

## Perspectivas maternas e documentais sobre as fragilidades assistenciais na morte perinatal

### Maternal and documentary perspectives on care weaknesses in perinatal death

Milene Gonçalves da Silva  
Prefeitura Municipal de Ortigueira – Ortigueira – Brasil  
[milenegds@hotmail.com](mailto:milenegds@hotmail.com)

Talisson Boaventura  
Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais – HURCG – Ponta Grossa – Brasil  
[talisson123rusgosky@outlook.com](mailto:talisson123rusgosky@outlook.com)

Beatriz Gonçalves Lopes  
Prefeitura Municipal de Ponta Grossa – Ponta Grossa – Brasil  
[bia\\_loppes@hotmail.com](mailto:bia_loppes@hotmail.com)

Caroliny Stocco  
Prefeitura Municipal de Ponta Grossa – Ponta Grossa – Brasil  
[carolinystocco@hotmail.com](mailto:carolinystocco@hotmail.com)

Taís Ivastcheschen  
Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG – Ponta Grossa – Brasil  
[taisivastcheschen@gmail.com](mailto:taisivastcheschen@gmail.com)

Pollyanna Kássia de Oliveira Borges  
Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG – Ponta Grossa – Brasil  
[pollyannakassia@hotmail.com](mailto:pollyannakassia@hotmail.com)

#### Resumo

Esta pesquisa foi conduzida com objetivo de descrever as perspectivas maternas e documentais sobre as fragilidades assistenciais na morte perinatal. Estudo qualitativo de natureza interpretativa, com 23 mulheres, residentes no município de Ponta Grossa – Paraná / Brasil, que vivenciaram a perda de um filho no período perinatal e análise documental referente às mortes perinatais do município disponíveis na Vigilância Epidemiológica, ambas no ano de 2015. A assistência gestacional e de parto, segundo a perspectiva de mães que vivenciaram o óbito perinatal foi cercada de desinteresse, falta de empatia, pouca resolubilidade. Conclui-se que os discursos e informações documentais, não concordaram entre si sobre a assistência ofertada, e em muitos casos não foram se quer mencionados.

**Palavras-chave:** epidemiologia, mortalidade perinatal, saúde pública.

#### Abstract

This research was conducted with the objective of describing the maternal and documental perspectives on care weaknesses in perinatal death. Qualitative study of an interpretative

nature, with 23 women, residing in the city of Ponta Grossa - Paraná / Brazil, who experienced the loss of a child in the perinatal period and documental analysis regarding perinatal deaths in the city available in the Epidemiological Surveillance, both in 2015 Gestational and delivery care, according to the perspective of mothers who experienced perinatal death, was surrounded by lack of interest, lack of empathy, and little resolvability. It is concluded that the speeches and documentary information did not agree with each other about the assistance offered, and in many cases they were not even mentioned.

**Keywords:** epidemiology, perinatal mortality, public health.

## 1. Introdução

A morte perinatal está relacionada com os óbitos que acontecem no período fetal (morte de feto a partir da 22ª semana gestacional, ou peso  $\geq 500$  g ou comprimento  $\geq 25$  cm) ou neonatal precoce (desde o nascimento até o 6º dia de vida) (MIGOTO; FREIRE; BARROS, 2018). Considerada um indicador de saúde é determinada por aspectos biológicos, sociais, culturais e ligados à assistência prestada à mãe e ao filho (MIGOTO; FREIRE; BARROS, 2018).

No Brasil a taxa de mortalidade perinatal em 2018 foi 19,88 óbitos para 1000 nascimento (BRASIL, 2019). No Paraná esse indicador passou por decréscimo. Em 1996, 2006 e 2016, os indicadores de óbitos perinatais foram, respectivamente: 22,4, 16,54 e 12,87/1000 nascimentos (BRASIL, 2016).

