

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

LARYSSA DE COL DALAZOANA BAIER

MORTALIDADE PERINATAL: ASPECTOS, SENTIMENTOS E
PERSPECTIVAS SOB O OLHAR DA GESTÃO E DOS ENFERMEIROS

PONTA GROSSA
2019

LARYSSA DE COL DALAZOANA BAIER

MORTALIDADE PERINATAL: ASPECTOS, SENTIMENTOS E
PERSPECTIVAS SOB O OLHAR DA GESTÃO E DOS ENFERMEIROS

Dissertação apresentada para obtenção do título de
Mestre na Universidade Estadual de Ponta Grossa,
área de Ciências da Saúde. Orientadora:

Prof^a Dr^a Pollyanna Kassia de Oliveira Borges

PONTA GROSSA

2019

D136

Dalazoana, Laryssa de Col

Mortalidade perinatal: aspectos, sentimentos e perspectivas sob o da gestão e dos profissionais das maternidades/ Laryssa de Col Dalazoana. Ponta Grossa, 2019.
145f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde – Área de concentração – Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Pollyanna Kassia de Oliveira Borges

Coorientadora: Profa. Dra. Márcia Carletto

1. Enfermagem. 2. Gestão. 3. Análise de conteúdo. 4. Mortalidade perinatal I. Carletto, Márcia. II. Universidade Estadual de Ponta Grossa – Mestrado em Ciências da Saúde. III. T.

CDD : 610.73

Ficha catalográfica elaborada por Maria Luzia F. Bertholino dos Santos– CRB9/986

LARYSSA DE COL DALAZOANA BAIER

**MORTALIDADE PERINATAL: ASPECTOS, SENTIMENTOS E
PERSPECTIVAS SOB O OLHAR DA GESTÃO E DOS ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Ponta Grossa, 29 de março de 2019.


Profa. Dra. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges – Orientador
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Ponta Grossa


Profa. Dra. Cássia Barbosa Reis
Doutora em Doenças Infecciosas e Parasitárias
Universidade Estadual


Profa. Dra. Ana Paula Xavier Ravelli
Doutora em Enfermagem
Universidade Estadual de Ponta Grossa

AGRADECIMENTOS

Sou grata a todas as pessoas que me ajudaram nos momentos mais difíceis da minha vida e que ainda me ajudam, não tenho vergonha em dizer que preciso sim de ajuda e não vejo o por que não pedi-la. Agradeço a todos os colegas de profissão enfermeiros dos Hospitais da cidade, muitos deles foram meus alunos e hoje atuam brilhantemente na obstetrícia.

Hoje sinto uma paz imensa e uma sensação de dever cumprido. Estou feliz, amando novamente e vivendo intensamente cada minuto como se fosse o último. Essa sou eu, intensa, corajosa, mãe, verdadeira e ao mesmo tempo frágil, feminina, mulher.

Dedico minha vida e essa vitória a Deus, o senhor da criação e o universo, sem ele não estaríamos aqui, ao meu pai que sempre acreditou em mim, mesmo nas brigas sabendo que me amava, em especial a minha mãe que nunca mediou esforços para me ajudar com o Henrique em nenhum momento, muitas vezes deixando de lado sua vida para viver a minha, ao meu filho Henrique que foi o meu bem maior nesse mundo desde que soube que estava grávida, ao pai do meu filho João Eduardo que acreditou em mim sempre e me guia aonde ele estiver e ao meu amor Marcelo que passa todos os dias ao meu lado, mesmo quando não estou de bom humor, me dando paz em seu abraço acolhedor!
Doutorado aí vou eu!!!

Tenha uma ótima leitura!

BAIER, Laryssa De Col Dalazoana. **Mortalidade perinatal: aspectos, sentimentos e perspectivas sob o olhar da gestão e dos enfermeiros**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Ponta Grossa – Ponta Grossa

RESUMO

A mortalidade perinatal é um dos graves problemas que assolam a saúde pública e privada, no Brasil. Seus impactos são diferenciados em cada região, mas é preocupante o índice de mortalidade perinatal, o que move a necessidade de verificar suas causas e formas de minimização. Esse estudo teve objetivo compreender a assistência de saúde prestada às parturientes atendidas pelas maternidades da cidade de Ponta Grossa sobre o olhar dos profissionais de saúde e gestores. Para atingir esse objetivo, fez-se necessário compreender o papel do Programa Mãe Paranaense na redução da morte perinatal, identificar o posicionamento teórico a respeito do tema e verificar se teoria e prática são aliadas na análise dos dados coletados. A partir de revisão bibliográfica, qualitativa, básica e com uso de entrevista, a análise de conteúdo foi estabelecida a partir do trabalho de Bardin (1977). Unidades de Registro foram selecionadas e, a partir disso, unidades de contexto foram enumeradas e averiguadas. Foi possível perceber que há consciência por parte da maioria dos gestores e enfermeiros a respeito das fragilidades do sistema de saúde, da falta de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, da escassez de recursos de investimento para estrutura física, humana e tecnológica, dentre outros itens. Também se enfatizou que ainda falta capacitação para o trabalho com o Protocolo Mãe Paranaense, assim como relativo desconhecimento de muitas de suas bases. As enfermeiras e os gestores também vislumbram melhorias para o cenário, mas apontam que é preciso modificar as estruturas gerais para que o plano ideal seja palpável.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Gestão. Análise de Conteúdo. Mortalidade Perinatal.

BAIER, Laryssa De Col Dalazoana. **Perinatal mortality: aspects, feelings and perspectives under the management and nurses.** Dissertation (Master in Health Sciences) - State University of Ponta Grossa - Ponta Grossa

ABSTRACT

Perinatal mortality is one of the serious problems that afflict public and private health in Brazil. Its impacts are differentiated in each region, but the perinatal mortality rate is worrisome, which drives the need to verify its causes and forms of minimization. This study aimed to identify the positions of nurses and hospital managers regarding perinatal death. In order to achieve this goal, it was necessary to understand the role of the Mãe Paranaense Program in the reduction of perinatal death, to identify the theoretical position regarding the theme and to verify if theory and practice are allied in the analysis of the data collected. From a bibliographical review, qualitative, basic and with interview use, content analysis was established from the work of Bardin (1977). Registry Units were selected and, from this, context units were enumerated and verified. It was possible to perceive that the majority of managers and nurses are aware of the weaknesses of the health system, the lack of multidisciplinary and interdisciplinary work, the scarcity of investment resources for physical, human and technological structure, among other items. It was also emphasized that there is still a lack of capacity to work with the Paranaense Mother Protocol, as well as relative ignorance of many of its bases. Nurses and managers also see improvements for the scenario, but point out that it is necessary to modify the general structures so that the ideal plan is palpable.

KEY WORDS: Nursing. Content Analysis. Management. Perinatal mortality.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Análise de conteúdo: definições das unidades de registro e de contexto entrevista: enfermeiras. Ponta Grossa- 2018	68
QUADRO 2 – Análise de conteúdo: definições das unidades de registro e de contexto entrevista: gestores. Ponta Grossa- 2018	107

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CES/PR – Conselho Estadual de Saúde

CID - Classificação Internacional de Doenças

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COEP - Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

EAD – Educação À Distância

HOSPSUS - Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNC - Post Natal Care

PPP – Cama pré-parto, parto e pós-parto

PR - Paraná

PS – Posto de Saúde

RMP – Rede Mãe Paranaense

RN – Recém-Nascido

SUS – Sistema Único de Saúde

TMI - Taxa de Mortalidade Infantil

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1. INTRODUÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA	19
3. OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	20
4. REFERENCIAL TEÓRICO	21
4.1 A MORTE PERINATAL:	
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA GERAL E LOCAL	21
4.2 FATORES DETERMINANTES DAS MORTES PERINATAIS	24
4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E A	
INTENCIONALIDADE DE REDUÇÃO DA MORTE PERINATAL:	
O PROGRAMA MÃE PARANAENSE EM FOCO	26
4.4 O PROBLEMA DA INVISIBILIDADE DOS ÓBITOS FETAIS	30
4.5 A MINIMIZAÇÃO SOCIAL DO IMPACTO	
DAS MORTES FETAIS E NEONATAIS PRECOCE	32
4.6 PROCESSO DE TRABALHO E	
REDUÇÃO DOS ÓBITOS PERINATAIS	33
4.6.1 Assistência de enfermagem na atuação	
para redução da mortalidade infantil	36
4.6.2 Médico pediatra na atuação da mortalidade perinatal	40
4.6.3 Médico obstetra na atuação da mortalidade perinatal	43
4.6.4 Atuação do gestor na redução da mortalidade perinatal	48
4.6.5 Educação Continuada e Educação Permanente:	
o olhar da enfermagem	51

5 INTERDISCIPLINARIDADE E AÇÕES

PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE PERINATAL 54

6. MATERIAIS E MÉTODOS 59

6.1. TIPO DE PESQUISA 59

6.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 59

6.3 INSTRUMENTO DE PESQUISA 60

6.4. TESTAGEM DO INSTRUMENTO 60

6.5. CONTATO COM OS ENTREVISTADOS 60

6.6. ANÁLISE DOS DADOS 61

6.7. CONSIDERAÇÕES ETICAS 62

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO: ENFERMAGEM 64

7.1 UNIDADES DE REGISTRO –

ENFERMAGEM - CONTEXTUALIZANDO OS ÓBITOS PERINATAIS 64

7.2. IMPOSSIBILIDADE DE AÇÃO: CASOS INEVITÁVEIS 65

7.2.1 Culpabilidade dos sujeitos 68

7.2.1.1 – A culpa é da mãe 68

7.2.1.2 A culpa é da Atenção Primária de Saúde 70

7.2.2 As mortes perinatais não fazem parte da realidade atual do hospital ... 72

7.3 FRAGILIDADES NA ASSISTÊNCIA 74

7.3.1 O pré-natal 74

7.3.2 A capacitação/profissionalização 76

7.4 COMPOSIÇÃO E TRABALHO DE EQUIPE 79

7.4.1 Trabalhando por especialidade 79

7.4.2 Tentativa de interprofissionalidade 81

7.5 CAPACITAÇÃO TÉCNICA 83

7.5.1 Treinamento na lógica da Política Pública Estadual 83

7.5.1.2 Lacunas da capacitação 83

7.5.2 Conhecendo os protocolos	85
7.6 ASSISTÊNCIA QUE DÁ CERTO	88
7.6.1 O que está sendo realizado?	88
7.6.1.1 Ações realizadas	88
7.6.1.2 Não há mudanças	90
7.6.2 Necessidade de melhorias	91
7.6.2.1 Treinamento/funcionários	91
7.6.2.2 Triagem	92
7.7 TECNOLOGIA EM SAÚDE	94
7.7.1 Estrutura física insuficiente	94
7.7.2 Disponibilidade das tecnologias	94
7.7.3 Adequação da capacitação	97
7.8 TECENDO REDES	98
7.8.1 Interligação entre as redes	98
7.8.2 Negação da morte perinatal	100
7.9 A ASSISTÊNCIA QUE QUEREMOS	102
7.9.1 Qualidade do profissional	102
7.9.2 Informação é tudo	103
8. RESULTADOS E DISCUSSÃO: GESTORES	105
8.1 CONTEXTUALIZANDO OS ÓBITOS PERINATAIS: GESTÃO	105
8.1.1 Fragilidades da atenção na perspectiva da gestão	106
8.2 AÇÕES QUE DÃO CERTO	107
8.2.1 Melhorias para a qualidade assistencial	107
8.3 ESTRUTURAÇÃO DA EQUIPE	109
8.3.1 Equipe capacitada/ reestruturação da equipe	109
8.4 CAMINHANDO PARA AS MUDANÇAS	110
8.4.1 Mudanças na atenção	111

CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	117
APENDICE A – Entrevistas	124
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO	128
APENDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	130
APENDICE D – Quadro de Unidades de Registro e Unidades de Contexto – Enfermagem	133
APENDICE E – Unidades de Registro e de Contexto – Gestão	142

APRESENTAÇÃO

Confesso que quando a Professora Pollyanna me pediu para escrever minha apresentação pessoal, entrei em pânico. Sinceramente não sabia por onde começar. Demorei meses para escrever isso, mas o dia chegou, então respirei fundo e deixei o universo falar por mim.

Venho de uma família abençoada, meus pais professores sempre trabalharam muito para me dar uma boa educação e juízo nessa minha cabeça, sou eternamente grata a eles, e infinitamente os amo. Tudo começou na graduação quando inspirada pela Prof. Neuza Bobato decidi ser enfermeira. À época só existia uma faculdade particular em Ponta Grossa, mas meus pais não mediram esforços para me formar e me ver a melhor enfermeira da família.

Os anos foram passando, trabalhava muito, desde que me formei há 15 anos nunca fiquei desempregada, sempre me esforçava o máximo para ser a melhor enfermeira dentro e fora de mim. Então a obstetrícia me ganhou... fiquei completamente apaixonada com a possibilidade de fazer famílias felizes vendo seus bebês nascerem com dignidade e amor e lá se vão 12 anos de obstetrícia... mas eu queria mais! Então fui buscar, sai do hospital, me joguei de ponta dentro da UEPG onde conheci pessoas extremamente maravilhosas: - Ana Paula, Polly, Lu, Dani, Lilian, Fer, Cloris, e mais tantas outras que me fizeram redescobrir o quanto é especial você poder ensinar outras pessoas. Mas eu queria mais... então como o mestrado da Argentina não validava aqui, resolvi fazer outro, sem medo de ser feliz!

Nesse tempo profissional minha vida pessoal se transformou como um furacão que vem e modifica tudo, arrasta, desola, enlouquece... era casada com um homem maravilhoso, João Eduardo, grávida do nosso tão esperado filho Henrique e de repente me vejo sozinha, sem minha luz, minha inspiração... fazendo vidas virem ao mundo e não tendo minha vida inteira para ver nosso filho nascer nesse mundo... foi difícil! Ainda é.. mas, não desisti um só minuto, ele me ensinou isso: nunca desista dos seus sonhos...

Já tinha tido experiência em fazer um mestrado, mas como foi fora do Brasil e sua validação era difícil eu decidi fazer outro. Então, amamentando, fiz

a prova do mestrado, passei, cursei, trabalhei, me dediquei e aqui estou... renovada... cheia de esperança e felicidade.

Não é fácil cursar um mestrado e trabalhar ao mesmo tempo, ser aluna e professora, as sensações se modificam a cada aula, a cada novo professor, a cada disciplina em um mestrado interdisciplinar, cada colega na sua área, cada profissão pensando de uma maneira diferente mas ao mesmo tempo todos centrados em um único objetivo. Conhecer pessoas de outras áreas foi extremamente importante para o meu aprendizado, e ser orientada por uma Odontóloga me agregou além de uma bela amizade conhecimentos que jamais pensei em adquiri-los.

Ao pensar em minha pesquisa não poderia pensar em outra coisa há não ser mães e bebês, e o tema sugerido da mortalidade perinatal simplesmente tomou conta de mim. Eu, que diretamente trabalho com a vida e com a morte não poderia ter encontrado um tema mais desafiador! E ao me deparar com o sentimento dos profissionais de enfermagem e gestores sobre esse tema, com a sua visão, e o que eles tinha a dizer fiz questão de realizar todas as entrevistas, ler as entrelinhas, observar gestos e ações de cada um, e posso dizer que isso foi fascinante, quando comecei a escrever recordava cada momento tudo que foi dito.

