cuidados necessários durante a gravidez. Assim a comunicação ineficaz dispara ações que interferem diretamente na percepção materna sobre o nascimento, na formação do vínculo institucional e no desenvolvimento infantil.

A minha barriga não crescia, e eu falava “Doutor porque a minha barriga não cresce a minha barriga é muito pequena?” ai ele dizia “A sua barriga está ótima [mãe expressa tom de voz irônico] o seu bebê é um bebê forte [elevação tom de voz]” quando ia ouvir o coraçãozinho “olha como o coração é dele é forte” ai eu “Ave Maria porque eu vejo as menina grávida é uma barrigona eu já to com seis meses e a minha barriga não cresce” eu não tinha um pingão de barriga foi a primeira coisa que eu comecei a perceber que a minha barriga não crescia (Entrevista 7).

Se eles tivesse me escutado mais tomado alguma providência [...] eu acho que teria sido um parto mais tranquilo (Entrevista 7).

Eu falava dos meu problema eles dizia que ia ficar só em observação não tomava nenhuma providência (Entrevista 7).

Eu sentia as coisas sentia dor nos peito eu sentia dormência no corpo, eu sangrava e os médicos dizia que ia ficar em observação né era normal e eu continuava sentindo (Entrevista 7).

Nesse contexto a produção do cuidado materno-infantil engloba ações de formação do vínculo e acolhimento que vão além do ato de recepcionar. Essa ideia permeia um conjunto de atitudes dos profissionais envolvidos na assistência, preconizando a relação de escuta e corresponsabilização do usuário pelo cuidado em saúde. A maternidade por ser uma experiência única desencadeia uma cascata de eventos que muitas vezes geram dúvidas, expectativas anseios que são minimizados através de práticas individualizadas.

Eu nunca tinha engravidado aí ele disse que era normal porque o útero estava crescendo [...] então não me preocupei (Entrevista 1).

Muitas coisas que eu perguntava e não tinha resposta (Entrevista 3).

Eu falei pra ele que eu já tinha tido prematuro [...] ele disse que não tinha nada haver (Entrevista 5).

Ele não chegou pra mim dizer o que eu deveria e o que eu não deveria fazer na gravidez (Entrevista 1).

Os usuários dentro do sistema de saúde buscam ser ouvidos e ter suas demandas solucionadas. No presente estudo somente uma gestante recebeu informações e orientações sobre os cuidados e sinais de alerta durante a gestação, vale ressaltar que esta realizou todo o seu pré-natal no serviço privado. Durante a gestação, as abordagens realizadas nas consultas de pré-natal e as atividades de educação em saúde devem incluir a promoção de hábitos saudáveis, incentivo e preparo para o parto normal e aleitamento materno e informações sobre os sinais de alerta e riscos para urgências obstétricas (DOMINGUES et al., 2015).

Quando eu ia pro posto eu perguntava, eu dizia Dra. que é a enfermeira, eu disse a ela que sentia muita dor no pé da barriga [...] eu com seis meses e ela dizendo que tudo era normal (Entrevista 6).

Eu sentia as coisas sentia dor nos peito eu sentia dormência no corpo, eu sangrava e os médicos dizia que ia ficar em observação né era normal e eu continuava sentindo (Entrevista 7).

Não sabia o que tava acontecendo [...] não sabia o que era bolsa se romper (Entrevista 4).

Eu não tinha assim muita experiência com negócio de gêmeos (Entrevista 4).

A preparação materna para os acontecimentos vivenciados durante o trabalho de parto e o parto deve ser priorizada durante a realização do pré-natal. O fluxo dentro da rede de assistência materno-infantil deve ser fundamentado em práticas que fortaleçam a comunicação entre usuário e profissionais. No presente estudo a comunicação ineficaz percorreu a assistência à gestação e ao parto, sendo evidenciada nas narrativas das mães.

[...] aí levaram ela eu vim saber no outro dia que a assistente social foi lá onde eu tava [...] e me levou pra ver ela (Entrevista 6).

Sabia de nada [...] eu tava perdida aqui perdida (Entrevista 7).

Alguns profissionais precisam se reumanizar pra ter mais atenção na escuta (Entrevista 8).

Não há humanização na sala de parto (Entrevista 8).

Tal evidência qualitativa corroborou com os achados do estudo realizado por Dornfeld e Pedro (2011). A análise evidenciou que a equipe de saúde possui um papel relevante na segurança e proteção do binômio mãe-bebê. A comunicação ineficaz entre profissionais e usuários pode resultar em complicações, especialmente na assistência hospitalar ao parto, quando a relação de poder leva à dicotomia na realização do cuidado entre a parte dominada e a parte dominante. Essa divisão dificulta o desenvolvimento da assistência integral na linha de cuidado materno-infantil. As relações de poder existentes no momento do parto levam a parturiente a anular-se como pessoa, enfraquecendo o empoderamento materno na tomada de decisões para ela e seu bebê.