Alvo de intervenção mundial e nacional devido às oito metas do milênio, que em sua quarta meta cita a redução da mortalidade infantil, a mortalidade perinatal faz parte dos objetivos de desenvolvimento sustentável e de políticas públicas na medida em que se revela as fragilidades assistenciais (DEMITI; GASQUEZ, 2018).

A atual política nacional de saúde materno-infantil implementa redes de cuidados para assegurar a mãe seus direitos de reprodução e humanização da atenção e à criança o seu direito de nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2011). Destacam-se entre os projetos que podem estimular a redução da mortalidade perinatal a Rede Cegonha e o Programa Mãe Paranaense, com atendimento integral de qualidade, atendendo as múltiplas dimensões do ser humano sejam elas psicológicas, físicas, socioculturais ou espirituais (BRASIL, 2011; PARANÁ, 2017; RANGEL et al., 2017).

A qualidade da assistência requer captação precoce das gestantes, pré-natal de qualidade, estratificação de risco, leitos em maternidades, uma boa ambiência, acolhimento, respeito, direito de escolha da parturiente sobre seu acompanhante ou quaisquer intervenções a ser tomada e monitorização do recém-nascido (SILVA et al., 2017; SILVA, 2015).

Mesmo com uma mudança em seus determinantes por causa de melhorias nas condições socioeconômicas, transformações demográficas, ações governamentais que ampliaram programas de saúde materno-infantil e tendência contínua de queda, as afecções perinatais são as maiores responsáveis pelas mortes evitáveis dentro do indicador de mortalidade infantil, justificando a necessidade de compreender as lacunas existentes, repensar os cuidados e ações de projetos assistenciais para a mãe e o recém-nascido (BRASIL, 2016). Portanto, a problematização desta pesquisa partiu da inquietação sobre quais fragilidades contribuiriam para os óbitos perinatais, sob a perspectiva materna, e se os registros documentais eram coincidentes com o olhar materno acerca do tema.

Deste modo, o estudo foi desenvolvido com o objetivo de descrever as perspectivas maternas e documentais sobre as fragilidades assistenciais contribuintes para os óbitos perinatais.

## 2. Material e métodos

Estudo qualitativo, realizado com 23 mulheres, residentes no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil, que vivenciaram a perda de um filho no período perinatal e análise documental referente às mortes perinatais do município disponíveis na Vigilância Epidemiológica, ambas no ano de 2015.

A amostra de mães entrevistadas emergiu do grupo de 84 mulheres que perderam um bebê no período perinatal, 19 destas não foram contatadas por ausência de informação para contato, 24 recusaram participar da pesquisa, 16 aceitaram participar da entrevista, mas recusaram em um segundo contato. Ao final, 25 mães aceitaram participar, mas 2 foram excluídas por ausência de validação do discurso. Os casos notificados de óbitos perinatais foram obtidos na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Ponta Grossa por meio das Declarações de Óbitos (DO) e Declaração de Nascidos Vivos (DNV) da criança falecida.

Os discursos maternos ocorreram através de entrevistas semiestruturadas, marcadas entre as mães com a equipe, de forma individual, em local confortável a mãe, onde os relatos foram gravados, transcritos e organizados. Essas entrevistas foram autorizadas, cumprindo requisitos éticos legais e validadas. As mães foram referidas por números nesta pesquisa.

Os dados documentais foram obtidos de arquivos que estavam as Declarações de Óbitos, Declarações de Nascidos Vivos, Caderneta da Gestante, exames laboratoriais, fichas investigativas e fichas de evoluções sobre a assistência prestada, durante quatro visitas na vigilância epidemiológica municipal.

Realizou-se a organização e a análise dos dados qualitativos por meio da Análise de Conteúdo pela perspectiva de Bardin (BARDIN, 2010). Posteriormente os resultados das entrevistas foram apresentados isoladamente. Por fim, optou-se por apresentar a comparação entre as duas análises (documental e entrevistas).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos de uma Instituição de Ensino Superior conforme parecer nº 2.123.878 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 57364816.2.0000.0105. Foram respeitados os preceitos éticos de participação conforme a resolução vigente a época da realização da pesquisa.