Contei com ajuda de alunos maravilhosos, Talisson e Milene, que transcreveram as entrevistas de áudio para o papel, me ajudando muito e fazendo com que tivesse um pouco mais de tempo para ficar com o Henrique! Enfim, agora o que pensam os profissionais e os gestores está transcrito dentro dessa dissertação.

1. INTRODUÇÃO

A morte perinatal pode ser definida como o óbito de um recém-nascido com até sete dias de vida, partindo de 22 semanas. A mortalidade perinatal representa um problema grave para a elevação da qualidade da natalidade e que afeta mais as classes baixas do que as altas. Para Fonseca e Coutinho (2014), em média, são 7,6 milhões de mortes perinatais ocorridas no mundo anualmente.

Desse percentual, 98% dos óbitos encontram-se em países subdesenvolvidos e 57% são óbitos fetais. Na década de 1990, o Brasil possuía 11 óbitos para cada mil nascimentos, média que diminuiu para 9,2 para cada mil nascimentos na segunda década do século XXI (Fonseca,2010). Ainda assim, os autores consideram que é necessário olhar a morte perinatal localmente, pois cada região possui dados próprios e níveis diferenciados de preocupação.

Segundo publicação nacional (BRASIL,2018) o valor de referência para mortalidade perinatal mundial é estabelecido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, de 2008. No documento, estipula-se a taxa de 3 óbitos para cada mil nascimentos, o que foi atingido em países desenvolvidos, tais como Estados Unidos, Japão e Canadá. O Brasil encontra-se distante desse ideal, com 19,88 mortes, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL,2018). Além disso, o país ainda não possui um valor de referência, o que também é preocupante.

A morte perinatal pode ser definida como o óbito de um recém-nascido com até sete dias de vida, partindo de 22 semanas de gestação (MALTA; DUARTE, 2007). Esse indicador reflete a qualidade assistencial à gestante, ao feto e ao recém-nascido, e tende a ser mais elevado entre os mais pobres. Para Fonseca e Coutinho (2014), em média, são 7,6 milhões de mortes perinatais ocorridas no mundo anualmente. Desse percentual, 98% dos óbitos encontram-se em países subdesenvolvidos e 57% são óbitos fetais.

Consultando a base de dados nacionais de óbitos, verifica-se que no ano de 1996 a mortalidade perinatal era de 25,6/1000 nascimentos, dez anos depois reduziu para 19,92/1000 e em 2016, essa taxa ficou em 17, 22/1000 (DATASUS, 2019). Assim, é necessário olhar as especificidades dos fatores de risco locais para a morte perinatal. No Paraná, estado do sul do Brasil e território onde a pesquisa foi realizada, esse indicador não se apresentou muito diferente do

restante do Brasil. Em 1996, era 22,4/1000 nascimentos, em 2006, 16.54/1000 e, por fim, no ano de 2016, declinou para 12,87/1000 (DATASUS, 2019).

Segundo a Linha Guia do Programa Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2017), a taxa de mortes perinatais evitáveis chegou a 71%, o que significa que as não-evitáveis compreendeu 29% dos casos (PARANÁ, 2017). A partir da pesquisa de Vieira et al. (2013), a mortalidade perinatal do Estado do Paraná encontra-se em 15,8 para cada 1000 nascidos, com dados de 2010. Não há registros oficiais mais recentes a respeito dessa especificidade.

Existem diversas soluções segundo a literatura para reduzir o problema da mortalidade perinatal, tais como a organização de redes regionais que deem assistência e serviços qualificados para a gestante, capacitação de parteiras para atuar em localidades distantes, implantar novas metodologias para parto prematuro ou aconselhamento de mães jovens e com gestação em risco e oferecer cuidados diferenciados para um parto seguro, como por exemplo orientação nutricional, psicológica e laboratorial (BRASIL, 2017).

O processo de assistência hospitalar ineficaz normalmente pode ser diretamente associado com a morte perinatal, pois para que haja qualidade de vida do recém-nascido, é importante que a atenção seja constante. Casos como prematuridade, doenças na gravidez ou má formação (no sentido da falta do uso de ácido fólico no pré natal e risco de deformidades no tubo neural) necessitam ser assistidos para que a mortalidade evitável seja diminuída.

Na perspectiva do olhar da Gestão, Miranda, Fernandes e Campos (2017) salientam que a morte perinatal pode ocasionar o aumento das taxas de mortalidade e a necessidade de se repensar procedimentos internos, a forma de cuidado e a ação de projetos assistenciais para a mãe e o recém-nascido. Além disso, os autores apontam que o olhar para a Gestão também significa compreender se ela se dá de forma autoritária ou horizontal e se os colaboradores possuem autonomia para reivindicar melhorias e sugerir mudanças.

Faz-se necessário pensar o conceito de interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, visto que são centrais para essa pesquisa. Para Castro, Oliveira e Campos (2016, p.8), “a interdisciplinaridade se dá quando uma área incorpora elementos de outras, fazendo com que haja mais facilidade de aprendizagem e contextualização do conhecimento”. Ademais, os autores

situam a interdisciplinaridade como um conceito educacional, no qual o docente apropria-se de outros saberes para poder lecionar um determinado conhecimento com significativa profundidade.

Na enfermagem, a interdisciplinaridade se dá quando o enfermeiro se apropria de conhecimentos de outras áreas, como a Medicina, a Farmácia, a Química, o Serviço Social, dentre outras, para exercer uma prática de maior qualidade. Em experiência, Castro, Oliveira e Campos (2016) afirmam que a interdisciplinaridade pode gerar melhoria de qualidade, desde que pensada em curto, médio e longo prazo.

Para Cardoso (2015), todavia a multiprofissionalidade é um conceito largamente utilizado na área da saúde que se define enquanto um trabalho de equipe conjunto, integrado e com foco no mesmo resultado. Diferente da interdisciplinaridade, em que um sujeito se apropria de mais saberes, na multiprofissionalidade há muitos sujeitos, em suas próprias áreas de atuação, trabalhando em conjunto para gerar um resultado específico.

A discussão de casos, o levantamento de dados locais e as ações preventivas locais podem ser formas interessantes para se trabalhar multiprofissionalidade. Entretanto, os autores apontam que o conceito ainda é pouco utilizado na prática, visto que muitos profissionais preferem isolar-se em seus campos de atuação. “Os processos de ensino-aprendizagem não se resumem a operações individualizadas, mas faz convergirem emoções, que tecem agenciamentos entre o já estabelecido e as novidades científicas e informacionais” (CARDOSO et al., 2015, p.422). Um trabalho multiprofissional se destaca pela sua coletividade, pela participação e pela capacidade de gerar educação permanente.

A inter e a multiprofissionalidade podem auxiliar na prevenção da mortalidade perinatal, na medida em que corroboram para um trabalho mais especializado, unificado e com variada gama de conhecimentos. Assim, a contribuição do trabalho multiprofissional e interdisciplinar é fundamental para que os resultados sejam melhores.

Dentre os projetos que podem ser estimulados para redução da mortalidade perinatal, destaca-se a Rede Cegonha (BRASIL, 2008) e o Programa Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2008). Esses programas atuam dentro da lógica dos objetivos do desenvolvimento sustentável, criados pela

ONU, no qual consta a redução da mortalidade infantil com meta para países de diferentes situações econômicas.

A Rede Cegonha se edifica como uma estratégia para gerenciar cuidados para a gestante, desde o pré-natal até a infância, com planejamento e objetivo de melhoria da qualidade de vida (BRASIL,2008). O Programa Rede Mãe Paranaense é iniciativa do governo do Estado e surgiu da ampliação de outro movimento assistencial: o Programa Rede Mãe Curitibana. De modo geral, busca-se efetivar acompanhamento especializado a nível laboratorial, nutricional e comportamental para promover maior qualidade de atendimento para gestantes, o que visa reduzir a mortalidade perinatal (PARANÁ,2008).

Sendo assim a questão que norteou a elaboração desta pesquisa foi: de que maneiras os profissionais da saúde e os gestores compreendem a morte perinatal? A partir desse questionamento, esta pesquisa foi realizada com objetivo geral de compreender a assistência de saúde prestada às parturientes atendidas pelas maternidades da cidade de Ponta Grossa sobre o olhar dos profissionais de saúde e gestores. Para atingir esse objetivo, faz-se necessário compreender o papel do Programa Rede Mãe Paranaense em toda a esfera estadual na redução da morte perinatal, identificar o posicionamento teórico a respeito do tema e verificar se teoria e prática são aliadas na análise dos dados coletados.

A motivação para essa pesquisa é de que a cidade de Ponta Grossa não se encontra em situação diferente da ocorrida no restante do Estado como já citado anteriormente (PONTA GROSSA, 2018). Dessa forma, há preocupação de que haja aumento na mortalidade perinatal em casos de mortes evitáveis. Tendo em vista que há maneiras eficazes de diminuir a mortalidade perinatal, busca-se contribuir para o campo tanto na atenção primária como na terciária demonstrando visões diferenciadas sobre o processo de morte perinatal e evidenciando o trabalho conjunto como colaborativo.

Sendo assim esta dissertação está subdividida nos seguintes capítulos: introdução, referencial teórico, materiais e métodos empregados na pesquisa, resultados, discussão e conclusão.

O referencial teórico busca esclarecer aspectos mais gerais da mortalidade perinatal, tais como a situação epidemiológica geral e local, os

fatores determinantes das mortes, algumas políticas públicas exercidas (como o Programa Rede Mãe Paranaense, a invisibilidade dos óbitos fetais e a minimização social do impacto das mortes. O referencial ainda traz o trabalho na redução dos óbitos, a ação da enfermagem nesse contexto, o papel do médico, do gestor e a educação permanente como processo de viabilidade para aprimorar o atendimento e reduzir as mortes perinatais.

Em seguida, contextualiza-se a interdisciplinaridade e as ações para reduzir a mortalidade perinatal. Na sequência do texto, apresentam-se os materiais e métodos optados, os instrumentos de pesquisa e outras particularidades metodológicas. Por fim, são apresentados os resultados e a discussão dos dados extraídos em entrevistas com enfermeiras e gestores hospitalares. As falas foram separadas em unidades de registro e de conteúdo, sendo vistas a partir de cada temática trabalhada. Após a apresentação dos dados e suas reflexões, conclui-se a pesquisa e aponta-se suas singularidades.

2. JUSTIFICATIVA

A mortalidade perinatal é alvo de intervenção mundial e nacional, devido as 8 metas do milênio que em sua quarta meta cida a redução da mortalidade infantil, faz parte dos objetivos de desenvolvimento sustentável e de políticas públicas nacionais para redução dos óbitos entre crianças, na medida em que revela as fragilidades assistenciais para o binômio mãe-filho. Apesar das mortes infantis nos últimos 30 anos no Brasil, França e Lansky (2016) explicam que as mortes neonatais e fetais se mantiveram altas e, mais recentemente, o país vem experimentando uma elevação do coeficiente de mortalidade infantil, induzido pela redução do financiamento, queda das taxas de imunização, costumes e cultura popular, dentre outros.

Mas, empiricamente, ainda França e Lansky (2016) arguem ainda que a assistência possa ter se habituado com a queda dos indicadores da saúde infantil, e talvez o recrudescimento das mortes infantis brasileiras também esteja associado à qualidade da atenção, à disponibilidade de recursos e o envolvimento da equipe. Assim, essa pesquisa se justifica a partir da necessidade de compreender como os profissionais de saúde e gestores estão preparados para trabalhar no sentido de reduzir os índices de morte perinatal ou se não há conhecimento a respeito do problema.

A partir de um cenário problemático e com poucos recursos, analisa-se a atividade do gestor hospitalar a partir da necessidade de integração, assim como a atividade do enfermeiro e do médico pediatra e obstetra. Evidencia-se que apesar de terem funções definidas, o trabalho coletivo pode ser mais útil na resolução do problema da mortalidade perinatal.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender a Assistência de saúde prestada as parturientes atendidas pelas maternidades da cidade de Ponta Grossa sobre o olhar dos profissionais de saúde e gestores.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Analisar como a equipe é formada e se possui visão multi ou interdisciplinar na assistência ao binômio
2. Entender, sob o olhar da gestão e dos profissionais da assistência de enfermagem sua visão com relação a mortalidade perinatal
3. Analisar se as maternidades têm infraestrutura e tecnologia para atender as parturientes, segundo risco gestacional de modo a minimizar as mortes perinatais
4. Compreender o que os profissionais de saúde que atuam diretamente com a assistência relatam sobre os óbitos que ocorrem no seu ambiente de trabalho e as mudanças que estão sendo feitas
5. Identificar falhas e potencialidades no sistema assistencial a saúde materno infantil, através das ações desconvidas pelos gestores e profissionais de saúde que atuam nas maternidades.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A MORTE PERINATAL: SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA GERAL E LOCAL

O conceito de mortalidade perinatal é etapa central na compreensão do problema, visto que o esclarecimento de algumas particularidades auxilia no aprimoramento de informações. Segundo Miranda, Fernandes e Campos (2017) a mortalidade perinatal está associada com a morte fetal ou do recém-nascido até a primeira semana de vida, por mais que a periodicidade pode ser variável entre a primeira semana e o primeiro mês.

Nesses casos, a taxa de mortalidade perinatal pode ser dividida entre morte evitáveis e mortes não evitáveis. No primeiro, analisa-se questões que poderiam ser resolvidas com melhor qualidade no atendimento, exames laboratoriais, busca de informação, dentre outros fatores. No segundo, as mortes não evitáveis, percebe-se casos diagnosticados de problemas de formação graves, tais como patologias cerebrais, a má formação de órgãos vitais, dentre outras causas.

Barreto, Nery e Mendes (2011) complementam que avaliar a mortalidade perinatal é essencial. Na realidade nacional, os autores retratam que o cenário se alterou, visto que duas décadas de preocupação fizeram reduzir os casos de mortalidade perinatal. Mesmo assim, os índices decaíram porque a mortalidade aumentou no pós-neonatal, o que emanam a necessidade de mudança conceitual, que passaria a determinar o período perinatal para além da primeira semana. A constatação feita pelos pesquisadores é de que a mortalidade perinatal ainda emana preocupação, principalmente nas regiões onde mais é presente: nas periferias de grandes e pequenas cidades.

Para França e Lansky (2016), os países de Primeiro Mundo possuem situação bem mais favorável do que os menos desenvolvidos. Cada realidade possui um índice diferenciado, sendo que os países do Norte Europeu em destaque a Noruega que possui taxa de 2,3 mortes para cada 1000 nascimentos. A situação apresentada na maioria dessas realidades se dá a partir da má formação do feto e sua incapacidade de continuar vivendo fora da ligação materna.