Os dados da pesquisa mostraram uma desvalorização da equipe de saúde em relação ao estabelecimento da comunicação e fortalecimento do vínculo com a gestante, disparando medo e insegurança nas mulheres. A utilização rotineira da comunicação verbal e não verbal dentro dos serviços de saúde possibilita maior qualidade do vínculo profissional-paciente, o que favorece um ambiente acolhedor, onde a gestante poderá vivenciar de forma positiva o nascimento do seu filho. Nesse momento os profissionais de saúde devem ter uma escuta qualificada associada à comunicação eficaz disparando dispositivos de cuidados essenciais à promoção de desfechos neonatais positivos.

5.2.2 “Só um pinguim de gente nasceu muito problematicazinha minha filha”

O nascimento prematuro tem sido alvo constante de pesquisas científicas em virtude dos agravos e sequelas em longo prazo, oriundas de um histórico de vulnerabilidade biológica. A detecção precoce dos seus sinais de risco pode facilitar a intervenção terapêutica e minimizar sequelas futuras. Em seu estudo Moreira, Magalhães e Alves (2014), concluíram que crianças prematuras são mais susceptíveis a prejuízos no desenvolvimento nas áreas motoras, de comportamento e de desempenho escolar quando comparadas a crianças nascidas a termo. De acordo com as narrativas maternas, ocorreu uma associação entre o cuidado dispensado na gestação/parto e os desfechos neonatais negativos. A qualidade dos serviços ofertados ao binômio em todo o ciclo do nascimento representa papel primordial no crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos por disparar sequelas e complicações futuras indetermináveis.

Eles perderam muito ao nascer tão cedo se eles tivessem ficado mais tempo (Entrevista 8).

Eu acho que foi o parto porque não era pra ela nascer agora (Entrevista 3).

Eu espero que eles não tenham sequelas (Entrevista 8).

Esse modo de olhar materno perante os desfechos apresentados pelos recém-nascidos revela a problematização complexa em torno do nascimento prematuro, que abrange além de aspectos clínicos com repercussão direta no desenvolvimento neuropsicomotor. Deve-se considerar que na maioria dos relatos, neste estudo, os bebês estiveram expostos a múltiplos riscos como a prematuridade, asfixia perinatal e atrasos no desenvolvimento. Assim, o contexto da gestação/parto pode ser decisivo para formação de efeitos positivos ou negativos em seu crescimento.

Eu tenho certeza se não fosse essas dificuldades de marcar consulta [...] a minha gravidez tinha sido mais saudável (Entrevista 4).

Em momento algum me deram prioridade porque eu estava grávida (Entrevista 1) .

Não tive dor pra ter ela ai o médico chegou e fez o parto forçado, foi empurrando minha barriga e puxando por isso ela nasceu com a perna roxa (Entrevista 6).

[...] quando colocaram ela em cima de mim ela tava toda roxa e foi forçado o parto (Entrevista 6).

Nesse contexto, pesquisa realizada por Maggi et al. (2014) mostrou que uma proporção significativa de crianças prematuras com desenvolvimento aparentemente adequado para a idade apresentou índices inferiores nas avaliações motoras, cognitivas e funcionais na idade pré-escolar quando comparadas a seus pares nascidos a termo. Este achado reforça a premissa da necessidade de cuidados específicos realizados pela família do bebê prematuro, sendo prioritário o fortalecimento do vínculo em toda linha de cuidado infantil. Uma ligação forte e segura do bebê com a sua família pode ter uma função biológica protetora, que o resguardará dos efeitos adversos do nascimento precoce.

O nascimento pré-termo modifica as experiências evolutivamente esperadas e impõe ao bebê e à sua família acontecimentos diversos e indetermináveis. O recém-nascido pré-termo e sua família enfrentam a realidade diária da Unidade Neonatal repleta de procedimentos estressantes e dolorosos que podem impactar em seu desenvolvimento. Logo ao nascer, o bebê, por necessidade vital, é separado de seus pais, portanto, a segurança psíquica do neonato e sua família devem ser tomadas como ação principal dentro das rotinas, a fim de minimizar o seu sofrimento. Muitos estudos realizados sobre a formação dos laços afetivos corroboram quanto à existência de um período sensível para o estabelecimento do apego que ocorre no momento do parto, quando as diversas influências negativas no fluxo na gestação/parto geram dificuldades na formação do vínculo mãe-bebê (BRASIL, 2013).