## 3. Resultados

Dos relatos maternos sobre a assistência recebida no período gestacional, parto e puerpério foram observadas fragilidades assistenciais categorizadas em temas que emergiram dos discursos e apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 – Categorias temáticas de fragilidades assistenciais ao binômio mãe-filho, segundo a perspectiva materna. Paraná, Brasil, 2021.

<b>Categorias temáticas das fragilidades assistenciais</b>
Desinteresse e falta de empatia profissional
Demora no atendimento
Ruídos de comunicação entre os profissionais
Dúvidas maternas por ausência de explicações
Culpabilização da mãe
Insensibilidade profissional para com o luto materno
Agressão
Falta de recursos

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Na categoria temática “Desinteresse e falta de empatia profissional” notou-se que esses sentimentos trouxeram insegurança e estimularam a troca assistencial na busca de outro profissional ou local para atendimento:

Mãe nº19: (...) minha sogra falou assim “viu, examine ela!” Daí ele “Não! ela tá bem!” e foi embora. Eu passei a noite lá. No outro dia minha mãe e minha sogra fizeram eu sair do hospital (...).

A falta de empatia também foi sentida pela mãe em seu período de luto:

Mãe nº19: (...) Não (foram visitar), enquanto eu tava no quarto não. Só vieram pra cobrar o negócio da cesárea (...).

Mãe nº11: (...) eu chamava as enfermeiras elas falavam “se vire” (...).

Houve demora no cuidado por falta de profissional habilitado, ausência de conhecimento do profissional, falta de interesse, empatia ou falta de leito:

Mãe nº01: (...) O pediatra voltou e falou mesmo que não tinha, não tinha a sala, a sala de parto ali é muito, ai não tinha como segurar a criança (...).

Mãe nº08: (...) Falaram que o médico que fazia ultrassom não tava mais lá, aí eu fiz outro dia (...).

Mãe nº19: (...) Eu cheguei com minha mãe 1 hora no consultório, me atenderam 4:30, eu fiquei o dia inteiro esperando e fiquei, elas iam passando todo mundo, daí aquela angústia que te dá né (...).

Os ruídos de comunicação entre os profissionais se fizeram presentes algumas vezes ignorando a presença da paciente ou não havendo concordância nas informações transmitidas a mãe:

Mãe nº22: (...) fiquei nervosa né, eu já peguei e falei: "cadê minha filha?". O médico falou assim pra mim, não, daí o anestesista que tava do meu lado falou assim: “ela quer saber da criança!”. O doutor saiu de dentro, sabe? Eu peguei e falei assim: "eu quero (saber) como que tá minha filha doutor! Eu quero saber da minha filha!" Ele pegou e ficou quieto, não me respondeu (...).

Mãe nº16: (...) O médico disse “ele faleceu já faz uns 10 dias”, eu “como 10 dias se não faz nem 5 dias que eu vim aqui”. (...) O médico disse que ele não tinha 1 rim, eles falaram depois que ele já tinha nascido, “mas porque não me falaram isso?”, ele respondeu “mas o médico não falou pra você aquele dia” eu falei “não, a única coisa que eles me falaram é “você tem diabetes pode ser que a criança nasça assim” (...) Um médico falou que o cordão tava no pescoço dele e outro médico falou que não. (...) O médico falou “teu bebê tá morto, eu não sei o que foi”(...).

Dúvidas maternas por ausência de explicações foram levantadas, o que as levou a questionarem a causa descrita na Declaração de Óbito, mostrando desconfiança da qualidade assistencial recebida:

Mãe nº21: (...) Eu queria que eles tivessem um tratamento pra ele. Eu queria que eles tivessem conversado, tivessem explicado direito, que no caso eles não vieram explicar pra mim, quem veio explicar pra mim foi a minha cunhada, as enfermeiras não conversaram nada comigo (...).