No Brasil, Vieira et. al. (2015) ressaltam que houve redução de 12 óbitos para cada 1000 nascidos, em 2009, para 9,2 óbitos em 2010. Até 2015, o país

já registrou quedas maiores, que chegaram a 6,8 óbitos a cada 1000 nascidos. No Paraná, os dados de Vieira et. al. (2015) apresentam 10,50 óbitos, o que é relativamente preocupante. Ponta Grossa possui índice de 5,27 óbitos neonatais precoces, 2,44 neonatais tardios e 3,01 pós-neonatais, em dados atualizados em 2016. Em 2017, houve crescimento desses números, na medida em que a mortalidade neonatal precoce foi de 7,75; em neonatal tardio, foi de 0,60 e em pós-neonatal, 3,58. A contagem de 2018 poderá ser visualizada no findar do ano (DATASUS,2019).

Vale lembrar que o contexto histórico anterior à virada do século não era favorável na realidade nacional, pois desde a redemocratização, os índices não eram atualizados. Agravava a situação o fato de que não havia registros nem dados concretos para traçar o perfil da mortalidade ou seu percentual geral. Dessa maneira, a mortalidade perinatal poderia aumentar, mas não havia conhecimento da equipe para definir caminhos que melhorassem a situação.

Nessa linha de pensamento, Vieira et. al. (2015) destacam que a preocupação maior se dá somente a partir do século XXI, pois a OMS passa a focar interesse nesse objetivo e pressionar as nações subdesenvolvidas a tomarem atitudes e diminuïrem as taxas de mortalidade perinatal.

Para Vieira et. al. (2015), a mortalidade perinatal deve ser vista como um indicativo de saúde infantil e materna de validade singular, pois dizem respeito tanto no que se refere à qualidade de vida quanto a fatores socioeconômicos implícitos em cada realidade. Os autores reforçam o conceito de que a mortalidade fetal ocorre *"quando o bebê em formação vai a óbito antes da sua expulsão completa do corpo da mãe, e esse diagnóstico acontece quando, depois de separado, o feto além de não respirar não apresenta qualquer outro sinal de vida"* (VIEIRA et. al., 2015, p.38).

Além disso, destaca-se que o monitoramento da mortalidade perinatal pode ser feito mediante recursos de software ou processos mais integrados e de rápido alcance. Os sistemas de informações em saúde desenvolvidos pelo Ministério da Saúde auxiliam em uma gestão mais descentralizada, com maior alcance e uso expandido. A partir dessa perspectiva tecnológica, a mortalidade perinatal pode ser melhor evidenciada e minimizada.

A partir de pesquisa realizada no Estado do Paraná, Vieira et al. (2015) afirmam que as políticas públicas de redução da desigualdade podem gerar

resultados positivos na diminuição da mortalidade perinatal. Tal dado especifica outro item relativo a esse problema: esse indicador de saúde possui viés econômico e social e pode ser tornar mais preocupante quando as desigualdades se acirram. Assim, políticas públicas com enfoque mais gerais, como o Programa Saúde na Família podem ajudar a coordenar ações para diminuir a mortalidade perinatal.

Sabe-se que à medida que melhoram as condições sociais, econômicas, o acesso a serviços básicos de saneamento e a serviços de saúde, as mortes infantis no período neonatal tardio e pós-neonatal diminuem e os óbitos na primeira semana, e predominantemente nas primeiras horas de vida, passam a ser os mais frequentes. Portanto, é necessário aprimorar ainda mais a assistência à saúde da gestante durante o período pré-parto, parto e o atendimento imediato à criança no nascimento e berçário considerando sua estreita relação com a mortalidade perinatal (VIEIRA et. al., 2015, p.789).

Sendo assim, além dos fatores biológicos que definem as ocorrências de mortalidade perinatal, também há riscos econômicos e sociais que deixam com maior susceptibilidade determinadas populações. Muitos casos estão associados à quem reside em periferias, não possui todos os serviços básicos, depende do Sistema Único de Saúde e participa de programas governamentais, como o Bolsa Família. Dessa maneira, a mortalidade perinatal atinge mais as Classes C e D do que as classes B e A.

Entretanto, essa informação não deve ser uma normativa, visto que a mortalidade perinatal também pode atingir pessoas de outras classes sociais, mas dentro do perfil classificatório biológico ou mesmo por escolha da mãe.

Percebe-se que o campo de análise é vasto e necessita ser especificado. Para compreender a mortalidade perinatal, é importante considerar realidades de países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, a mortalidade perinatal é menor, se comparadas com realidades do Oriente Médio (ARIFF et. al., 2010) ou África (ELLARD et. al., 2014). Dessa maneira, é fundamental verificar que as causas perpassadas podem ser similares, o que emana a necessidade de soluções focadas em objetivos locais.

Para Netto et. al. (2017), a causa epidemiológica é causada por diferentes fatores, que vão desde o desconhecimentos dos riscos até a má formação do feto, passando por problemas como a ausência de acompanhamento, a falta do pré-natal, a dificuldade em realizar exames, a prematuridade, as dificuldades de

aleitamento e a falta de recursos e pessoal em promover qualidade no atendimento das necessidades, dentre outros fatores. No Paraná, os mesmos autores acima enfatizam a ausência materna nas consultas e falta de acompanhamento e estrutura como as principais causas da mortalidade perinatal, ainda que os outros aspectos também possam ser considerados em menor grau.

4.2 FATORES DETERMINANTES DAS MORTES PERINATAIS

Inicialmente, Miura et. al. (1993) efetuam uma revisão bibliográfica para mapear as principais causas da mortalidade perinatal em solo brasileiro. Esse estudo da década de 1990 percorre seis anos (1984-1990) para discutir que a mortalidade perinatal ainda é elevada. As causas que as autoras associaram, nesse contexto, diziam respeito

à prematuridade, à asfixia, às infecções intrauterinas, à toxemia gravídica e às malformações múltiplas, enquanto àquelas referidas ao período neonatal são as infecções agudas intrauterinas, os problemas respiratórios, as malformações, a prematuridade e a infecção pós-natal (MIURA et. al., 1993 pg 98).

Após o passar de mais de duas décadas, algumas das problemáticas anteriormente consideradas ainda se encontram presentes nos diagnósticos de mortalidade perinatal. A prematuridade, a má-formação e a asfixia ainda são consideradas por estudos mais recentes, como os publicados por Netto et. al. (2017) e França e Lansky (2016), dentre outros.

Esses dados comparativos entre autores indicam que muitas das causas apontadas no passado ainda são de preocupação presente, o que significa que o número de óbitos pode ter se reduzido, mas as causas ainda se apresentam da mesma maneira. Na década de 1990, Miura et. al. (1993) já era otimista ao afirmar que a mortalidade infantil geral decaiu em virtude da tecnologia.

As pesquisas de Netto et. al. (2017) enaltecem o século XXI em detrimento do século XX, demonstrando que os dados otimistas apresentados anteriormente eram seculares e preocupantes, se comparados com os dados atuais. Os autores ainda corroboram que:

As principais causas da elevada mortalidade peri e neonatal concentram-se na prematuridade, no baixo peso ao nascimento e nas infecções neonatais. Nos dois primeiros casos, os fatores

demográficos, comportamentais e biomédicos têm sua importância; no entanto, são os socioeconômicos os mais contributivos e os que mais fogem do âmbito médico. (MIURA et. al., 1993, p.40).

Os fatores determinantes das mortes perinatais do passado são evidenciados no presente porque a desigualdade social ainda está elevada. No trecho, lê-se que fatores demográficos, comportamentais, biomédicos e socioeconômicos estão em pauta, o que significa afirmar uma situação que nem sempre está ao alcance do profissional da saúde. No discurso dos autores, pouco se podia fazer a respeito da mortalidade perinatal, em alguns casos, visto que o não-alcance de todos os públicos era preocupante e estagnava os índices de melhoria.

Nos dias atuais, Pereira et. al. (2016) apontam para algumas causas que foram alteradas, mas outras que permanecem: a asfixia e a prematuridade foram fatores que apareceram nas pesquisas, assim como a má-formação fetal. Das situações "novas", aparece a sífilis congênita, desconforto respiratório, septicemia bacteriana, síndrome da aspiração neonatal, anomalias cromossômicas e anencefalia.

Apesar desses itens estarem aparentes no estudo de Pereira et. al. (2016), isso não significa que apareceram somente na atualidade, mas que o diagnóstico foi modificado, tornou-se mais aprofundado, o que permitiu a inclusão de mais causas. Entretanto, os dados obtidos no estudo revelam que 77% das mortes ocorridas eram evitáveis e poderiam ser reduzidas se houvesse atenção no período da gestação.

Mortes mal definidas representaram 23% dos óbitos, o que também indica preocupação. Assim, a falta de ações de imunoprevenção, a falta de diagnóstico e tratamento, a ausência de projetos para promoção da saúde são fatores considerados atuais para mover centralidade de ação.

Outro aspecto que chama a atenção é que as causas da mortalidade perinatal estão regionalizadas, visto que cidades do interior possuíam mais casos do que as capitais (Salvador, Natal e Fortaleza). Além disso, constatou-se que há um maior número de óbitos masculinos e o baixo peso e a prematuridade impactam diretamente para as dificuldades de sobrevivência. A explicação para maior mortalidade masculina é associada a maturidade pulmonar tardia em relação ao sexo feminino. Tal constatação se dá porque grande parte dos

problemas respiratórios apontados se deu em recém-nascidos do sexo masculino (LANSKY,et.al,2002).

4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E A INTENCIONALIDADE DE REDUÇÃO DA MORTE PERINATAL: O PROGRAMA MÃE PARANAENSE EM FOCO

O que são políticas públicas? A indagação inicial traz um complexo conjunto de possibilidades conclusivas, mas também abre espaço para diversas indagações. Gelinski e Seibel (2008) abordam tal pluralidade conceitual, afirmando que as políticas públicas podem ser utilizadas para defender determinadas ideologias ou condicionar atendimento especializado para alguns setores populacionais.

Dentre as políticas públicas de destaque para reduzir a mortalidade perinatal, evidencia-se o Programa Rede Mãe Paranaense. De maneira geral, o Programa possui vinculação com o Estado do Paraná e se objetiva em organização dos aspectos da atenção ao binômio mãe-filho desde o pré-natal até o findar do primeiro ano de vida. O Programa acolhe a gestante no espaço da Unidade de Saúde, realiza todo o acompanhamento da gestação, realiza até 17 exames, efetua a tipologia classificatória do risco gestacional, promove atendimento especializado, garante o parto a partir da classificação de risco estabelecida, dentre outras ações.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná, todos os Municípios são abarcados pelo Programa, focado exclusivamente na Saúde Pública. Em teoria, investe-se nos Municípios, apoia-se os profissionais da saúde, ampliam-se cuidados para a saúde bucal da gestante e seu bebê, dentre outras ações de atenção primária. O Programa também teoriza a implantação de ambulatórios fixos ou móveis, fornece apoio diagnóstico de risco de mortalidade, fornece recursos, dentre outras atitudes.

O Protocolo do Programa é voltado para o atendimento geral de gestantes e crianças da Rede Pública de Saúde do Estado. Porém, percebe-se que há especificidades de atendimento para gestantes que possuem gravidez de risco. Nesses casos, há indicadores para averiguar se o risco é eminente ou se há condições de amenizá-lo dentro do período perinatal. A articulação entre

Unidade de Saúde e Hospital, que dá prioridade de atendimento a partos de risco, é uma das facilidades promovidas pelo Programa.

De acordo com a Linha Guia do Programa Rede Mãe Paranaense (PARANA, 2017), estabeleceu-se uma estratificação de risco para gestantes e crianças, em níveis primários, secundários e terciários. A partir dessa categorização inicial, são criadas categorias hierárquicas de risco gestacional: risco habitual, risco intermediário, alto risco. Aliás, é válido ressaltar que esses indicadores são válidos tanto para a gestante quanto para a criança.

O risco habitual se dá para gestantes que não possuem risco individual, histórico reprodutivo anterior de doença ou fatores sociais e demográficos. Para a criança, o risco eventual associa-se a crianças sem diagnóstico de patologias (PARANÁ, 2017).

O risco intermediário é atribuído a gestantes que possuem características individuais relacionadas à etnia, raça ou faixa etária, escolaridade ou mesmo possuem histórico de agravo. Nesse caso, ingressam nessa categoria as gestantes afro-brasileiras ou indígenas, gestantes com faixa etária superior a 40 anos, gestantes com baixa escolaridade ou com histórico de óbito, seja como natimorto ou como aborto (PARANÁ, 2017).

Para a criança, o risco intermediário associa-se a filhos de mães afro-brasileiras/indígenas, crianças nascidas de mães muito jovens, crianças nascidas de mães analfabetas, com idade inferior a 20 anos e mais de três partos e filhos de mães que vão a óbito no momento do parto (PARANÁ, 2017).

Os indicadores de alto risco para as mães estão ligados a gestantes com condições clínicas pré-existentes, tais como Hipertensão Arterial, uso de drogas, patologias cardíacas, doenças respiratórias, patologias hormonais, doenças mentais, autoimunes, obesidade, depressão, dentre outras. Para a criança, o alto risco está vinculado à asfixia grave, baixo peso, desnutrição grave, desenvolvimento inadequado, triagem neonatal positiva ou doenças de transmissão vertical.

Na realidade paranaense, a Linha Guia do Programa Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2017) enfatiza que o Estado possui índice otimista de 10,50 para cada 1000 nascimentos. Se tal índice for comparado com a realidade do Estado em 2007, percebe-se significativa mudança, já que a taxa era de 16,72 para cada 1000 nascimentos.

Para redução da mortalidade infantil, o Programa possui missão de garantir o acesso e atendimento de qualidade da gestão até quando necessário. A visão geral aponta que, até 2020, visa-se padronizar o atendimento e dar equidade para todas as áreas onde há mortalidade infantil. Para que isso ocorra, visa-se melhorar a assistência no pré-natal, implantar os sistemas de estratificação de risco, vincular as gestantes aos Hospitais de referência, implementar transporte de urgência e disponibilizar exames e medicamentos.

A partir desses processos, se estabelecem competências para cada setor dentro da esfera municipal e estadual. A linha Guia particulariza o tratamento e efetiva padronização teórica na qual busca cooperação entre os agentes de saúde e facilitações burocráticas e institucionais para mães em risco.

Para Netto et. al. (2017), o programa Rede Mãe Paranaense é um divisor de situações na realidade do Estado. Para estes autores, é necessária preocupação com mortes evitáveis e que estudos relacionados ao RMP (Rede Mãe Paranaense) ainda são escassos. Como até 2006 não havia estudos sobre o Programa Rede Mãe Paranaense, é difícil constatar como estavam realidades específicas em momentos anteriores ao Programa.

No Paraná, a redução de mortalidade perinatal é mais lenta porque os serviços implementados exigem um nível de excelência de custo elevado. Além disso, ainda não há treinamento suficiente para equipes interdisciplinares a partir dos diferentes níveis estratificados de atenção. Além disso, no ano em que o artigo é publicado (Netto et.al.2017), os autores ainda constatarem um número inferior de consultas de pré-natal, o que prejudica a qualidade do atendimento, visto que nesse caso, a quantidade e a qualidade estão associadas diretamente.