Assim a dimensão organizacional deve funcionar de forma integral em todo o caminho da gestante e seu bebê na imprevisível estrada formada pelas curvas de acesso, acolhimento e vínculo na rede de cuidados à gestação/parto. A qualidade da assistência ofertada à mãe nesta jornada irá impactar drasticamente a formação dos desfechos infantis, que vão além das características clínicas, permeando fatores biopsicossociais.

5.3 “OS PREMATUROS SÃO UMA CAIXINHA DE SURPRESAS”

5.3.1 Vivências maternas na gestação e parto

De acordo com as narrativas as experiências relatadas pelas mães durante o nascimento dos seus filhos foram atravessadas por sentimentos descritos como: dor, trauma, abandono e frustração. Tais achados são resultados de um fluxo de eventos danosos que teve início na assistência ao pré-natal, em virtude da inoperância da rede assistencial.

Eu fiquei a noite toda sentindo dor (Entrevista 2).

Ele disse pra mim que eu ia ter normal bebê de nove mês [...]eu até achei que eu poderia ter (Entrevista 5).

Eu até chorei na sala de parto[...] pra mim foi muito traumático (Entrevista 8).

As mulheres ficam revivendo aquela situação de dor (Entrevista 8).

Eu fiquei lá abandonada naquela sala de parto no meio do corredor (Entrevista 8).

No parto eu tive dificuldade (Entrevista 5).

Ela saiu e eu não senti dor, ela saiu pelas pernas eu só senti aquela coisa se mexendo quando eu chamei a enfermeira a menina já tinha (Silêncio) (Entrevista 6).

Em seu estudo Pontes e Cantillino (2014) analisaram a relação entre o nascimento vivenciado como traumático em decorrência da prematuridade e o vínculo mãe-bebê. De acordo com a pesquisa, que entrevistou 60 puérperas, o parto prematuro foi elencado como traumático por 43 (71,7%) das mães, podendo interferir na formação do vínculo mãe-bebê. Este achado evidencia a forte ligação entre a influência negativa do parto na formação de desfechos neonatais. A qualidade da relação precoce tem sido apontada como um dos eixos minimizadores dos desfechos negativos relacionados à prematuridade, especialmente no que diz respeito à formação do vínculo e ao desenvolvimento infantil.

Durante as entrevistas a fala da mãe número oito despertou a minha atenção, pois esta reproduziu uma colocação muito utilizada pelos profissionais da Unidade Neonatal: “*os prematuros são uma caixinha de surpresas*”. Tal afirmação reflete o mecanismo de defesa desenvolvido pela equipe para gerenciar desfechos

que não podem ser programados, tornando-se a referência da mãe durante a internação do seu filho. Esse sentimento desencadeia na mãe dificuldades na formação do vínculo com o seu bebê, em virtude da sombra constante da perda na formação dessa relação que será necessária para o desenvolvimento do neonato.

A minha filha foi a óbito com menos de 48 horas (Entrevista 8).

Tomei um remédio pra dor quando o meu filho faleceu [...] eu fiquei com febre me sentindo muito mal (Entrevista 4).

Eu não tinha assim muita experiência com negócio de gêmeos (Entrevista 04).

Não tem condições de continuar da forma que é porque é muito desumano (Entrevista 8).

Não há humanização na sala de parto (Entrevista 8).

A dimensão familiar da gestão do cuidado em saúde no contexto materno-infantil assume uma função primordial. A inserção do recém-nascido e sua adaptação à realidade externa ao ambiente hospitalar terá como atores principais a mãe e sua rede social de apoio. Relações conflituosas podem ser disparadas por fragilidades no vínculo materno-infantil, impactando nos cuidados ofertados e no desenvolvimento do bebê.

O aumento nos índices de partos pré-termos no âmbito mundial faz com que este problema seja considerado atualmente um dos mais importantes no contexto de políticas públicas de saúde, porém o desfecho prematuridade não deve ser abordado de forma dicotômica, em que a presença ou a ausência deste guia a tomada de decisões e a elaboração de estudos científicos. O nascimento prematuro dispara uma rede complexa de acontecimentos que permeiam todo o crescimento e desenvolvimento do bebê e sua família, impactando na sua qualidade de vida.

6 PONTOS DE REFLEXÃO, LIMITES DA PESQUISA, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O estudo viabilizou uma aproximação do campo empírico com as fragilidades e vivências maternas no fluxo percorrido em busca de cuidados em saúde na gestação e parto. Assim o contato mais profundo com as mães e seus bebês permitiu desvendar os nós críticos que dificultaram a execução de um fluxo assistencial integral. Os limites da micropolítica do trabalho em saúde na assistência à gestante na UBS e sua vinculação aos serviços de referência para urgências obstétricas foram primordiais na construção dos desfechos apresentados no parto.