Mãe nº01: (...) Tomei uma vacina da gripe e daí aquela vacina me deu reação, me deu febre, começou a escorrer um líquido que já era a tal da dilatação (...) Eu

ainda tenho a declaração de óbito e eu não concordo com nada e isso daqui que tá escrito no papal eu também não concordo, né não adianta. Poderia ter sido evitada se eu não tivesse tomado a vacina, a minha questão ficou na vacina (...).

A culpabilização da mãe foi reconhecida nos discursos, onde o profissional expressou preconceito perante a situação, dificultando o processo de luto.

Mãe nº06: (...) na época eu achava que eu tinha causado tudo, me sentia muito culpada. Por ter ficado nervosa, por trabalhar muito etc... (...).

Ainda, a insensibilidade profissional para com o luto materno ficou evidente. Durante a assistência prestada não levaram em consideração detalhes para diminuir o sofrimento materno, tal como sua acomodação em quarto conjunto com outras mães que estavam prestes a dar à luz ou próximas de mães já com seus bebês, escutando seus choros, fazendo em seu processo de perda lamentar ainda mais a falta de seu filho.

Mãe nº01: (...) entrou duas mulheres com neném assim no colo, que aí tinham acabado de ganhar também, aí eu fiquei muito mal (...) depois de um tempo eles me levaram nuns quartos lá de baixo, tinha acho que mais umas 4 mães que estavam internadas, tomando soro pra segurar a criança (...).

A violência obstétrica, física ou verbal, esteve presente. Ambas as maneiras causaram dor, física ou emocional, afastaram a paciente da relação de confiança e segurança, feriram sua autonomia e participação:

Mãe nº08: (...) “não interessa porque nós amarramos, nós amarramos a mãe de todo mundo, e vocês gestantes querem dar uma de metida, vocês querem pegar e ponhá a mão na mão da gente quando a gente vai tirar o resto de vocês” (...).

Por fim, houve falta de recursos assistenciais, o que mostra não somente a falta de capacitação e especialização do profissional, mas também de recursos de estrutura:

Mãe nº04: (...) ele falou que ele não podia nascer aqui porque aqui não tinha estrutura. O único lugar que ele podia nascer era no hospital X, mas ele não tinha aqui pediatra cardio, só tem adulto “então você tem que correr atrás, você tem que ir, porque aqui a criança não pode nascer” (...).

O quadro 2 resume a análise comparativa entre as fragilidades sentidas pelas mães e as evidências dos registros documentais que ocorreram no período de parto e puerpério.

Quadro 2 – Comparação das fragilidades assistenciais segundo a perspectiva materna e os registros documentais sobre a vivência da morte perinatal. Paraná, Brazil, 2020.

<b>Categorias temáticas das fragilidades assistenciais</b>	<b>Relatos maternos exemplificadores da categoria temática de fragilidade assistencial</b>	<b>Evidência documental frente ao relato</b>
Desinteresse e falta de empatia profissional	Mãe nº08: (...) a ruim (notícia) é que eu não vou poder fazer nada pela tua filhinha e a boa é que sorte que você ficou viva (...). Mãe nº01: (...) você é nova, você pode ter outro. Mãe nº06: (...) (me perguntaram) se eu queria fazer velório ou se eu queria só enterrar a menina (...). Mãe nº13: (...) só não sente na cama pra não sujar a cama, sente na cadeira do lado da cama (...).	Todas as anotações de admissão e cuidados prestados não mencionam avaliação do estado emocional da mãe. Em período pós-parto, em algumas anotações, é apenas utilizado a expressão “chorosa”.