Ainda foi percebido que o Programa não viabiliza treinamento para reanimação cardiopulmonar em sala de parto, o que torna a morte por asfixia mais suscetível. Entretanto, por mais que o programe não esteja voltado para o cenário ideal, cabe frisar que é a forma mais adequada de atendimento, pois consegue reunir um número significativo de pacientes e registros.

No Paraná, Netto et. al. (2017) constaram que

Ao se analisar os óbitos evitáveis, identificou-se elevados números de óbitos infantis reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido. Isso indica que, quando diagnóstico e tratamento são realizados em tempo apropriado, grande parte dos problemas maternos apresentados na gestação, como ruptura

prematura das membranas ou doenças maternas renais e das vias urinárias, parte das mortes infantis poderiam ser evitadas. Esses dados apontam que há, todavia, inadequações no período pré-natal e na assistência ao parto e ao recém-nascido. (NETTO et. al., 2017, p.5)

Assim, a conclusão é de que a situação paranaense ainda é preocupante, pois há óbitos evitáveis e ações necessárias para melhor qualidade de atendimento. Até o momento, os resultados constatados são de um Programa ainda ineficaz em algumas regiões. Porém, essa lógica não deve predominar em todas as realidades, visto que cada contexto pode apresentar resultados diferentes.

Para Baggio et. al. (2016), a análise da RMP é mais otimista, visto que seus dados demonstraram eficácia na assistência pré-natal desde o primeiro trimestre, com acompanhamento de 70% das mulheres cadastradas no Programa, entre 2012-2013 em diversas cidades do Oeste Paranaense. Entretanto, ainda com índice favorável, os autores verificaram que 70% das gestantes possuíam menos de sete consultas registradas, o que pode resultar tanto na falha de registro quanto na ausência destas mulheres.

Nesse ponto, levanta-se outro dado referente ao Programa: as taxas podem ter se apresentado mais baixas que o esperado por falta de registros e atenção aos aspectos administrativos básicos. Em um dos casos, percebe-se: “A consistência dos achados deste estudo apresentou fragilidade, visto que a coleta dos dados, a partir do SIS-Pré-natal, denota incongruência entre número de habitantes e número de gestantes cadastradas no sistema” (BAGGIO et. al., 2016, p.7). É fundamental que tal registro ocorra para que os números possam ser atualizados e ações complementares sejam desenvolvidas para atender às necessidades emergentes, diminuindo os riscos de mortalidade perinatal.

Em cenário paranaense, os autores ainda enfatizam que há problemas de sensibilização das gestantes, não captação precoce de gestantes e falta de informação sobre o tema fazem com que o pré-natal seja realizado tardiamente. Por mais que o cenário seja mais otimista que o anterior, os serviços do Programa “necessitam de ampliação a fim de alcançar índices de adesão às estratégias próximas aos 100%, garantindo melhor qualidade na assistência materna e infantil” (BAGGIO et. al., 2016, p.10).

Um Programa Interdisciplinar como o RMP pode, com treinamento e eficácia, gerar resultados positivos. Entretanto, as bases ainda não estão estruturadas, o que torna a situação mais problemática. A partir disso, faz-se necessário compreender a Interdisciplinaridade e as ações para redução da Mortalidade Perinatal.

4.4 O PROBLEMA DA INVISIBILIDADE DOS ÓBITOS FETAIS

O filósofo Michel Foucault (1978), ao tratar do nascimento da clínica, ressalta que questões ligadas à saúde que comprometem o funcionamento das instituições estatais podem permanecer invisíveis perante os olhos das grandes mídias. A negação da realidade, segundo o autor, é uma forma de manter um discurso de que o funcionamento da instituição decorre normalmente e que as estratégias estabelecidas pelos graus hierárquicos superiores surtem efeitos positivos. Os óbitos fetais não são dados positivos, o que permite a conclusão de que sua invisibilidade é construída.

A mortalidade perinatal ainda reserva outra problemática preocupante no cenário da saúde: a invisibilidade de óbitos fetais. Para Lima et. al. (2015), o óbito fetal revela diferentes aspectos da sociedade, como a qualidade e acessibilidade a serviços primários e o acompanhamento que vai além do parto.

De modo conceitual, Lima et. al. (2015) descrevem o óbito fetal como aquele no qual o feto é expulso do corpo ou extraído. Esse tipo de extração pode ser evitado, pois decorre em casos onde não há malformação ou alto risco. De forma quantitativa, os pesquisadores verificaram que as mortes estão relacionadas a hipóxia intrauterina, em grande parte.

Além disso, gestantes que estão entre a 32^a e a 36^a semana foram consideradas como mais suscetíveis, além da faixa etária entre 20 e 29 anos. Apesar de ser um estudo local, seus resultados demonstram que mães mais jovens ou com maior faixa etária não estão isentas de terem problemas geradores de óbito fetal.

Entretanto, esses dados ainda são pouco conhecidos, o que revela a invisibilidade dessas ocorrências. Em suas palavras, “apesar da expansão da oferta aos serviços de saúde, estes ainda necessitam de maior atenção e qualificação. Ao mesmo tempo, é importante fortalecer medidas importantes de

intervenção ao que se refere aos serviços de assistência” (LIMA et. al., 2015, p.2).

Barbeiro et. al. (2015) complementam essa análise, enfatizando que a taxa de mortalidade fetal é uma quantificação considerável, mas tem sido relegada a segundo plano em análises acadêmicas, o que corrobora para a invisibilidade dos dados. Além disso, os estudos só aparecem de forma mais aparente a partir do século XXI, de modo que há pouca informação a respeito dos óbitos fetais em décadas anteriores.

Corrobora para a probabilidade maior de óbitos fetais a baixa escolaridade e renda, a falta de pré-natal ou indevida atenção, além de diagnóstico prévio de natimorto. Porém, os autores utilizaram apenas dois estudos para afirmar tais dados, relatando que a ausência de informações não permite estabelecer uma base concreta para afirmar que tais questões eram predominantes ou secundárias.

A partir de 2003, 321 artigos foram encontrados sobre o tema, o que comprova o crescente e abrupto interesse, motivado pela intensificação dos objetivos de desenvolvimento sustentável, sobretudo, no governo Lula. Entretanto, a partir do filtro de informações, os pesquisadores concluíram que desses 321 estudos, somente quatro estavam focados em compreender os óbitos fetais, como objetivo central.

Cada trabalho evidenciava uma região diferente do país. Em três trabalhos, os índices apresentados pelos autores foram favoráveis e demonstram a redução de óbitos fetais no Sudeste do país. No Nordeste, os índices se revelaram mais preocupantes, com percentual de 10% na mortalidade fetal. A partir desses dados, aborda-se que a mortalidade fetal é de equitativa importância e torna-se essencial aumentar o número de pesquisas na área.

Silva et. al. (2016) complementam que:

Os avanços tecnológicos relacionados a métodos diagnósticos e as mudanças em protocolos assistenciais e de investigação pré-natal tem propiciado a oferta do atendimento e seguimento à gestante de forma resolutiva e com qualidade, deste modo, compreende-se que este deveria reduzir complicações as quais desencadeiam a morte fetal. Nesse sentido, as melhorias globais na atenção primária possibilitam organizar as redes de atenção à saúde materna e infantil, considerando que a captação precoce da gestante e da criança são elementos essenciais para a atenção à saúde de qualidade. (SILVA et. al., 2016, p.34).

Em estudo realizado no Paraná, os autores verificaram que a invisibilidade é tão preocupante quanto a morte fetal, pois a falta de conhecimento teórico e de conhecimento de pesquisa não auxilia na diminuição do problema. Por mais que haja mudanças tecnológicas e os diagnósticos tenham sido aperfeiçoados, vive-se uma realidade que não é acessível a todos. (BACELAR;DUARTE et.al.2016)

Dessa maneira, aspectos como escolaridade, raça, idade materna, condições de vida devem ser analisadas para compreender os motivos que levam ao óbito fetal e como diminuí-lo. Se o óbito fetal possui relações com escolaridade materna, raça, idade materna, condições de vida, isso significa que não basta efetuar um atendimento local imediatista que dê condições de mapear problemáticas locais, mas de incentivar saúde e educação, promover maior escolaridade, diminuir as desigualdades e promover mudanças que atinjam a maioria (BACELAR;DUARTE et.al.2016).

4.5 A MINIMIZAÇÃO SOCIAL DO IMPACTO DAS MORTES FETAIS E NEONATAIS PRECOCE

Ainda vale ressaltar que muitas das causas da mortalidade perinatal não são evitáveis, mas ainda merecem atenção. França e Lansky (2016) abordam que há problemas que minimizam o sofrimento, pois causam óbitos socialmente aceitos como normais, esperados e que geram pouco sofrimento.

Nesse discurso, casos como o aborto espontâneo, a anencefalia já diagnosticada nas primeiras semanas e outras patologias não evitáveis podem acontecer, o que se coloca enquanto estatística de mortes não evitáveis. Silva et. al. (2016) reforçam que se deve utilizar a classificação de evitabilidade dos óbitos infantis para verificar o que pode e o que não pode ser feito. Se os óbitos evitáveis são vistos como eventos-sentinela, os não-evitáveis tendem a gerar uma reação menos sensível, ainda que igualmente preocupante.

Nas pesquisas de Silva et. al. (2016), foram verificado que problemas congênitos, asfixia grave, infecções diversas, morte súbita infantil, e outras causas raras, tais como Huntington, Craniorraquisquise e Shiguelose não especificada podem ser determinantes para a mortalidade perinatal. Nos estudos

dos autores, várias doenças autoimunes aparecem como causa de óbitos, além de melanomas e outras tipologias de tumores. Mães que possuem histórico de problemas uterinos também podem ter maior dificuldade na gestação, aumentando os riscos, o que pode aumentar as estatísticas de mortes não-evitáveis.

Bacelar e Duarte (2016) enfocam na prematuridade crescente como uma causa evitável e não-evitável. Para os autores, antes de analisar a prematuridade e já inseri-la nas estatísticas, é fundamental compreender os motivos que a geram e as particularidades de cada caso.

Em muitos deles, a prematuridade pode ser evitável, caso haja pré-natal adequado e acompanhamento constante da equipe administrativa e de saúde. Porém, recém-nascidos prematuros podem nascer de mães com problemas uterinos, tais como incidência tumoral anterior ou rejeição do corpo em manter o feto. A mortalidade em ambos os casos pode ser causada problemas de “instabilidade térmica, desconforto respiratório, infecções, apneia, hipoglicemia, icterícia, convulsões, dificuldade de iniciar dieta, e enterocolite necrotizante” (BACELAR;DUARTE et. al., 2016, p.12).

Bacelar e Duarte (2016) ainda mencionam que crianças com menos de 1500 gramas correm risco evitável de morte, mas as garantias de vida são cada vez menores em crianças com pesagem menor do que essa. Assim, a baixa pesagem decorrente da prematuridade, quando extrema, não é evitável. Associada com outros fatores, tais como má formação congênita ou doença pré-existente podem ocasionar a morte.

4.6 PROCESSO DE TRABALHO E REDUÇÃO DOS ÓBITOS PERINATAIS

Inicialmente, é importante informar que há pouca literatura que trate da relação entre processo de trabalho, gestão e óbitos perinatais. Assim, neste tópico, muitos autores referenciados trataram das mortes infantis e foram incluídos partindo do pressuposto que parte dos determinantes dos óbitos perinatais estariam contemplados nos óbitos infantis.

Na visão de Migoto, Freire, Barros (2018), a maioria dos óbitos ocorridos são evitáveis (não revelando dados concretos em porcentagem), o que está diretamente vinculado ao processo de trabalho que é realizado em função do

objetivo de reduzir as mortes. Entretanto, tal processo pode ser balizado por causas diversas, que vão desde a estrutura humana e material até as dificuldades de deslocamento em determinadas regiões.

Sem incentivo suficiente para atingir a meta proposta pela OMS, muitos acabam deixando de atender os pacientes de risco e corroboram para o aumento estatístico da mortalidade. A redução das mortes pode ocorrer a partir de uma série de fatores, que não são excludentes uns dos outros, mas que podem atuar conjuntamente na melhoria do quadro de saúde infantil nacional.

O trabalho para a redução das mortes deve ser conjunto, na perspectiva de Bacelar e Duarte (2016). Assim, conflitos pessoais e relações de interesse particulares podem ser relegados a segundo plano, assim como graus hierárquicos constituídos historicamente. Sobre esse último aspecto, é necessário que não haja resistência entre médicos, enfermeiros, agentes de saúde e gestores em trabalharem juntos e sob auxílio mútuo.

Um processo de trabalho individualizado é menos efetivo e não garante a quantidade de conhecimentos e agentes necessários para promoção da saúde da comunidade, principalmente na rede pública de saúde. Ademais, Bacelar e Duarte (2016) consideram que a atenção para as primeiras 24 horas de vida deve ser primária, pois quase metade dos neonatos vão à óbito nesse período. Se o trabalho conjunto falha, as metas de redução também não são atingidas.

Aliás, Migoto (2018) aponta que cada Unidade de Saúde poderia traçar metas locais de redução da mortalidade perinatal. Dessa maneira, seria mais facilitada a acessibilidade e o processo de trabalho. Por mais que a redução da mortalidade perinatal já tenha sido significativa, é importante que o trabalho seja conjunto e que haja redução constante dos indicadores.

Kropiwiec, Franco, Amaral (2017) acrescentam que o processo de trabalho deve ser mais humanizado, diminuir os indicadores de mortos neonatais é importante, mas é fundamental dar atenção individual a cada caso, analisando situações particulares e compreendendo as singularidades de cada processo. Além disso, propõem que uma mesma metodologia pode ter resultados diferentes em cada localidade, o que pressupõe estudo prévio para verificar qual a forma mais eficaz de lidar com o problema em cada espaço.

Apesar de necessária, argumenta-se que a redução da taxa de mortalidade infantil revela maiores recursos e investimentos na área. Quando a

média está estagnada ou crescente, significa que há necessidade de maior investimento. O direcionamento desses recursos não deve estar inscrito somente na compra de equipamento ou na ampliação de exames, apesar de serem pontos essenciais da resolução do problema.

Investir na capacitação e treinamento de pessoal auxilia na humanização, empatia, e faz com que o retorno da gestante seja mais recorrente. Nessa linha diferenciada de pensamento, busca-se uma compreensão de realidade voltada para a atenção, o comprometimento mútuo e a afetividade no processo de trabalho e no alcance dos objetivos de redução da mortalidade perinatal.

Para os autores,

Mesmo nas regiões onde a mortalidade infantil alcançou taxas abaixo de dois dígitos, foram observadas elevadas proporções de óbitos considerados evitáveis, cuja redução constitui uma oportunidade para atingir taxas próximas às daquelas de países desenvolvidos. Conhecer os determinantes da mortalidade infantil em municípios brasileiros e a tipologia de atendimento cujos contextos socioeconômicos mostram bons indicadores sociais e de saúde pode subsidiar intervenções no âmbito da saúde pública visando a sua redução, uma vez que tais determinantes podem representar riscos de magnitude diferente daqueles observados em regiões menos desenvolvidas. (KROPIWIEC; FRANCO; AMARAL., 2017, p.19).