A assistência pré-natal realizada na rede SUS apresentou avaliações maternas negativas em relação ao acesso, acolhimento e vínculo. Esses pontos essenciais no cuidado estão intrinsecamente relacionados às grandes transformações políticas, econômicas e sociais do cenário atual. Assim a efetivação da integralidade como pilar dos cuidados em saúde ficará à mercê das concepções individuais e limites funcionais apresentados pelos profissionais e gestores que formam a rede de assistência à saúde materno-infantil.

Dentro desse processo, que se denominou de fluxo materno, foi se constituindo a linha de cuidado da gestante, e ao refazer este percurso é possível destacar pontos de tensão. Muitas concepções apresentadas pelas mães eram fundamentadas em experiências prévias negativas em outras linhas de cuidado na rede SUS, gerando um preconceito sobre a assistência que seria ofertada, antes mesmo de sua efetivação. Essa visão acompanha o usuário em toda a sua caminhada, pois as primeiras experiências na rede irão influenciar a sua percepção futura da assistência.

Nos relatos maternos a peregrinação ocorreu desde o pré-natal quando a gestante recorreu à assistência privada para suprir suas demandas reprimidas na rede SUS, dando continuidade em sua inserção para o parto. O que fortalece a premissa de que a peregrinação não deve ser abordada apenas no momento do nascimento, pois, muitas vezes, a peregrinação no anteparto já é resultado de uma jornada anterior.

A ausência de interseção entre os serviços de saúde, principalmente entre o pré-natal e o parto ocorrido em situação de urgências obstétricas, é apontada neste estudo como grande fator para ocorrência de peregrinação. Vale

ressaltar que, apesar da maioria das gestantes ter sido referenciada para o parto de risco habitual, tal fato não evitou que ocorresse a peregrinação, pois o parto ocorreu em situações de emergências que necessitavam de serviços especializados.

Dessa forma, os resultados do presente estudo corroboram com as publicações científicas que apontam que o acesso, o acolhimento e o vínculo nos serviços de saúde, em tempo oportuno e com qualidade, são primordiais para uma boa assistência ao binômio mãe-bebê, reduzindo assim a peregrinação e atenuando os índices de morbimortalidade neonatal.

Apesar de ser um tema de extrema importância para a assistência materno-infantil, a peregrinação ainda é um assunto bem pouco abordado de forma qualitativa no Brasil e no mundo. Os estudos qualitativos fornecem informações específicas e individualizadas das relações, percepções e sentimentos maternos, fomentando o pesquisador para que este seja capaz de adentrar e compreender a complexidade do universo estudado.

Outro aspecto observado no estudo foi a crença materna na medicamentação na assistência à saúde, visto que foram evidenciados em suas narrativas, como dificuldades no pré-natal, o acesso deficiente às medicações, exames e consultas pelo SUS. Esta concepção reduz a autonomia do usuário no seu processo saúde-doença, no qual ocorre a inversão dos papéis, e o usuário deixa de ser o protagonista, atuando de forma coadjuvante com demandas imprevisíveis para o sistema de saúde. Desfechos negativos na gestação/parto com abordagem além dos conceitos biomédicos podem disparar consequências imprevisíveis em longo prazo, desencadeando uma gama de repercussões negativas em cascata no processo de crescimento e desenvolvimento neonatal.

O desfecho negativo apresentado na gestação/parto é formado por um eixo central de repercussão bidirecional, disparador de desfechos secundários em todo o desenvolvimento infantil. A formação do vínculo materno-infantil repercutirá diretamente na conquista dessa mãe para cuidar do seu bebê e em suas expectativas perante o seu futuro. Deve-se considerar que na maioria dos relatos, neste estudo, os bebês estiveram expostos a múltiplos riscos, e o contexto da gestação/parto pode ser decisivo para formação de efeitos positivos ou negativos em seu crescimento.

Desse modo, a pesquisa confirmou seus pressupostos de que, no cotidiano dos serviços de saúde, ocorrem fragilidades no funcionamento preconizado pela OMS e MS. A presença de nós críticos na articulação da rede de atenção à gestante no pré-natal e parto possui como consequências e desfechos neonatais negativos. Os estudos qualitativos sobre a efetivação da abordagem integral na assistência à saúde no trabalho de parto, parto e nascimento são iniciativas recentes e ainda em número pequeno. Aprofundar a compreensão sobre a dimensão dos processos assistenciais nesse período e sua repercussão sobre as complicações e mortalidade neonatal pode contribuir para subsidiar os planejamentos, as ações e, assim, favorecer a sua redução.