Demora no atendimento	Mãe nº16: (...) ele faleceu (intra útero) já faz uns 10 dias! Como 10 dias se não faz nem 5 dias que eu vim aqui? (...) Mãe nº10: (...) nós chegamos logo depois do almoço, só 6 horas da tarde o ultrassom (foi realizado) (...).	Prontuário, evolução médica (Mãe nº 16): refere ausência de movimentação fetal há três dias e cólicas. Não procurou atendimento. Relatório de enfermagem (Mãe nº10): 07/02/15 às 19h, gestante 35 semanas, interna após consulta, realizou US (...).
Ruídos de comunicação entre os profissionais	Mãe nº01: (...) primeiro era aborto, (...) depois o enfermeiro, útero infantil (...) o pediatra, não estava com o pulmão desenvolvido e deu uma parada. Mãe nº23: (...) tua médica deveria ter te encaminhado pra cesárea, porque o teu nenê tá sentado (...).	As causas laudadas no prontuário e na Declaração de óbito eram discordantes das referidas. Constava nos documentos causas da morte (Mãe nº01): Imaturidade Extrema, Membrana Hialina, Insuficiência Respiratória, Falência de Múltiplos Órgãos, Parada Cardiorrespiratória. Declaração de Óbito (Mãe nº23): causa da morte, apneia, sofrimento fetal agudo, broncoaspiração meconial.
Dúvidas maternas por ausência de explicações	Mãe nº 11: (...) eu acho que eles não o sugaram direito, porque ele fazia aquele “unhé chorandinho” (...). Mãe nº20: (...) a única coisa que eu queria saber é porque enfartou, é a única resposta que eu não tenho.	Prontuário (Mãe nº11): causa da morte desconhecida. No exame físico imediato foi marcado que não apresentava dificuldade respiratória. Declaração de óbito (Mãe nº 20): causa da morte, hipóxia intrauterina não especificada, feto e RN afetados por transtornos maternos hipertensivos.
Culpabilização da mãe	Mãe nº22: “tua placenta tava parecendo velha aí ela descolou e daí tua filha morreu”. Mãe nº21: (...) eu tive parto normal né, ele tinha engolido a infecção, daí por isso eu acho que ele morreu.	Declaração de óbito (Mãe nº22): Causas da morte-óbito intrauterino, líquido meconial, hipertonia uterina, descolamento placentário. Declaração de Óbito (Mãe nº 21): Causa da morte-choque séptico, sepse, doença de membrana hialina, prematuridade extrema.
Insensibilidade profissional para com o luto materno	Mãe nº06: “A pior parte, ouvir o choro dos bebês saudáveis. Mãe nº05: (...) ficar e escutar aquele barulho de nenê e eu ali naquela situação. Mãe nº12: (...) não foi feito velório porque o médico mandou tirar o nenê às pressas do hospital porque disse que tava ocupando muito espaço (...).	Anotação no prontuário (Mãe nº06): 22/02/2015, encaminhada para alojamento conjunto. Assinado por uma estagiária de curso não específico. Anotação no prontuário (Mãe nº05): permaneceu na ala 300 pós-parto, visitando RN anencéfalo em CO, evoluindo para óbito no dia 19/08. Anotação no prontuário (Mãe nº12): Bom Estado Geral, sangramento mínimo, alta.
Violência obstétrica	Mãe nº08: (...) eles me amarraram e não falaram nada, e depois soltaram. Mãe nº12: (...) ele enfiava a mão dentro de mim e puxava o nenê, eu não estava deixando ele tirar, claro né, dói (...)	Não há anotações de algum profissional relatando que tiveram que conter a paciente e nem relatando a tentativa de parto vaginal de natimorto não espontânea que, pelo relato materno foi realizado por um estagiário de medicina.
Falta de recursos	Mãe nº01: (...) o pediatra veio e falou pra mim que não tinha, a criança nasceu viva tudo, só que não tinha muito o que fazer por causa que eles não tinham estrutura. Mãe nº21: (...) não tinham uma injeção também, que eles tinham que aplicar nele pra ajudar a formar o pulmão dele (...)	Anotação (Mãe nº01): RN nasce as 18:06 hipoativo, com bradicardia, entubado e realizado manobra de ressuscitação, porém sem sucesso. Ficha de investigação do óbito (Mãe nº21): registrado que o RN apresentou insuficiência respiratória, mãe não recebeu assistência médica, parto realizado por enfermeiras.