Essa visão local de atendimento, bem como a avaliação das determinantes em cada localidade aguça a importância de se verificar um processo de trabalho horizontal, aparelhamento de interesses e busca por equipes multifocais. Silva et. al. (2016) que além do trabalho conjunto, os pacientes em risco devem ser separados por grupos, o que facilita seu atendimento.

Uma equipe de profissionais de diversas áreas pode se responsabilizar por aquele grupo, o que padroniza o atendimento e dá mais segurança diagnóstica e de tratamento. Entretanto, diferentemente da proposta anterior, a separação por grupos de risco local pode tornar o atendimento menos individual.

Ao enfermeiro, cabe o acompanhamento semanal e o registro de mudanças para auxiliar no diagnóstico. Ao médico, cabe não só o aconselhamento e acompanhamento, mas também a realização de exames complementares e da visita a regiões mais distantes onde há pacientes de risco. Tais visitas podem ocorrer com equipe de enfermagem. Essas atribuições

são definidas pelo Programa Rede Mãe Paranaense, como objetivo de facilitar o processo de multiprofissionalidade.

A saída para a redução da mortalidade neonatal destacada por Silva et. al. (2016) também é a capacitação e o treinamento da equipe para trabalho conjunto. Dessa maneira, verifica-se que a alteração do processo de trabalho do enfermeiro pode ser essencial para a melhoria dos índices, assim como maior humanização do processo.

4.6.1 Assistência de enfermagem na atuação para redução da mortalidade infantil

Inicialmente, cabe esclarecer que foram buscadas informações voltadas exclusivamente para a assistência da enfermagem na redução da mortalidade perinatal. Em virtude da escassez de material, optou-se por ampliar o campo, até porque parte das mortes infantis são determinadas por um componente da mortalidade perinatal: as mortes neonatais precoces.

A enfermagem pode corroborar significativamente para a redução da mortalidade infantil. Na visão de França e Lansky (2016), a mortalidade infantil é um problema que emana seriedade no Brasil. Na grande maioria dos casos, as autoras consideram que as mortes poderiam ser evitadas, desde que a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) fosse vista com maior detalhamento e preocupação.

O papel da enfermagem consiste tanto no suporte teórico quanto prático. Em primeiro lugar, a área pode ser útil ao promover pesquisa que auxiliem na resolução do problema, o que ampliaria o conhecimento e traria benefícios para a sociedade. Na prática, o acompanhamento pós-neonatal é visto pelas pesquisadoras como uma forma eficaz de evitar o aumento no número de óbitos. Em suas palavras "A qualificação da assistência pré-natal é fundamental, com acolhimento imediato da gestante e início oportuno do atendimento (no primeiro trimestre de gestação) e continuidade da assistência até o final da gravidez e o parto" (FRANÇA; LANSKY, 2016, p.26).

Para Santana et. al. (2011), os cuidados da enfermagem para redução da mortalidade têm se ampliado no século XXI, a partir do uso de tecnologias diferenciadas. Para as autoras, é necessário dar visibilidade para o problema,

que envolve não somente questões sociais, mas também econômicas e políticas, já que grande parte da mortalidade se encontra nas zonas de periferia.

A partir de uma coleta de dados para verificação de óbitos neonatais, as pesquisadoras Santana et. al. (2011) chegaram à conclusão de que os cadastros de crianças se encontravam atualizados e o acompanhamento vinha sendo feito regularmente pela equipe de enfermagem e de médicos das instituições escolhidas. Tal dado demonstra que se há constante atualização e acompanhamento, a incidência de mortalidade infantil pode ser menor.

Careti (2015) sintetiza que ações de saúde realizadas em conjunto podem ser mais eficazes para a criança e sua qualidade de vida. A partir de entrevistas com agentes de saúde de diversas áreas (médicos, enfermeiros e agentes de saúde), percebeu-se que os locais sem acompanhamento eram aqueles cuja mortalidade era maior. Por mais que o texto frise o trabalho entre diferentes campos do saber, o mesmo autor reconhece a validade da enfermagem como articuladora de procedimentos e cuidados necessários para manutenção de vida da criança.

O mesmo autor supra citado, ainda enaltece a importância da equipe de enfermagem quando esta promove grupos de gestantes ou mães de recém-nascidos, pois é uma forma de promover o conhecimento, socializar e estabelecer vínculos para aproximação entre a enfermagem e as crianças. Essa assistência promovida de forma participativa e coletiva pode ser estimulada através de um trabalho voltado para a motivação. Além disso, outras atividades podem ser desenvolvidas, o que dá conotação social para o trabalho.

Aliás, o acompanhamento da mãe desde o pré-natal é fundamental na assistência posterior, visto que a criação de um vínculo é sacramentada e dá maiores condições de a enfermeira exercer seu trabalho. Em casos onde não havia vínculo, as parturientes não compareciam aos exames, o que demonstra menor preocupação com a saúde da criança e maior risco.

Por fim, a autora considera que a falta de informação também pode levar à maiores índices de mortalidade. Por intermédio da aproximação e socialização, a enfermeira pode auxiliar nesse processo, trazendo conhecimento e conscientizando as mães de que é necessário marcar e comparecer em consultas, cumprir o que é estipulado, fazer a pesagem regular, dentre outros procedimentos (CARETI, 2015).

Sobre a assistência especializada, Santana et. al. (2011) evidenciam que “medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde nos primeiros anos de vida da criança são consideradas fundamentais para a redução da mortalidade e ocorrência do crescimento infantil adequado” (SANTANA et. al., 2011, p.558). Essas medidas podem ser realizadas ou estimuladas pela equipe de enfermagem, de modo a fazer com que a redução da mortalidade opere dentro de um nível local.

Para reduzir a mortalidade, as autoras ainda destacam que o nascimento deve ser saudável, a imunização precisa ser constante e o aleitamento materno tem de ser estimulado. Além disso, as avaliações precisam ser feitas regularmente, e as crianças que possuem maior risco de vida devem ser classificadas e particularmente monitoradas.

Ademais, Careti (2015) reitera que o enfermeiro possui responsabilidade de verificar o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança, para que esteja atualizada. Além disso, é igualmente importante que haja histórico para compreender aspectos de sua saúde. Por fim, é fundamental que gráficos de desenvolvimento e capacitação de enfermeiros também são citados como aspectos essenciais da assistência para a prevenção da mortalidade infantil.

Outro ponto de fundamental abordagem é enfatizado por Santana et. al. (2011). “Considerada como um importante instrumento que permite maior aproximação do profissional com a família da criança, a visita domiciliar facilita a compreensão do processo saúde doença e de seus determinantes” (SANTANA et. al., 2015, p.560). Essa é outra tarefa de fundamental desempenho que a equipe de enfermagem pode centrar atenção. Essa mesma ação também é reforçada por Careti (2015), quando enfatiza que a redução de óbitos pode ser ainda mais relevante quando há visita regular nas residências de crianças em risco de vida.

Por fim, Santana et. al. (2011) também apontam a prioridade de atendimento que deve ser dada a crianças que estão em risco de vida. Nessa ótica, a organização da unidade de saúde precisa voltar-se para as necessidades dessas crianças, concentrando esforços em reagendar consultas para datas próximas, verificar motivos do não-comparecimento e, assim como verificado anteriormente, visitar as famílias que ausentarem-se de duas ou mais consultas.

Assim como já evidenciado por França e Lansky (2016), o trabalho interdisciplinar é essencial para que haja maior assistência e qualidade. A organização de prioridades na Unidade Básica de Saúde deve concentrar-se em torno de um único viés, que seja seguido por todos os colaboradores e tenha integração com esferas administrativas municipais. Assim, os objetivos traçados pela ONU para diminuição da mortalidade infantil poderão se efetivar de forma mais fácil e prática.

Figueiredo et. al. (2012) utilizam-se de uma base teórica de dados para enfatizar que a relação entre mortalidade infantil e perinatal se dá na falta de qualidade no atendimento prestado ou no escasso número de consultas. Em diversos lugares, a demanda por atendimento é relativamente maior do que em outros. Tal processo acarreta acúmulo de funções e incapacidade de oferecer serviços de qualidade.

Como resultado, se as práticas assistenciais não são realizadas, a mortalidade passa a ser uma ameaça maior e para que haja diminuição dos óbitos perinatais, Figueiredo et. al. (2012) concluem que é necessário aperfeiçoar o atendimento clínico e utilizar as tecnologias disponíveis para aprimoramento da saúde. Aliás, esses itens passam a ser mais importantes do que uma maior oferta de consultas, pois, no olhar dos autores, o quantitativo pode influir positiva ou negativamente sobre o qualitativo, desde que haja conhecimento técnico e apropriação dos recursos disponíveis.

A assistência, por sua vez, deve incluir tanto o saber clínico, pautado nas questões anatomofisiológicas e na aplicação de tecnologias duras, quanto à clínica denominada ampliada. Essa última agrega ao objeto de intervenção as situações que conduzem ou aumentam o risco ou a vulnerabilidade de adoecimento, de forma que se considerem, também e principalmente, os sujeitos, já que é a partir deles e/ou neles que são identificados os problemas. Assim, a escuta qualificada, a consideração da singularidade dos sujeitos, a responsabilidade e o compromisso ético dos trabalhadores da saúde para com os pacientes constituem características que permeiam a clínica ampliada. (FIGUEIREDO et. al., 2012, p.3).

A partir do trecho, verifica-se que o posicionamento dos pesquisadores é diferente do que foi anteriormente mencionado. Isso porque reforçam um aspecto mais clínico aliado à humanização do tratamento. Nesse conjunto de ideias, que não contraria os outros posicionamentos, mas amplia-os, analisa-se a escuta qualificada, a particularização do tratamento para cada um, o apreço

pelos valores éticos e o princípio de responsabilidade como sendo valores essenciais para o atendimento. Com isso, a redução da mortalidade infantil pode se tornar possível a um espaço maior, visto que os cuidados articulados da enfermagem se constituem de eficientes formas de trabalho.

Portanto, a partir do referencial teórico levantado, percebe-se que a assistência da enfermagem é fundamental no processo de redução dos óbitos. A partir do diálogo entre diferentes áreas, da humanização do tratamento, do uso da tecnologia, do agendamento de prioridades e das visitas regulares, dentre outros fatores, é necessário melhorar o atendimento e levá-lo a localidades distantes da Unidade de Saúde, favorecendo também pessoas de classe baixa e com maior possibilidade de risco.

4.6.2 Médico pediatra na atuação da mortalidade perinatal

Na visão de Almeida (2018), o médico pediatra é associado historicamente à figura de responsabilidade direta na saúde da criança, de modo que sobre ele pesa a vida e a morte dos pacientes que atende. Mesmo que essa responsabilidade seja compartilhada, o pediatra se constitui de centralidade no discurso de sobrevivência ou mortalidade infantil.

Para o autor, essa análise da mortalidade infantil sob o papel médico é histórica e sociológica, pois há significativas reduções de mortalidade na virada do século XIX para o XX. Isso se explica pelas novas metodologias e abordagens da Medicina no cuidado com as crianças. Uma das funções do médico, naquele cenário temporal, era estabelecer um olhar sobre a amamentação e voltar-se a políticas de facilitação do acesso ao público afetado.

Portanto, o médico pediatra deveria aconselhar as mães a não deixarem de lado a amamentação, pois os benefícios exaltados deveriam ser de convencimento para elas. Para Pizzo et. al. (2014), essa realidade ainda permanece, na medida em que campanhas são ainda necessárias para esclarecer sobre a necessidade do aleitamento materno.

Por mais que essa função não seja específica do pediatra, o mesmo acaba se tornando um grande aliado, pois o discurso de verdade presente em sua fala possui seriedade significativa entre diversas mães. Entretanto, se visto de forma isolada, o aleitamento impacta nas mortes pós-neonatais. Além disso, outro profissional bem capacitado pode trabalhar com o aleitamento.

Para Pizzo et. al. (2014), a contribuição do médico pediatra na redução da mortalidade infantil não deve ter uma visão exclusivista da saúde, mas apontar também aspectos da qualidade de vida geral, inclusive dentro do terreno das sensibilidades. Em outras palavras, o pediatra examina constantemente a criança e pode dar a ela tratamentos que diminuam o risco de mortalidade.

Entretanto, é necessário comparecimento às consultas, pois muitos pediatras não conseguem deslocar-se na comunidade para suprir as necessidades de toda a comunidade. Outro ponto de abordagem importante nesse cenário é a relação econômica que se estabelece entre a mortalidade infantil e a situação do país. Isso porque em momentos de crise econômica, a incidência de óbitos infantil tende a aumentar, o que culpabiliza exclusivamente a equipe de saúde.

Ainda é necessário analisar o contexto e tomar medidas locais para minimizar os riscos em cada área. O médico pediatra deve, portanto, centrar ação nos detalhes mínimos que revelem problemas de má alimentação, doenças em estágios avançados ou mesmo no cuidado dado aos recém-nascidos. Segundo Pizzo et. al. (2014), outro aspecto ainda merece preocupação: a gravidez na adolescência. Em seus estudos, perceberam que:

A vulnerabilidade de gestantes adolescentes e de seus filhos é destacada em diversos estudos quantitativos. Eles mostram tendência de risco maior de morte infantil com a diminuição da idade materna, com efeito direto sobre os óbitos pós-neonatais e indireto sobre os neonatais. No Brasil ocorreu grande redução da taxa de fecundidade nas últimas décadas, contudo essa taxa declinou mais lentamente entre adolescentes e aumentou discretamente entre meninas de 10 a 14 anos, o que torna o problema realmente merecedor de maior atenção. (PIZZO et. al., 2014, 915).

O papel do médico pediatra, nesses casos, é alertar e conscientizar as jovens mães em cada consulta para que utilizem os medicamentos prescritos, quando for a necessidade, atentem-se para questões alimentares e busquem os auxílios governamentais para facilitar a obtenção de apoio e conhecimento. O acompanhamento constante do pediatra ainda deve ser registrado na ficha da criança, de maneira que o acompanhamento seja eficiente e o histórico seja confiável em cada momento.

Para Areco, Konstantyner e Taddei (2016), as taxas de mortalidade são altas em recém-nascidos porque o acompanhamento médico não decorre de

maneira constante. A quantidade de pessoas que precisam de atendimento pelo Sistema Único de Saúde é em maior número do que o considerado regular para obter resultados mais efetivos.

Em outras palavras, ainda deve-se considerar que o médico pediatra enfrenta uma quantidade de trabalho maior do que poderia abarcar. Isso faz com que a qualidade do atendimento não seja a mesma e as ausências sejam maiores, até porque são grandes as filas de espera por consulta e, por vezes, há necessidade de reconsulta ou agendamento com especialista. Para Areco, Konstantyner e Taddei (2016), tal lentidão associada à necessidade de ingressar rapidamente no mercado de trabalho faz com que muitas mães deixem de comparecer às Unidades de Saúde, favorecendo o aumento da mortalidade.