Esses fenômenos servem como sinal de alerta para os gestores, trabalhadores em saúde e usuários no que diz respeito ao seus envolvimento na construção e efetivação das políticas públicas direcionadas à população infantil e à organização de fluxos funcionais de atenção integral em todo o ciclo gravídico-puerperal, pois acontecimentos passados irão disparar respostas no futuro, portanto exigem uma maior reflexão e sensibilização sobre as práticas de atenção, gestão e formação em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. F. et al. Sobrevida e fatores de risco para mortalidade neonatal em uma coorte de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer, na Região Sul do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1088-1098, jun. 2011.
- ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, nov./dez. 2014.
- ASSIS, M. M. A. et al. **Produção do cuidado no programa saúde da família**. Salvador: EdUFBA, 2010. 180 p.
- BARBASTEFANO, P. S.; GIRIANELLI, V. R.; VARGENS, O. M. C. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 708-714, 2010.
- BARBEIRO, F. M. S. et al. Fetal deaths in Brazil: a systematic review. **Rev Saúde Pública**, v. 49, p. 1-15, abr. 2015.
- BASSO, C. G.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. Associação entre a realização de pré-natal e a morbidade neonatal. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 269-276, 2012.
- BITTENCOURT, S. D. A. et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 208-219, 2014.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 15 jun. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 17 jun. 2015.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. **Princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria Executiva. **Programa de humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Indicadores de mortalidade: tacha de mortalidade neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c0104b.htm>>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. **Qualificação profissional é foco do pacto pela redução da mortalidade infantil no NE e AL**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=734>. Acesso em: 29 set. 2015.

CARVALHO, R. A. S. et al. Inequalities in health: living conditions and infant mortality in Northeastern Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 5, 2015.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da rede cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1297- 1316, 2013.

CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Hospital Geral Dr. César Cals. **Banco de leite humano**. Fortaleza: SESA, 2013. Disponível em: <<http://www.hgcc.ce.gov.br/index.php/2013-11-08-15-08-40/informacoes-gerais>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

_____. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **O hospital**. Fortaleza: SESA, [ca. 2000]. <<http://www.hgcc.ce.gov.br/index.php/o-hospital>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos considerando às múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 516-522, 2013.

COSTA; A. L. R. R. et al. Fatores de risco maternos associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 36, n. 1, p. 29-34, 2014.

CUNHA, S. F. et al. Peregrinação no anteparto em São Luís-Maranhão. **Cogitare Enferm**, v. 15, n. 3, p. 441-447, jul./set. 2010.

CUNHA, E, M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p. 1029-1042, 2011.

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA. Lisboa, Portugal: PRIBERAM, 2013. Disponível em: <<http://www.priberam.pt>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil, **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 3, p.140-147, 2015.

DORNFELD, D.; PEDRO, E. N. R.; A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 190-198, 2011.

FERRARI, R. A. P. et al. Fatores determinantes da mortalidade neonatal em um município da Região Sul do Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, p. 531-538, 2013.

FERREIRA, T. L. S.; COSTA, I. C. C.; ANDRADE, F. B. Avaliação do atributo integralidade em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 1, p. 22-29, 2015.

FIGUEIRÓ-FILHO, E, A. et al. Variáveis perinatais e associação de recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer em hospital público universitário do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 36, n. 1, p. 10-16, 2014.

BATISTA FILHO, M.; CRUZ, R. S. L. C. A saúde das crianças no mundo e no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 25, n. 4, p. 451-454, 2015.

FLAMANT, C.; GASCOIN, G. Short-term outcome and small for gestational age newborn management. **J Gynecol Biol Reprod**, v. 42, n. 8, p. 985-995, dez. 2013.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO; MATTOS. **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Reduzindo a mortalidade infantil, as cruzes azuis e o toque dos sinos das igrejas pelos "anjinhos" do Brasil**. Brasília: UNICEF, 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_26056.htm>. Acesso em: 11 fev. 2016.

GAIÁVA, M. A. M.; BITTENCOURT, R. M.; FUJIMORI, E. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 4, p. 91-97, 2013.

GRAVENA, A. A. F. et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 2, p.130-135, 2013.

JACINTO, E.; AQUINO, E. M. L.; MOTA, E. L. A. Mortalidade perinatal no município de Salvador, Bahia: evolução de 2000 a 2009. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 846-853, 2013.