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Houve ainda relato sobre ausência de atendimento. Ao analisar os documentos verificou-se a ausência de anotação ou registro de quaisquer assistência prestada à mãe durante o período relatado, apenas anotação da assistência na admissão seguida de outra realizada no dia seguinte, no qual se deu o parto.

Mãe nº10: (...) fiquei a noite inteira com o bebê morto na minha barriga, deixaram eu isolada lá num quarto, ninguém vinha me vê, ninguém me colocava em soro ninguém me colocava nada, tava lá esquecida (...).

Além das fragilidades assistenciais mencionadas, também foram verificadas potencialidades, as quais envolveram o acolhimento prestado pelos profissionais, o respeito à decisão tomada pela mãe, transmissão de informações referente a situação em que a mãe e o filho se encontravam, o cuidado com as palavras ao transmitir a mãe o falecimento de seu filho e o encaminhamento psicológico para enfrentamento do período de luto.

Todas as mães em algum momento se sentiram acolhidas por no mínimo um profissional da área de saúde, sendo médico, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo. Nos relatos pode-se notar a importância desses profissionais para com a mãe, transmitindo segurança e confiança nos procedimentos realizados.

Enquanto algumas mães tiveram dificuldades em entrar em um acordo com o profissional referente a uma conduta a ser tomada (local de encaminhamento para se consultar no caso de imprevistos, exames e parto), outras tiveram sua autonomia respeitada, dentro das condutas cabíveis, como os exemplos das mães que sabiam das chances de seus filhos não sobreviverem após o nascimento devido à má formação congênita, como síndrome do coração esquerdo hipoplásico e a anencefalia, mas optaram em prosseguir com a gestação, levando uma esperança consigo em sua decisão.

#### **4. Discussão**

A ampliação da visão dos diferentes profissionais frente ao planejamento e execução de ações é necessária para melhoria da qualidade da assistência. As fragilidades encontradas nos relatos não correspondem aos direitos do usuário de saúde, disposto pela Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 (BRASIL, 2011), da qual:

- Desinteresse, falta de empatia profissional e insensibilidade profissional para com o luto materno não condiz ao art. 4º referente ao acolhimento, atendimento humanizado com qualidade em ambiente limpo e confortável;
- Demora no atendimento não condiz ao art. 3º referente a tratamento adequado no tempo certo;
- As fragilidades, ruídos de comunicação entre os profissionais e dúvidas maternas por ausência de explicações não condizem ao art. 3º Parágrafo único II referente a informação sobre o estado de saúde de maneira clara e objetiva;
- Culpabilização da mãe não condiz ao art. 4º Parágrafo único referente a ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação;
- Agressão também não condiz ao art. 4º Parágrafo único III o qual garante a integridade física, valores éticos, segurança do procedimento, bem-estar psíquico e emocional, entre outros;
- A fragilidade de recursos não condiz ao art. 3º Parágrafo único I referente ao atendimento ágil, com tecnologia, equipe multiprofissional capacitada e em condições adequadas;

Muitos dos usuários não conhecem os seus direitos, cabendo aos profissionais de saúde o comprometimento em fazê-los cumprir e informar a população.

O Ministério da Saúde em 2016 lançou uma síntese de evidências científicas para

suporte de deliberação de políticas para diminuição da mortalidade perinatal. Nela há um protocolo clínico para o acompanhamento de qualidade durante o período gestacional na Atenção Primária a Saúde, planejamento familiar na Estratégia da Saúde da Família frente ao prolongamento de intervalo entre uma gestação e outra, garantia do direito ao acompanhante de sua escolha e uso de terapia medicamentosa aos recém-nascidos prematuros para prevenção de afecções (BRASIL, 2015). Assim, a recomendação nacional contempla todo o período reprodutivo, gestação, parto e puerpério e considera o direito a vida e ao desenvolvimento (RANGEL et al., 2017).