Na pesquisa dos autores, concluiu-se que a maior causa de mortalidade infantil no Estado de São Paulo, entre 1996 e 2012, é a asfixia. Para eles, houve drástica redução na mortalidade infantil porque os programas médicos e o atendimento passaram a focar-se nas prerrogativas da ONU de diminuir as taxas de mortalidade infantil. (ARECO; KONSTANTYNER; TADDEI, 2016)

Com o olhar governamental voltado para esse enfoque ficou mais fácil verificar as necessidades dos pediatras e aprimorar o atendimento que até então era feito. É evidente que ainda existem lacunas e imperfeições, mas o trabalho do pediatra aliado a perspectivas tecnológicas foi importante para diminuir a mortalidade infantil em algumas localidades. “Os níveis de mortalidade infantil estão distantes dos observados em países desenvolvidos, o que evidencia a necessidade de priorizar a qualidade dos serviços assistenciais durante a gravidez, o parto e o período neonatal” (ARECO; KONSTANTYNER; TADDEI, 2016, p.269). Tal assistência deve estar concentrada desde a primeira semana de vida, o que também é dever do médico pediatra.

Entretanto, conforme já destacado por Figueiredo et. al. (2012) e Santana et. al. (2011), o trabalho do pediatra precisa estar direcionado para um viés interdisciplinar, pois a especificidade de sua atividade não permite contato extensivo com mães e pacientes. A Medicina da Família pode ser uma porta para que o atendimento seja realizado nas residências, mas esse cenário encontra-se distante da realidade na perspectiva destes autores.

Para Carlo e Travers (2016), as estatísticas devem especificar e analisar os contextos que envolvem a morte de recém-nascidos. Os autores ainda

ênfatizam que 50% dos casos de óbitos neonatais acontecem até dois dias após o parto. Nesse período, o pediatra deve fazer um acompanhamento maior até o fim da primeira semana.

A saída apontada por eles para redução da mortalidade infantil é a intervenção especializada. “Enormes benefícios de sobrevivência neonatal seriam obtidos a partir da ampliação das intervenções, que consistem em cuidados particularmente focados em neonatos pequenos e doentes” (CARLO; TRAVERS, 2016, p.39). Dentre esses cuidados, destaca-se a monitoria no pós-parto, realização de exames de rotina para verificar pressão arterial, respiração e funcionalidade básica e registro dos dados para posterior verificação.

Portanto, mesmo com os avanços e o aprimoramento do atendimento, percebe-se que os objetivos ainda estão distantes do ideal, visto que a mortalidade infantil é um problema que afeta a realidade nacional, sobretudo, em localidades de menor ganho capitalista e com pouca estrutura geral. O médico pediatra contribui para a redução da mortalidade infantil quando busca preocupar-se com as formas pelas quais o atendimento é feito, bem como dá soluções viáveis para pessoas com baixa renda.

Nos discursos teóricos, verifica-se que todos os autores valorizam a importância da intervenção, da consulta e da humanização. Entretanto, a estrutura de saúde ideal está distante da real. Nesse sentido, muitos pediatras acabam não tendo recursos básicos para exercerem um trabalho de qualidade, o que corrobora para a mortalidade infantil e, conseqüentemente, para a perinatal.

Além disso, a quantidade de pacientes ainda é grande, o que pode justificar o não alcance do objetivo traçado. Ainda assim, percebe-se que o trabalho do pediatra atua em conjunto com outros profissionais da saúde, pois sua ação seria ainda mais difícil se não houvesse apoio da enfermagem, da área farmacêutica, dentre outras.

4.6.3 Médico obstetra na atuação da mortalidade perinatal

O trabalho do Obstetra também é fundamental para que haja significativa redução da mortalidade perinatal, pois este profissional participa de forma ativa de todo o processo de gravidez e faz o acompanhamento do desenvolvimento

desde o feto. Uma das formas de contribuição do obstetra encontra-se no apoio ao parto humanizado.

Para Weirich e Domingues (2011), a essência do parto humanizado é oferecer assistência física e psicológica à mãe, de modo que haja apoiadores da gestação no local, um ambiente de acolhimento, assistência psicológica posterior, dentre outras formas de orientação. Para o obstetra, a promoção de um parto humanizado pode ser importante para a redução da mortalidade infantil e da mãe.

Na visão das autoras, é essencial que se respeite a individualidade da paciente, em relação aos traços culturais que lhes são interiorizados. Em outras palavras, é importante que o obstetra e a equipe responsável deem condições físicas para o parto, mas também respeite aspectos religiosos, culturais e tradições estabelecidas, desde que estas não entrem em desacordo com os princípios éticos.

Ainda Weirich e Domingues (2011), relatam que a presença de um acompanhante também é interessante, pois o apoio demonstrado é fundamental para que o parto humanizado seja uma realidade na vida de grande parte das mulheres, e não apenas uma teoria. A segurança demonstrada no trabalho de parto é significativamente maior quando há o parto humanizado, pois, constitui-se maior familiaridade entre as partes envolvidas, o que auxilia na compreensão do parto enquanto momento único da vida da mulher.

O papel do médico obstetra é atuar junto com a equipe de enfermagem e dar assistência para que o parto seja humanizado, o que pode reduzir a mortalidade infantil e perinatal. As pesquisadoras ainda salientam que a assistência humanizada vem sendo utilizada, desde o início do século XXI, como forma de tornar o parto mais facilitado, para a gestante.

Corroborando com a visão de Weirich e Domingues (2011), os cuidados do médico obstetra demandam excelência e compromisso, de modo que cada parte passa a ser analisado em sua singularidade. Nessa linha de pensamento, é essencial verificar como a prática intervencionista recai sobre a profissão e quais benefícios podem ser trazidos para a profissão.

Já Tesser et. al. (2015) considera que outro problema pode ser de responsabilidade do médico obstetra, de modo que este profissional pode se tornar, inclusive, causador de tal ação: a violência obstétrica. A prevenção

quaternária, por exemplo, é uma forma de enfrentar a violência obstétrica, que pode ser prejudicial para a mãe e para a criança.

Ainda é necessário verificar as especificidades do Primeiro Mundo em relação ao Terceiro, pois nem todos os médicos possuem treinamento para trabalhar com a redução da taxa de mortalidade infantil, de forma particular. Para Ariff et. al.(2010), ao se referir a obstetras do Paquistão, “esses médicos permanecem desinformados e inseguros profissionalmente em um sistema de saúde pública mal administrado, especialmente nas partes subdesenvolvidas e remotas do país” (ARIFF et. al., 2010, p.6).

Mediante cenários problemáticos, como o evidenciado por Ariff et. al. (2010), Tesser et. al. (2015) discutem a necessidade de se pensar em um atendimento obstétrico de longo prazo, que cause familiaridade e confiança, e não afastamento. Nessa ótica, quando há violência obstétrica, as mães podem afastar-se do consultório, temendo novos tipos de sofrimento.

Tal afastamento, para Tesser et. al. (2015), pode ser prejudicial, pois a interrupção do acompanhamento traz ausências de informações úteis para prevenir problemas que possam gerar mortalidade infantil. Portanto, mais do que um agente promotor de uma assistência humanizada, cabe ao obstetra verificar se não está ocorrendo violência, pois tal ato pode causar problemas a longo prazo.

A prevenção quaternária frente à violência obstétrica no Brasil requer a participação dos profissionais e suas associações em duas frentes: a primeira envolve a atuação clínica no cuidado e apoio às gestantes e puérperas, bem como a elaboração participativa de planos de parto. A segunda requer suporte e participação social para que sejam atendidas as reivindicações de humanização da assistência ao pré-natal e parto, provenientes dos movimentos de mulheres, de modo a impactar significativamente a violência obstétrica no sistema de saúde do Brasil. (TESSER et. al., 2015, p.10).

A partir do trecho, percebe-se que a obstetrícia é uma área de importância significativa para que o parto ocorra de forma satisfatória e para que a redução da mortalidade seja uma realidade. Entretanto, outro problema pode surgir na realidade do médico obstetra: a falta de tecnologias e equipamentos.

Assim como visto no caso do pediatra, a obstetrícia também necessita de exames complexos que podem variar de acordo com cada diagnóstico. Se o médico não dispõe de equipamento, principalmente na rede pública de saúde,

sua ação acaba sendo limitada e torna-se mais difícil dar continuidade ao atendimento.

Além disso, Tesser et. al. (2015) apontam que o obstetra possui papel central para que a amamentação seja satisfatória, visto que sua ação pode ajudar a conscientizar sobre a necessidade do aleitamento materno, ensinando as mães como e quando realizar tal ato. O obstetra precisa garantir a qualidade de vida e acompanhar cada etapa do desenvolvimento da criança.

Para Saraiva, Gouveia e Gonçalves (2017), desde o início do pré-natal, o obstetra deve aproveitar-se do fato de que possui grande proximidade com a gestante para interiorizar nela a necessidade de amamentação. Inicialmente, pode ser realizado o Exame de Anamnese Dirigida, no qual se analisa a definição de aleitamento, temporalidade, condição, dentre outros aspectos.

Posteriormente, os autores afirmam que o obstetra faz o Exame das Mamas, explicando particularidades do colostro e informando sobre o aleitamento. A tarefa primordial realizada pelo obstetra é a orientação verbal e escrita, de modo a esclarecer que o aleitamento pode reduzir significativamente a mortalidade infantil.

Saraiva, Gouveia e Gonçalves (2017) sintetizam que o obstetra também pode aconselhar sobre o uso de medicamentos e seus reflexos no parto, as diferentes sensibilidades e até o acompanhamento inicial em casos de Depressão pós-parto. Ainda que outros profissionais possam auxiliar nessa condição, a proximidade estabelecida entre o obstetra e a mãe pode ser fundamental para que o aconselhamento seja efetivo e as orientações dadas sejam seguidas.

Migoto, Freire e Barros (2018) acrescentam que a maioria dos óbitos decorridos no Brasil são evitáveis e indicam brechas no atendimento de todos os profissionais, incluindo o obstetra. Nesse caso, é fundamental que haja quantidade suficiente de obstetras em localidades distantes das capitais, pois são as regiões mais afetadas pela mortalidade infantil.

Portanto, a ausência ou dificuldade de consultar com um obstetra pode ser causal para que a criança não consiga sobreviver. Para as autoras, o atendimento obstétrico precisa ser constante, desde o pré-natal até o pós-natal. Ainda enfatizam que mulheres com idade entre 40 e 49 anos necessitam de

atendimento especializado e focado, pois o risco de óbito infantil duplica nesse contexto.

Ao obstetra, é necessário priorizar esse público para que não haja mortalidade. As autoras ainda ressaltam que os riscos de mortalidade são maiores em casos de mulheres que possuem 4 ou mais gestações. Se comparados com gestações únicas, há riscos maiores de mortalidade dessas mulheres e suas crianças.

Assim, Migoto, Freire e Barros (2018), enfatizam que a quantidade de semanas de gestação também é decisiva na ampliação ou redução dos riscos. Isso significa que um histórico adequado ou mesmo informações gerais simples já podem corroborar para que o trabalho obstétrico seja aprimorado e a mortalidade infantil seja reduzida. Priorizar os casos de risco é uma das ações, sendo importante variar estratégias e abordagens de aproximação e orientação, em cada caso.

Outra contribuição do obstetra se dá no atendimento pré-natal, especificamente. Migoto, Freire e Barros convergem ao afirmarem que:

O serviço de pré-natal deve ter acesso ampliado, pois além de favorecer a saúde materna e infantil também viabiliza o diagnóstico de malformações congênitas. Com isto, favorece a família com preparo, apoio e a condução de uma intervenção precoce, se recomendada. Assim, um pré-natal adequado mobiliza o planejamento do parto junto a equipe obstétrica, cirúrgica e neonatal, com impacto na redução da MP. (MIGOTO, FREIRE; BARROS, 2018, p.8)

Nessa linha de pensamento, é preciso universalizar a ideia de que o pré-natal deve ser feito assim que a gestante souber de sua gravidez. Porém, a teoria e a prática não se encontram em consonância, o que faz com que o acompanhamento do obstetra já se inicie de forma atrasada.

Assim, Migoto, Freire e Barros (2018) sintetizam que para o trabalho desse profissional ser mais efetivo, faz-se necessário aprimorar as políticas públicas, investir em recursos de saúde, equipamentos e outras adjacências, bem como possibilitar maior acessibilidade da população com o obstetra para um atendimento mais qualitativo do que quantitativo.

Mas, e as contribuições dos gestores? Tendo em vista sua importância dentro do contexto hospitalar, é relevante a reflexão sobre a ação administrativa

e suas formas de cooperação para que haja efetiva redução da mortalidade perinatal, conforme destaca o tópico a seguir.

4.6.4 Atuação do gestor na redução da mortalidade perinatal

A ação administrativa pode captar soluções viáveis para redução da mortalidade perinatal, se for efetivada sob o viés teórico incorporado à prática. O comportamento organizacional é um exemplo para se compreender a interiorização das normativas internas para corroborar à diminuição dos problemas causadores de óbitos perinatais.

Para Okonufua et. al. (2017), todas as perspectivas teóricas de campos da saúde são importantes para compreender os motivos que decorrem problemas de complicação da gravidez, em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Como o responsável pela administração, o gestor hospitalar também possui importância dentro desse cenário.

Um dos principais pontos que direcionam o debate para a perspectiva de contribuição do gestor na redução dos óbitos perinatais é o de efetivação de políticas públicas e a fiscalização e controle das ações realizadas. Okonufua et. al. (2017) argumentam que muitos médicos e enfermeiros de hospitais em países em desenvolvimento, como a Nigéria, não estão cientes das políticas públicas e institucionais que os coordenam.

Com esse desconhecimento, agem a partir de suas práticas e convicções pessoais. Em grande parte dos casos analisados pelos autores, verifica-se que os colaboradores conhecem a existência de políticas administrativas nos hospitais, mas não sabem os motivos de sua existência e os detalhes que as regem.

A transferência de pacientes de risco, a fiscalização das normatizações internas estabelecidas e o foco nos objetivos são papéis que podem ser estimulados pelo gestor. Aliás, a interdisciplinaridade ainda pode ser trabalhada mediante o empoderamento dos colaboradores sob a perspectiva do olhar da gestão.

Essas ações facilitam o andamento das atividades hospitalares como um todo e, em especial, podem corroborar para a diminuição da mortalidade infantil. Assim, por mais que protocolos sejam desenvolvidos, treinamentos sejam realizados e procedimentos tenham inovações, é possível que uma gestão mal

elaborada venha a acarretar a incidência de mortes perinatais. Segundo o olhar dos autores: “ficou evidente que os esforços não foram feitos pela gestão hospitalar para desenvolver e documentar políticas e planos de ação para a prevenção de mortes” (OKONUFUA et. al., 2017, p.9).

Fadel et. al. (2009) inferem que otimizar os serviços públicos é um desafio que não parte da equipe de saúde, exclusivamente, mas da Gestão. Até porque grande parte dos profissionais de saúde não possuem formação para compreender aspectos administrativos da função, o que traz à tona a necessidade do gestor hospitalar.

No caso da mortalidade perinatal, o gestor hospitalar é responsável por organizar as ações, campanhas e fiscalizar os registros, dentre outras atividades. Esse profissional pode averiguar os locais onde há maior risco para gestantes e crianças, direcionando equipes e promovendo estratégias locais para captação desse público. Além disso, Okonufua et. al. (2017) complementam que o gestor é quem organiza as funções, de modo a ser responsável pela integração da equipe e socialização, o que auxilia nos aspectos cooperativos do trabalho.