GONÇALVES, A. C. et al. Tendência da mortalidade neonatal na cidade de Salvador (Bahia-Brasil), 1996-2012. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 15, n. 3, p. 337-347, set. 2015.

GONZAGA, I. C. A. et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1965-1974, 2016.

KASSAR, S. B. et al. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 3, p. 269-277, 2013.

LANSKY, S. et al. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da atenção à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. 192-207, 2014.

LEAL, M. C. Estar grávida no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1420-1421, ago. 2012.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 17-32, 2014.

LEAL, M. C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 15, n. 1, p. 91-104, 2015.

LEDERMAN, E. et al. Endogenous plasma epinephrine and norepinephrine in last-trimester pregnancy and labor. **Am J Obstet Gynecol**, v. 129, p. 5-7, 1977.

MACHADO, A. K. F.; MARMITT, L. P.; CESAR, J. A.; Prematuridade tardia no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 16, n. 2, p. 121-128, 2016.

MACHADO JÚNIOR, L. C. PASSINI JÚNIOR, R.; ROSA, I. R. M. Late prematurity: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, v. 90, n. 3, p. 221-23, 2014.

MAGGI, E. F. et al. Preterm children have unfavorable motor, cognitive and functional performance when compared to term children of preschool age. **Jornal de Pediatria**, v. 90, n. 4, p. 377-383, 2014.

MARANHÃO, A. G. K. et al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes, e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 1, p. 163-182. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap6.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2015.

MARTINS, E. F. et al. Perinatal mortality and socio-spatial inequalities. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, v. 21, n. 5, set./out. 2013.

MARTINS, E. F. et al. Óbitos perinatais investigados e falhas na assistência hospitalar ao parto. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 38-45, 2013.

MELO, E. C.; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 4, p. 540-549, 2015.

MELO, A. M. et al. Characteristics and factors associated with health care in children younger than 1 year with very low birth weight. **J Pediatr**, v. 89, p. 75-82, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. p. 9-29.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOREIRA, R. S.; MAGALHÃES, L.C.; ALVES, C. R. L. Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, v. 90, n. 2, p. 119-134, 2014.

MUCHA, F.; FRANCO, S. C.; SILVA, G. A. G. Frequência e características maternas e do recém-nascido associadas à internação de neonatos em UTI no município de Joinville, Santa Catarina -2012. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v.15, n. 2, p. 201-208, 2015.

NASCIMENTO, R. M. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 559-572, mar. 2012.

OLIVEIRA, L. H; MATTOS, R.A; SOUZA, A. I.S. Cidadãos peregrinos: os usuários do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Sobrevivência neonatal**. Genebra: OMS, 2006.

_____. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Genebra: OMS, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento**. Genebra: OMS, 2001. Disponível em: <<http://pnud.org.br/odm.aspx>>. Acesso em: 12 maio 2015.

ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: um estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 154-168, 2014.

PEREIRA, P. K. et al. Avaliação de desfechos perinatais/infantis em partos de pacientes com transtornos mentais maiores de um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n.8, p. 1654-1666, ago. 2014.

PIRES, A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 197-198.

POGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014.

PONTES, G. A. R., CANTILLINO, A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. **J Bras Psiquiatr**, v. 63, n. 4, p. 290-298, 2014.

SANCHEZ, R. M., CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANTOS NETO, E. T. et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1650-1662, set. 2012.

SANTOS, I. S. et al. Avoidable deaths in the first four years of life among children in the 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 185-197, 2011.

SANTOS, S. P. C. et al. Óbitos infantis evitáveis em Belo Horizonte: análise de concordância da causa básica, 2010-2011. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v.15, n. 4, p. 389-399, 2015.

SASS, N. et al. Desfechos maternos e perinatais em gestantes bolivianas no município de São Paulo: um estudo transversal caso-controle. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 32, n. 8, p. 398-404, 2010.

SILVA, A. A. M. et al. Changes in perinatal health in two birth cohorts (1997/1998 and 2010) in São Luís, Maranhão State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1437-1450, jul. 2015.

SILVA, A. A. M. et al. Morbidade Neonatal near miss na pesquisa Nascer Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. 182-191, ago. 2014.

SILVA, C. F. et al.. Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste Brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 355-368, fev. 2014.

SILVA, C. M. C. D. et al. Validade, confiabilidade, e evitabilidade da causa básica dos óbitos neonatais ocorridos em unidade de cuidados intensivos da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 547-556, mar. 2013.

SILVA, S. M. M. et al. Morbidade e mortalidade perinatal em gestações que cursaram com amniorrex prematura em maternidade pública do Norte do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 36, n. 10, p. 442-448, 2014.