O acolhimento do usuário pelo profissional de saúde é importante não apenas para levantamento de diagnóstico e planejamento da assistência, mas também é uma maneira de criar vínculo e confiança. O acolhimento a essas mães deve ser primordial, em ambiente confortável para escuta, para levantar dados do que é expresso pela paciente de forma biopsicossocial a fim de melhorar a qualidade do atendimento com enriquecimento de informações de maneira humanizada (POERSCH; ROCHA, 2016).

Assim como um bom acolhimento, o direito do usuário de saúde mencionado anteriormente foi respeitado e cumprido por alguns dos profissionais, dando-lhes informações e orientações aos procedimentos, com consentimento da mãe para com o mesmo, tornando claro sua autonomia referente ao cuidado e respeitando o seu processo reprodutivo.

A qualidade da assistência está diretamente relacionada ao processo de trabalho realizado pelos serviços de saúde. Envolve não apenas a capacitação de um profissional referente a clínica, mas, a estrutura do local de atendimento na atenção primária, secundária ou terciária. O modo em que ocorre a troca de informações do paciente entre os níveis de atenção pode interferir na qualidade da assistencial. A troca de informações pode se dar por mecanismos de referência e contra referência, afinal essas mães passaram por mais de uma equipe de profissionais da saúde (SILVA, 2015).

Transmitir a perda de um ente querido é difícil e alguns profissionais demonstraram essa dificuldade, tentaram achar palavras para o momento. O luto é um processo de aceitação da realidade. Aceitar a perda do filho é doloroso. Algumas mães se culpam pelo ocorrido, outras não compreenderam, algumas aceitaram acreditando que foi uma vontade divina.

Com o desenvolvimento tecnológico a gestação e o parto propriamente dito, tiveram sua realidade distorcida, aquilo que tinha um linear natural conforme gênero e sexualidade passou a ser visto como um procedimento clínico, no qual a gestante e parturiente deixam de ser protagonistas no processo reprodutivo, perdendo autonomia de cuidado. A ausência da autonomia da mãe frente as condutas vão contra a humanização do trabalho, ela participa na medicina, mas não interage com a mesma. A autonomia passa a ser dada pelos profissionais, responsabilizando-se pelas tomadas de decisões, onde a partir disso se cria o senso comum de que o local de nascimento é um ambiente de vida, reflete pensamentos positivos, mas essa crença assim como o parto tem sua realidade distorcida.

“Nesses espaços, nascimentos e morte concorrem, vida e morte encontram-se, claramente, fusionadas. A morte irrompe, rompe, interrompe com tudo que estava vividamente depositado naquele bebê, que estava por vir” (CURI, 2017), mostrando assim que a perda de um filho dentro do ambiente hospitalar nunca é esperada pela mãe, no qual procuram entender o motivo, não descartando a possibilidade da causa da morte ser sua. O sofrimento de culpa vem da não orientação das ocorrências vividas, como também o sofrimento é ainda mais estimulado quando após a perda a mãe é submetida à curetagem. O modo como é enfrentado o processo de luto pode levar a mãe à negação dos fatos, estendendo o período de luto o qual não possui tempo determinado.

Observou-se concordâncias e discordâncias entre os documentos e os relatos. É observado a falta de anotações de assistência ao binômio mãe e filho, como também falta

a avaliação do estado emocional e psicológico da mãe pós-parto, levantando assim a necessidade de capacitar os profissionais da área da saúde frente a importância da avaliação psicológica da mãe no início do processo de luto, bem como estabelecer cuidados de saúde mental em período de puerpério. Em nenhuma anotação/evolução nos documentos referente a admissão no Centro Cirúrgico ou Centro Obstétrico menciona a presença de um acompanhante, ou ausência do mesmo, informação essa considerada importante para avaliação da atuação e cumprimento da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, dando o direito a parturiente ter acompanhante de sua escolha (BRASIL, 2011).