Ainda cabe ao gestor fazer prática ao que está escrito nas normativas de políticas públicas, como é o caso do Rede Mãe Paranaense. Em teoria, é necessário que “Estados e Municípios organizem suas estruturas de controle, regulação e avaliação visando à garantia de ações integrais e resolutivas, capazes de verdadeiramente impactar sobre os problemas de saúde da população” (FADEL et. al., 2009, p.449).

Na prática, cabe ao Gestor uma leitura da realidade onde a instituição se encontra, buscando captar recursos para atender às demandas sociais existentes. Ainda vale ressaltar a importância de uma Gestão Hospitalar Democrática, voltada para a ouvidoria e atendimento dos problemas levantados pela equipe de saúde. Fadel et. al. (2009) reitera que, com maior informação, o gestor pode analisar as estatísticas de mortalidade perinatal e promover mudanças visando diminuir os índices em seu contexto de ação.

Fadel et. al. (2009) ainda enaltecem que o trabalho do gestor hospitalar é fragmentado e limita suas ações perante um campo mais amplo. A municipalização do SUS pode promover maior facilidade de acesso a dados locais, mas ao mesmo tempo, dificulta o diálogo com instâncias superiores.

Dessa forma, cabe ao gestor oferecer dados concretos para captar recursos e aprimorar campanhas focadas nos aspectos que determinam a mortalidade perinatal em sua localidade.

Rodrigues (2017) afirma que o acompanhamento dos profissionais da saúde e sob olhar da gestão, desde o pré-natal, reduz as mortes perinatais. Na perspectiva da administração, é necessário efetuar o controle das consultas, verificar se há presença ou número mínimo aceitável de comparecimentos ao médico, além de dar condições para uma alimentação adequada nas primeiras semanas. Isso inclui armazenar e administrar bancos de leite, incentivar as mães que amamentam para que efetuem doações visando as que possuem dificuldades, dentre outras questões.

Além disso, Rodrigues (2017) argumenta que os cuidados hospitalares precisam ser verificados constantemente, pois pode haver variação no atendimento. A humanização ingressa nesse aspecto como um princípio a ser trabalhado e seguido pelo gestor, pois tal ato parte dos profissionais da saúde para o paciente e da gestão para os colaboradores.

Em casos de mortalidade perinatal, é fundamental que o gestor facilite o trabalho investigativo causal para reparar a situação, por meio de uma avaliação diagnóstica (para saber o que aconteceu) e formativa (reparar o problema causador). Um documento que pode auxiliar nesse diagnóstico é a Declaração de Óbito.

Essas informações são relevantes para elaboração de indicadores de saúde, avaliação das causas de morte, identificação e compreensão dos fatores de risco envolvidos, que subsidiam a definição de prioridades em políticas públicas em saúde e estratégias de prevenção, além de serem úteis para estudos científicos. (RODRIGUES, 2017, p.55).

A partir da documentação adequada, o administrador pode efetuar um planejamento estratégico focado na participação de toda a equipe para a redução da mortalidade perinatal. Entretanto, é importante que o documento esteja acessível em tempo hábil e que as estratégias estabelecidas sejam exercidas mediante o comprometimento geral.

Nos dias atuais, a Resolução CES/PR n.º 29/02 salienta que os municípios tenham Comitês Municipais de Prevenção das mortes maternas e infantis. Conforme aponta a normativa, o Paraná busca trazer para a prática o

que está implícito na documentação, cujo objetivo é fornecer estrutura material e humana para prevenir as mortes perinatais. O gestor tem a responsabilidade de fazer a implantação funcionar, melhorando os indicadores e os determinantes dentro do Hospital que atua.

Carlo e Travers (2016) ainda enfatizam que o administrador deve estar comprometido com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, estabelecido pela OMS, nos quais consta-se a redução da mortalidade infantil. Porém, o reconhecimento não basta para resolver o problema, de modo que a implantação de programas locais também deve se fazer constante.

Além disso, é fundamental que a Gestão não se concentre apenas na gestante ou após o nascimento do bebê, mas em todo o período perinatal. Carlo e Travers (2016) reconhecem que os recursos recebidos para efetuar uma mudança significativa ainda são escassos, mas cabe ao gestor a administração correta do que possui.

Assim, por mais problemática que seja a realidade do Sistema Público de Saúde, é fundamental que o gestor busque alternativas diferenciadas para diminuir o problema da mortalidade perinatal, conhecendo sua realidade, promovendo campanhas, modificando estruturas hierárquicas, mediando treinamentos e repensando aspectos estratégicos na resolução do problema (CARLO; TRAVERS, 2016).

Portanto, o papel do Gestor deve ser dinamizar as ações, organizar e planejar a partir das informações que possui e mediar as relações entre a equipe e as metas estipuladas pela OMS. De forma integrada, sua postura não deve ser autoritária ou vertical, mas interligada ao trabalho dos profissionais da saúde. Aliás, Carlo e Travers (2016) enfatizam que uma das possibilidades de aproximação da equipe é a formação do gestor em área da saúde. Independente disso, é fundamental que as áreas dialoguem buscando como meta a redução da mortalidade perinatal na localidade em questão.

4.6.5 Educação Continuada e Educação Permanente: o olhar da enfermagem

A educação continuada e a educação permanente constituem-se de processos mentais com consequências diferenciadas para os sujeitos que aprendem. Isso porque se traduzem enquanto formas de articular a

aprendizagem no tempo, em sua aplicação prática ou na discussão com outros temas.

Segundo o Ministério da Saúde, a existência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é um dos indícios do esforço estatal para promover uma educação que acontece em longo prazo. O sistema é uma estratégia do SUS para aprimorar o atendimento e qualificação dos profissionais e operar mediante metodologias que proponham iniciativas de enfrentamento dos principais problemas de saúde na localidade.

A Educação permanente proposta pelo Ministério da Educação (BRASIL,2007) aporta-se em princípios da Educação para a Saúde, pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Conselho Nacional da Saúde, dentre outros órgãos. A Educação Permanente ainda é amparada pela Portaria GM/MS n. 1996/2007, que versa sobre as diretrizes de regulamentação de uma educação efetivamente permanente. Assim, o Ministério propõe enfoque na educação interprofissional, de modo que haja aprendizagem contínua de diferentes áreas e um trabalho mais qualitativo.

Para De Azevedo et al. (2015), a educação continuada e a permanente não são processos excludentes, mas complementares. Isso porque a formação continuada pode se tornar um aprendizado permanente, dependendo da forma como é trabalhada. Os autores ainda ressaltam que a educação continuada pode ser explicada a partir de sua extensão, que vai além da graduação e dos estudos acadêmicos. Apesar de incorporá-los, essa concepção educacional volta-se também para a reflexão das práticas, revisitação do cotidiano e atualização teórica.

No que se refere à educação permanente, De Azevedo et al. (2015, p.132) enfatizam que "a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem sido considerada uma das ferramentas que levam à transformação e aperfeiçoamento do atendimento em saúde, assim como a mudança da práxis no saber/fazer saúde". A educação permanente não é somente aquela que busca o crescimento contínuo, mas que estabelece qualidade suficiente para alteração das práticas e rotinas. Para Muller, Shmidt e Loal (2016), há diferenças significativas entre Educação continuada e permanente. Em suas palavras,

A EP é aplicada de modo multiprofissional e a EC é aplicada de maneira uni profissional; o objetivo da EP é a transformação das atividades técnicas e sociais e o objetivo da EC é a atualização técnico-científica; a EP procura a prática institucional e a EC busca a prática autônoma; a EP deve ser realizada continuamente e a EC esporadicamente; a EP enfoca os problemas de saúde e a EC temas de especialidades (MULLER; SHMIDT; LOAL, 2016, p.27).

De forma mais enfática, os autores salientam que educação contínua e permanente são relativamente diferentes, de modo que a educação permanente possui valor ímpar para mudar a prática da enfermagem nas unidades de saúde e Hospitais. Nessa linha de pensamento, percebe-se que não há unanimidade entre os autores, mas que ambos salientam a importância de se ter educação continuada e permanente.

No que tange essa pesquisa vale lembrar que o Programa Rede Mãe Paranaense se coloca enquanto educação continuada, inserindo-se como periódico e com capacidade para alterar a prática. Portanto, nota-se a importância da educação permanente, mais aprofundada e voltada para os interesses dos profissionais que estão exercendo ação no Hospital ou Unidades de Saúde.

5 INTERDISCIPLINARIDADE E AÇÕES PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE PERINATAL

Este Capítulo se objetiva em analisar a importância da ação interdisciplinar para reduzir a mortalidade perinatal. A partir da análise de alguns autores, nota-se a validade da discussão a respeito da interdisciplinaridade no campo da saúde, sobretudo, no que tange aos óbitos perinatais, visto que a qualidade de vida da mãe e do recém-nascido pode ser melhorada com atendimento adequado e trabalho conjunto e solidário.

Para Rey e Bizerril Neto (2015), a interdisciplinaridade é uma corrente estabelecida inicialmente no campo educacional que passou a ser ampliada para outras áreas e profissões, estabelecendo-se mediante o contato e sociabilização do conhecimento, afim de resolver situações complexas e promover especialidades.

Assim, os cuidados interdisciplinares em saúde envolvem diferentes campos unidos para que haja maior conhecimento e eficácia no tratamento de determinadas doenças. Além disso, compreender a interdisciplinaridade como um valor subjetivo e que necessita de reforço constante até ser interiorizado nas práticas. Na saúde, torna-se importante romper hierarquias e ouvir o outro para que a interdisciplinaridade seja efetiva.

Na perspectiva interdisciplinar, Singh, Brodish e Haney (2014) apontam que um cuidado globalizante pode ser essencial para que as estratégias de redução da mortalidade sejam efetivas. Nesse caso, não aponta-se o trabalho do médico ou da enfermeira, isoladamente, mas de todo o contexto de saúde e administrativo que refere-se àquele espaço.

Como exemplo, Singh, Brodish e Haney (2014) citam que problemas como o baixo peso, a pneumonia e hipotermia são referidos como causas possíveis da mortalidade no continente africano. Um cuidado interdisciplinar pós-natal pode diminuir as mortes por causas supracitadas, além de constatar se a criança possui HIV, o que é mais suscetível em algumas realidades central e sul-africanas.

Os estudos feitos por Singh, Brodish e Haney (2014) compreendem alguns países da África Subsaariana para concluir que o atendimento pós-neonatal é mais efetivo quando realizado por uma equipe comprometida, focada

e informada dos problemas, o que parte da importância do histórico médico, mesma realidade decorrente no Brasil, segundo Ellard et al. (2014). É nítida a diferença entre resultados quando a equipe multinível entra em cena e apresenta soluções conjuntas.

No estudo de Singh, Brodish e Haney (2014), houve diferença significativa em mais de 50% de diminuição de morte perinatal após capacitação técnica na área obstétrica, o que comprova a necessidade de ampliar esse tipo de conhecimento. Em suas palavras, "os países devem continuar a promover a PNC (*Post Natal Care*) como um meio de prevenir a mortalidade neonatal e melhorar a saúde do recém-nascido. Os níveis atuais de oferta de PNC são baixos, e há evidências para apoiar o aumento de escala" (SINGH; BRODISH; HANEY, 2014, p.16, trad. nossa).

Ações de cuidado interdisciplinar ainda são retratadas por Ellard et. al. (2014), os quais também enfatizam o treinamento para médicos e não-médicos, com enfoque na liderança e em cuidados neonatais específicos, com objetivo de reduzir a mortalidade infantil do Malawi. Na ótica dos autores, o treinamento é uma etapa fundamental do trabalho interdisciplinar, de modo que não é eficaz apenas destacar aspectos de saúde, mas também de liderança.

Isso porque problemas relacionados com autoridade são comuns em algumas realidades e há validade em trabalhar com todos os envolvidos o aspecto de horizontalidade hierárquica e importância de todos para alcance do objetivo geral. Ellard et. al. (2014) ainda sintetizam que países em situação de crise humanitária tendem a possuir maiores índices de mortalidade infantil. A interdisciplinaridade exercida por meio de capacitação é uma forma de diminuir esses índices.

Diferentemente da pesquisa efetuada por Singh, Brodish e Haney (2014), o estudo de Ellard et. al. (2014) não especifica os cuidados pós-neonatais, mas abrange uma preocupação geral que deve ser compartilhada por todos os membros da equipe. Isso não significa que o papel de cada agente não deve ser especificado, mas ao contrário disso, que a interação e compreensão geral da situação deve mediar empecilhos.

Além disso, um treinamento interdisciplinar não pode ter durabilidade muito curta, pois os conhecimentos apreendidos podem não ter maturidade para articular teoria e prática em tempo hábil. Assim, o treinamento deve possuir

durabilidade maior, ou ser efetuado em quantidade mais significativa. Outra contribuição importante dada ao trabalho interdisciplinar se dá quando o treinamento é feito pelos próprios colaboradores, já mais familiarizados com a teoria e a prática.

Além de possibilitar a formação de líderes, tal treinamento cooperativo pode motivar para um trabalho mais elaborado e focado no objetivo de redução da mortalidade infantil.

Os formandos falam com orgulho, entusiasmo sobre o treinamento de liderança; sobre como isso os ajudou a trazer mudanças no atendimento clínico. Para muitos, foi uma revelação que, adotando uma abordagem diferente, eles conseguiram muito. Os formandos desenvolveram uma abordagem colaborativa para trabalhar com os colegas, particularmente os enfermeiros, que não estavam lá antes; eles se sentiram capacitados para abordar a administração sobre questões, incluindo ser estratégico na busca, descoberta ou uso de recursos. Os obstetras visitantes comentam positivamente sobre o impacto do treinamento de liderança. (ELLARD et. al.,2014, p.40).

A partir do trecho, percebe-se que o projeto de treinamento desempenhado na realidade de Malawi foi significativo não só para os enfermeiros, mas também para os obstetras. Entretanto, se o treinamento foi igualmente focado para gestores, pediatras e outros envolvidos, a otimização do processo pode ser ainda mais satisfatória. Vale lembrar que, para Ellard et. al. (2014), o treinamento necessita estar focado na redução da mortalidade, por meio da pesagem constante, da facilitação das consultas e do alcance a populações de maior risco.

Essa constatação também é feita por Ariff et. al. (2010). Na realidade paquistanesa, os autores investigaram o processo de avaliação de competências a partir de uma equipe multinível atuante em questões neonatais de saúde pública. O treinamento é novamente tratado como processo central do aprimoramento da equipe em campo de trabalho.

Na visão dos autores, o período de maior preocupação com a mortalidade infantil é até as quatro primeiras semanas. Na realidade paquistanesa, as infecções, a prematuridade e a asfixia também são causas de maior preocupação, assim como ocorre no Brasil, na perspectiva de Carlo e Travers (2016) e Almeida (2018).

O trabalho interdisciplinar é visto por Ariff et. al. (2010) como forma de diminuir a mortalidade perinatal e neonatal, de modo que aperfeiçoa parteiras e auxilia no empoderamento dos profissionais e em uma lógica hierárquica horizontal para desenvolver mudanças. Os autores ainda valorizam os cuidados de saúde interdisciplinares de longo prazo, pois acreditam que o desempenho abaixo do esperado em países de Terceiro Mundo não decorre da falta de treinamento, mas da não-fiscalização da prática.