SOUZA, O. D. et al. A trajetória da parturiente em busca de um lugar para parir em Maceió, Brasil. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 5, n. 3, p. 561-568, 2011.

SOUZA, T. G. et al. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 479-486, 2011.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, nov. 2010.

VASCONCELOS, M. G. F. et al. Acesso, acolhimento e vínculo na produção do cuidado em saúde mental: um olhar usuário centrado. In: SILVA, R. M.; JORGE, M. S. B. **Cuidado em saúde**: desafios e práticas. Fortaleza: EdUECE, 2011. p. 256-272.

VIELLAS, E. F. et al. THEME FILHA, M. M.; COSTA, J. V. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. 85-100, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Millennium development goals**. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/>>. Acesso em: 13 maio 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para Observação Sistemática

Dados do recém-nascido:

Data: Hora Início: __/__/__ Hora Término: __/__/__

Recém-nascido de _____

Data de Nascimento __/__/____ Nº Prontuário _____

Tempo de internação _____ Peso: Nascimento _____ Atual _____

Idade Gestacional Corrigida _____ Apgar 1ºM/5ºM _____

Surfactante () Doses _____ Corticoide Antenatal () Doses _____

Características Clínicas:

Exames Complementares:

Informações sobre o parto:

Sobre as interações:

Interação entre a mãe e os profissionais de saúde da unidade

Interação entre os profissionais e o RN.

APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista com a Mãe do RN

Data ___/___/___ Hora Início: _____ Hora Término: _____

IDENTIFICAÇÃO MATERNA:

Nome: _____

Endereço: _____

Idade: _____, Escolaridade: _____, Ocupação: _____

Renda: _____; Estado Civil: _____

Experiência Materna anterior:

Outros filhos internados na UTIN? _____

Caso sim qual motivo da hospitalização? _____

Experiência perinatal:

Gestações: _____ Abortos: _____

Realizou pré-natal? _____ Gravidez Planejada? _____

História materna atual:

Instituição: _____ Tipo de parto: _____

Realizou pré-natal? _____ Onde? _____

Referenciada para o parto? _____ Gravidez Planejada? _____

Apresentou alguma complicação? _____

QUESTÕES DISPARADORAS:

1) Descreva a assistência prestada (atendimento recebido) no pré-natal e o caminho realizado no momento do parto?

Desdobramentos: Fale sobre as consultas, contato com o profissional que atendeu, encaminhamento para o hospital, momento do parto. Como você chegou até o hospital? Veio com quem? Como foi recebida? Demorou o atendimento? E os profissionais? Recebeu informação sobre o tipo de parto/ bebê/internamento/condições clínicas do RN? Quais as dificuldades? O que você considera como positivo no atendimento desde o pré-natal/parto?

2) Você considera que o problema de saúde do seu bebê tem relação com o atendimento recebido no pré-natal/parto?

Desdobramentos: Como foi a gestação? Buscou assistência na atenção primária? Com quem contou no momento que resolveu ir para o hospital? Quais as dúvidas em relação a gravidez? Quem deu esclarecimentos?

3) O que você espera com relação ao futuro do seu bebê?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (MÃE)

Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: ***Fluxo materno na gestação/parto e os desfechos neonatais: a busca de cuidados integrais***, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos, vinculada ao Curso de Mestrado Profissional Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará. Este estudo tem como objetivo conhecer e descrever a influência do fluxo gestacional na gestação/parto na formação dos desfechos perinatais dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira. Venho solicitar sua colaboração em participar da pesquisa permitindo aplicação dos instrumentos, das entrevistas e observações da pesquisa e autorizando gravações para atingir os objetivos e benefícios propostos. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa serão mínimos como constrangimentos, insegurança, que serão minimizados pela pesquisadora. Esclareço que: os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Que a senhora tem liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa sem nenhum prejuízo e não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Caso tenha dúvidas entre em contato com a pesquisadora Lorena Landim Farias. Telefone: (85) 99905-7669. E-mail: landimlorenna@gmail.com. O Comitê de Ética e Pesquisa da UECE encontra-se disponíveis para maiores esclarecimentos pelo telefone. (85) 31019890.

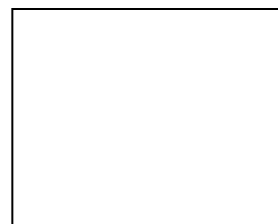
TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecida pelo(a) pesquisador(a) compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetida. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Fortaleza, ___/___/_____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador



ANEXOS

ANEXO A – Carta de anuência

Declaramos, para os devidos fins, que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “***Fluxo materno na gestação/parto e os desfechos neonatais: a busca de cuidados integrais***” a ser realizado pela aluna Lorena Landim Farias, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos, vinculada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (CMPSCA) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), o qual terá todo o apoio do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), e será efetivado no Centro de Neonatologia (CENEO) dessa instituição, com o objetivo de conhecer e descrever a influência do fluxo gestacional na gestação/parto na formação dos desfechos perinatais dos recém-nascidos internados nesse hospital.