A estrutura dos serviços e assistência prestada interagem com as condições organizacionais e estruturais no meio, capacitação de conhecimento clínico como também materiais, recursos sólidos para realização de procedimentos e interpretação de resultados. Uma única parte do processo de trabalho não indica qualidade de assistência, onde o objeto interage com a necessidade junto aos recursos a serem utilizados (FIGUEIREDO et al., 2012).

Fica ao profissional da saúde, independente dos níveis de atenção em que atua, o dever de garantir o acesso à assistência com qualidade para o binômio mãe e filho, bem como respeitando seus direitos como usuário de forma humanizada perante os aspectos biológicos, sociais, culturais (MIGOTO; FREIRE; BARROS, 2018). Preencher de forma honesta as informações referentes ao paciente/cliente, enriquecendo dados para produções científicas a fim de avaliar e melhorar a qualidade da assistência prestada. Garantir troca de informações entre os níveis de atenção por meio de protocolos, realizando cuidado integrado. E ainda, fortalecer o retorno da puérpera em processo de luto a Atenção Primária de Saúde, prestando quaisquer serviços necessários para o enfrentamento de seu estado de saúde emocionalmente abalado, respeitando-a e apoiando-a em suas decisões.

Este estudo possui limitações tais como a utilização de dados secundários e ausência de outros resultados para comparação (outras pesquisas similares). Sugere-se que outros estudos sejam realizados para explicar a razão da ausência de informações documentais, a ausência da sistematização da assistência e que pesquisas futuras possam dar voz a diferentes agentes desse processo como gestores, médicos, enfermeiros, além de analisar outros cenários.

## **5. Conclusão**

A assistência gestacional e de parto, segundo a perspectiva de mães que vivenciaram o óbito perinatal foi cercada de desinteresse, falta de empatia e pouca resolubilidade. Além disso, notou-se que dúvidas e ruídos de comunicação foram citados pelas mães como evento recorrente.

As informações contidas em branco ou ignoradas nos documentos sugerem fragilidade no suporte administrativo da assistência prestada, diminui a confiabilidade dos registros e pode indicar omissão dos fatos. A deficiência de dados reflete a não valorização dos profissionais para o devido preenchimento documental e compromete a avaliação da assistência prestada, podendo interferir na criação de políticas públicas.

Por fim, conclui-se que os discursos e informações documentais não concordam entre si sobre a assistência ofertada e em muitos casos não foram sequer mencionados.

## **Referências**

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados**. Departamento de informática do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. Secretaria de Ciência, Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da saúde, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde**. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CURI, P. L. Da curetagem aos restos psíquicos. **Cadernos de Psicanálise – SPCRJ**, v. 32, n. 1, p. 52-59, 2017.

DEMITI, J. M. G.; GASQUEZ, A. S. Network paranaense mother: comparative analysis of mortality Maternal child between state and municipality. **Uningá Review**, v. 30, n. 1, p. 6-10, 2018.

FIGUEIREDO, P. P. et al. Infant mortality and prenatal care: contributions of the clinic in the light of Canguilhem and Foucault. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 201-10, 2012.

MIGOTO, M. T.; FREIRE, M.; BARROS, A. P. M. M. Risk factors for perinatal mortality: integrative review. **J Nurs Health**, v. 8, n. 1, p. 121, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha Guia Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde, 2017.

POERSCH, L. G.; ROCHA, C. M. F. User embracement from the perspective of health professionals in the family health. **SANARE**, v. 15, n. 2, p. 60-7, 2016.

RANGEL, R. F. et al. Cuidado integral: significados para docentes e discentes de enfermagem. **Revista Rene**, v. 18, n. 1, p. 43-50, 2017.

SILVA, A. L. A. et al. Quality of care for labor and childbirth in a public hospital network in a Brazilian state capital: patient satisfaction. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, 2017.

SILVA, T. M. **Estudos científicos acerca da implantação dos atributos de vinculação e continuidade do cuidado da rede cegonha: uma revisão crítica**. Trabalho de conclusão de curso - Universidade de Brasília. Brasília. 2015.