Fortaleza, 16 de outubro de 2015.

Dr.^a Maria Willzni Rios Bruno
Diretora do Centro de Neonatologia (CENEO)

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR
CAL/S/SES/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FLUXO MATERNO NA GESTAÇÃO/PARTO E OS DESFECHOS NEONATAIS: A BUSCA DE CUIDADOS INTEGRÁIS

Pesquisador: LORENNALANDIM FARIAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51398315.0.0000.5041

Instituição Proponente: Hospital Geral Dr. César Cals/SES/SUS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.356.261

Apresentação do Projeto:

Trata-se de

uma pesquisa de campo que será orientada pela abordagem qualitativa. Será realizada no Hospital Geral Dr. César Cals e terá como participantes mães e seus recém-nascidos (Rn) internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Os critérios de inclusão para o estudo serão o parto na Instituição da pesquisa e tempo de internação do Rn superior a seis dias. Serão excluídos os Rn portadores de malformações genéticas e suas mães. Para coleta de informações serão utilizadas as técnicas de observação sistemática, entrevista semiestruturada e a busca em documentos, em fontes como prontuários. Após a coleta das informações, será realizada a análise documental e análise de conteúdo temática das narrativas das mães. Posteriormente estas informações serão cruzadas buscando assim o aprofundamento das questões levantadas

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Analisar o fluxo materno na gestação/parto e sua influência para o desenvolvimento de complicações neonatais.

Objetivo Secundário:

- Descrever os fluxos percorridos pela gestante ao buscar assistência pré-natal e para o parto.-

Endereço: Av. Imperador, nº 372

Bairro: Centro

CEP: 60.015-052

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-5354

Fax: (85)3101-5354

E-mail: cecp@hgcc.ce.gov.br

Continuação do Parecer: 1.356.201

Relacionar o fluxo materno no pré-natal/parto e as complicações neonatais.- Discutir as vivências das mães ao buscar cuidados em saúde na gestação/parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando as condições físicas, psíquica, moral, social e cultural dos participantes da pesquisa destacam que os riscos previstos dizem respeito ao constrangimento pela presença do pesquisador nas observações sistemáticas e possíveis relações de poder que se estabelecem na situação de entrevista. No entanto, todos os riscos e transtornos advindos da observação e entrevista serão minimizados pela pesquisadora que realiza o trabalho, pois a mesma está capacitada para condução de tais atividades.

Benefícios:

Como benefício direto para os profissionais e para a diade mãe/bebê nos comprometemos em fazer a devolutiva dos achados aos gestores, usuários e comunidade em geral. Dessa forma contribuindo para implementação de melhorias na assistência, a partir de discussões e participação social nas tomadas de decisões.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

pesquisa estruturada dentro de padrões éticos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos foram apresentados e estão conforme exigências éticas

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_626212.pdf	27/11/2015 22:34:51		Acelto
Outros	termodefeidepositario.pdf	27/11/2015 22:33:51	LORENNALANDIM FARIAS	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	24/11/2015	LORENNALANDIM	Acelto

Endereço: Av. Imperador, nº 372

Bairro: Centro

CEP: 60.015-052

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-5354

Fax: (85)3101-5354

E-mail: cep@hgcc.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR
CALS/SES/SUS



Continuação do Parecer: 1.598.201

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17:46:49	FARIAS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	12/11/2015 22:52:00	LORENNALANDIM FARIAS	Acelto
Outros	Images.pdf	12/11/2015 22:47:57	LORENNALANDIM FARIAS	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	12/11/2015 22:45:13	LORENNALANDIM FARIAS	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

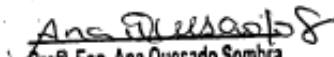
FORTALEZA, 08 de Dezembro de 2015

Assinado por:
ANTONIO LUIZ CARNEIRO JERONIMO
(Coordenador)

ANEXO C – Declaração de Correção de Português

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a dissertação ***Fluxo materno na gestação/parto e os desfechos neonatais: a busca de cuidados integrais***, de autoria da aluna Lorena Landim Farias, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Estadual do Ceará, está de acordo com os ditames gramaticais e estilísticos da Língua Portuguesa.


Prof. Esp. Ana Quesado Sombra
Letras/Português - UVA Reg. MEC: 083
CLE-12. Matrícula: 478796-12