Assim, Ariff et. al. (2010) consideram que a avaliação também é fundamental para que o trabalho conjunto seja desenvolvido de modo ético e voltado para os resultados. O treinamento deve ser realizado tanto em Unidades de Saúde quanto em Hospitais, de modo que também haja integração e padronização de atendimento em ambos os cenários.

Os autores também verificam que esse trabalho interdisciplinar necessita de bastante cuidado na perinatalidade, de modo a antever problemas antes do nascimento ou resolvê-los com rapidez e eficácia logo após o nascimento. Entretanto, as pesquisas também mostram que trabalho interdisciplinares carecem de suporte tecnológico e teórico, o que é mais dificultoso em desenvolvimento.

Dessa forma, é necessário que haja preocupação e investimento governamental para o sistema de saúde pública, pois a precariedade de condições afeta o treinamento e a capacitação integrada para atender os casos que emanam preocupação.

Juntamente com a melhoria nos currículos e treinamento, é imperativo revisar a metodologia de treinamento e desenvolver meios de educação médica contínua. Talvez uma forma modificada de programa educacional, usando métodos de ensino de melhores evidências, com ênfase no programa prático de treinamento prático, possa ser implementada. Este programa pode conseqüentemente resultar em melhora significativa na mortalidade neonatal. (ARIFF et. al., 2010, p.10).

Ariff et. al. (2010) concluem argumentando que não basta somente a melhoria do currículo de formação acadêmica e de treinamento focado, mas de verificar que tipos de capacitação estão sendo feitas e avaliar sua viabilidade em cada contexto de maneira especial. Programas educacionais interdisciplinares podem resolver se forem efetivamente práticos. Não basta valorizar apenas a

teoria, mas aplicar conhecimentos junto com a equipe, vivenciando seus problemas e orientando no momento em que ocorrem.

Portanto, a interdisciplinaridade funciona quando há participação e envolvimento atrelado ao empoderamento dos colaboradores. A análise hierárquica horizontal também é importante para o trabalho interdisciplinar focado na redução da mortalidade perinatal, pois não engessa o poder na figura de poucos agentes, descentralizando processos e gerando maior possibilidade de atendimento qualitativo.

Uma das estratégias nacionais de favorecimento da interdisciplinaridade é o Programa Saúde da Família, que se objetiva em aproximar os serviços de saúde da população mais dependente do SUS, que vive em regiões de menor potencial econômico e que são mais afetadas pelas desigualdades sociais. O Programa é fundamental para aproximar quem já está na área, ou seja, já possui formação acadêmica e encontra-se em campo de trabalho.

Projetos de Iniciação Científica também podem ser vistos como estratégias, pois há temáticas voltadas para a interdisciplinaridade na saúde e que colocam em prática tal situação em regiões específicas do país. Para Bispo, Tavares e Tomas (2014), esse modelo de interdisciplinaridade é pedagógico, porque incentiva a aprendizagem do trabalho conjunto e concebe uma formação diferenciada, pautada em um conjunto de conhecimentos que podem ser colocados em prática pelo mesmo profissional, ainda que provenham de profissões adjuntas.

Enquanto diversas instituições de Ensino Superior têm promovido grades curriculares voltadas para o ensino interdisciplinar, capacitações e treinamentos também podem ser aprimorados periodicamente para trazer à tona conceitos, princípios e práticas interdisciplinares.

Em suma, a interdisciplinaridade diminui a mortalidade infantil promovendo conhecimento entre diferentes agentes, dotados de conhecimento específico, mas compartilhado para enriquecimento intelectual do grupo para resolução conjunta de problemas diversos.

6. MATERIAIS E MÉTODOS

Nesse capítulo, é apresentado o tipo de método que mais se identifica com essa pesquisa, para alcançar as respostas dos objetivos propostos.

6.1. TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de um estudo qualitativo, realizado com 19 enfermeiras e 8 gestores que trabalham nos hospitais da cidade de Ponta Grossa – Pr. A pesquisa aconteceu nas três maternidades do município que atendem as gestantes em classificação de risco gestacional proposta pelo Programa Rede Mãe Paranaense, que divide em risco habitual, risco intermediário e alto risco.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram entrevistados profissionais enfermeiros e profissionais gestores como diretor administrativo, diretor técnico, clínico e responsável técnico pediátrico, que trabalharam nas maternidades de Ponta Grossa no ano de 2018. Ao todo, foram 19 enfermeiras, 2 médicos e 6 administradores, em um total de 27 sujeitos ouvidos.

As perspectivas que os gestores e os servidores das maternidades trazem a respeito da mortalidade perinatal foram comparadas às perspectivas maternas já coletadas em um outro projeto de pesquisa, sobre o parecer nº1.617.353/2016. Os dados destes profissionais foram obtidos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de domínio público. Para manter o sigilo das maternidades na pesquisa, estas foram chamadas de maternidade 1, 2, 3 as referências aos gestores (DT,DA,GP,DO,DH) e profissionais enfermeiros entrevistados também se deu de modo impessoal com a sigla E e respectivo numero na sequencia.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com as enfermeiras responsáveis pelo setor da maternidade em cada turno e também com os gestores do hospital, divididos em gestor administrativo, clínico e técnico, para conhecer sobre a estrutura da maternidade, equipe de saúde e problemas enfrentados para garantir uma assistência à saúde com qualidade para gestantes e recém-nascidos, bem como conhecer, segundo os níveis da gestão e dos profissionais enfermeiros, as fragilidades e

potencialidades ao cuidado às gestantes, fetos e RN que estariam ligadas à redução da mortalidade perinatal.

6.3 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Para as entrevistas semiestruturadas dos gestores e enfermeiros, foi empregado instrumento disparador de opinião, conforme aponta Nicolini (2012). Tal ferramenta foi uma reportagem atualizada sobre o tema, e através dela, foi iniciado um diálogo buscando os objetivos estabelecidos nesse trabalho. Foi pedido ao entrevistado que lesse e expressasse sua opinião sobre o assunto. A seguir foram feitas perguntas individualizadas e semiestruturadas, mas deixando o entrevistado livre para expressar suas opiniões sobre o cuidado prestado existentes em seu sistema, conforme APENDICE 1.

6.4. TESTAGEM DO INSTRUMENTO

Realizou-se a testagem do instrumento semiestruturado da pesquisa com as alunas do primeiro ano de residência em enfermagem obstétrica, em um total de 4 alunas residentes, com a finalidade de verificar se as perguntas seriam capazes de direcionar o alcance dos objetivos previamente propostos para a pesquisa. Houve a necessidade de ajustes de algumas questões e após esses ajustes a coleta de dados foi iniciada.

6.5. CONTATO COM OS ENTREVISTADOS

As 19 enfermeiras, todas do sexo feminino, foram contatadas via telefone e previamente agendadas para a realização da entrevista. As entrevistas foram realizadas para algumas em seus locais de trabalho e para outras em suas residências, de acordo com a disponibilidade das enfermeiras.

O contato para a realização das entrevistas com os gestores ocorreu da mesma forma realizada com os enfermeiros participantes da amostra, em um total de 8 gestores. Sendo que 80% das amostras foi do sexo masculino e 20% do sexo feminino. As entrevistas com os gestores aconteceram no seu ambiente de trabalho, algumas vezes no próprio hospital outras na clínica particular do médico. Apenas 1 gestor não aceitou realizar a entrevista, alegando não estar apto para discorrer sobre o tema.

Oportunizou-se às 19 enfermeiras e aos 8 gestores a realização de um discurso com possibilidades de pausas e respeitando o momento de cada fala. Os relatos foram gravados, com um programa de celular eletrônico, sob a concordância e aceite dos pesquisados, e posteriormente transcritos por 2 pessoas que participaram do estudo os quais foram instruídos a transcrever literalmente os discursos na íntegra.

Para validação das entrevistas, as transcrições foram enviadas por WhatsApp e via e-mail para que os participantes do estudo tivessem a oportunidade de ler, confirmar o que haviam relatado e alterar seus discursos caso julgassem necessário. Não houve nenhuma alteração por parte dos entrevistados mantendo assim o número de entrevistados. Todos os discursos foram impressos em duas vias para posterior análise dos dados.

6.6. ANÁLISE DOS DADOS

A organização e análise dos dados qualitativos deu-se por meio da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2004), uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social. Na análise do conteúdo, o texto é um meio de expressão do sujeito onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A análise de conteúdo abrange três momentos:

1. Pré-análise
2. Exploração do material
3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação

A pré-análise tem como objetivo selecionar os documentos a serem estudados, e elaborar os objetivos e hipóteses, além de criar indicadores para direcionar a interpretação. Nessa primeira etapa se realiza a leitura “flutuante”, que consiste em uma leitura que ocasiona o primeiro contato e a familiaridade com os documentos, com o objetivo de conhecer o conteúdo, criar impressões que possibilitem que o material seja útil para a pesquisa. Muitas vezes formando as categorias *a priori* (BARDIN, 2011).

Após a leitura flutuante, o pesquisador deve escolher os documentos contendo as falas dos participantes que farão parte da pesquisa, de forma que nenhum registro deve ser deixado de fora, seguindo a regra da exaustividade. Além disso, os dados devem ser analisados com homogeneidade, ou seja, devem ter o mesmo tema para que permita a comparação na hora da interpretação. Ainda os documentos devem passar pela regra da pertinência, na qual os mesmos devem ter relação com os objetivos da análise. (URGUIZA; MARQUES, 2016). Nessa etapa foi realizado grifos com canetas marca texto de várias cores já observando as unidades de análises.

Na exploração do material, segunda etapa da análise direcionada por Bardin (2011), é efetuado o processo de codificação e enumeração, com base no que foi realizado na pré análise. Nesse momento, o material bruto passa por tratamento e é transformado em categorias que possibilitam a discussão de pontos importantes no conteúdo. Então são formadas as unidades de registro, e unidade de análises na perspectiva de Bardin (2011).

O referencial filosófico empregado nesta pesquisa se baseou na análise voltada para as representações sociais, visto que os discursos encontrados representam a forma como as enfermeiras e os gestores analisam a realidade que vivenciam. No viés filosófico, Roger Chartier (1991, p.9) enaltece que “as representações são formas pelas quais os indivíduos dão sentido ao mundo que é o deles”.

Portanto, seguindo o pressuposto das representações sociais (CHARTIER, 1991), a exteriorização da fala das enfermeiras e gestores relaciona-se à forma como analisam o próprio trabalho, revelando traços mutilados do que vivem, pautando-se em um discurso institucional, mas, também revelando intenções particulares que podem diferenciar-se entre si. Além disso, Bacelar e Duarte (2016) sintetiza que a representação do gestor pode diferenciar-se da exercida pela enfermeira, visto que ambos se encontram em lugares sociais diferenciados, com espaços de fala distintos.

6.7. CONSIDERAÇÕES ETICAS

Todos os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos, riscos, benefícios da pesquisa, suas informações foram coletadas mediante

aceite espontâneo e concordância no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE 2). O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEP) da Faculdade Cescage de Ponta Grossa – PR, Brasil, e foi aprovado sob o número do parecer 2.927.119 (ANEXO A).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO: ENFERMAGEM

Adiante, nesse capítulo, verificam-se os resultados obtidos após a análise documental e os dados obtidos pela análise de conteúdo pela perspectiva de Bardin (1977). As Unidades de Registro apresentam temas diversificados, que emergiram a partir das informações fornecidas nas entrevistas com as enfermeiras. Com isso, busca-se compreender suas representações da prática e as fragilidades encontradas.

7.1 UNIDADES DE REGISTRO – ENFERMAGEM - CONTEXTUALIZANDO OS ÓBITOS PERINATAIS

Os discursos dos profissionais enfermeiros foram organizados, segundo análise de conteúdo na temática, e são apresentados no Quadro 1. Emergiram dos discursos oito unidades de registro, divididas em 23 unidades de contexto. As unidades de registro foram organizadas em: Contextualizando os óbitos perinatais, Fragilidades na assistência, Multiprofissionalismo, Capacitação técnica, Assistência que dá certo, Tecnologia em Saúde, Tecendo Redes e a assistência que queremos.

Os dados obtidos foram retirados das entrevistas semiestruturadas, nas quais os sujeitos entraram em contato com uma reportagem sobre mortalidade perinatal e eram indagados sobre o que pensavam da sobre o texto expresso no apêndice¹, se o que estava escrito no texto ocorria em suas realidades, quais as fragilidades do sistema, se um trabalho diferenciado poderia gerar resultados diferentes, qual a estrutura que possuíam para exercer as atividades e o que vislumbravam para o futuro, em relação à mortalidade perinatal.

Com essa atividade, se buscou saber se estavam preparados para cumprir qualitativamente a meta de redução da mortalidade perinatal, bem como verificar as ações e capacitações desempenhadas ou faltantes.

Utilizando-se da análise de conteúdo de Bardin (1977), foi possível sistematizar os dados a partir de recortes das falas, em Unidades de Registro e Unidades de Contexto.

A primeira Unidade de Registro tras o discurso das enfermeiras para perceber a situação dos óbitos e sua evitabilidade. A segunda unidade busca compreender as justificativas dessa mortalidade, pressupondo que salientem as

fragilidades do sistema. A terceira unidade de registro aponta a visão das enfermeiras a respeito do multiprofissionalismo e se tal ação ocorre no espaço em que trabalham.

A quarta unidade de registro trata da capacitação para executar as prescrições do Programa Rede Mãe Paranaense, bem como outras capacitações e especializações. A unidade seguinte direciona para compreender as formas de assistência, o que corrobora para entender a importância da tecnologia para aprimoramento da saúde perinatal, como evidenciado na próxima unidade

Por fim, as últimas unidades enaltecem o trabalho conjunto e evidenciam os desejos e expectativas para um serviço de qualidade futuro. A seguir são descritas as unidades de registro, suas unidades de contexto e os discursos principais que as descreve

Quadro 1 - Análise de conteúdo: definições das unidades de registro e de contexto entrevista: enfermeiras. Ponta Grossa- 2018

UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
1. Contextualizando os óbitos perinatais.	1.1 Impossibilidade de ação: Casos inevitáveis: 1.1 Culpabilidade dos sujeitos: A culpa é da mãe A culpa é da Atenção Primária de Saúde 1.2 As mortes perinatais não fazem parte da realidade atual do hospital
2 Fragilidades na assistência	2.1 O pré-natal 2.2 A capacitação/profissionalização
3 Multiprofissionalismo	3.1 Trabalho por especialidade 3.2 Tentativa de interprofissionalidade
4 Capacitação técnica	4.1 Treinamento na lógica da Política Pública Estadual 4.1.1 Periodicidade do encontro 4.1.2 Lacunas da Capacitação 4.1.3 Conhecendo os protocolos
5 Assistência que dá certo	5.1 O que está sendo realizado 5.1.1 Ações realizadas 5.1.2 Não há mudanças 5.2 Necessidade de melhorias 5.2.1 Treinamento/funcionários 5.2.2 Triagem
6 Tecnologia em Saúde	6.1 Estrutura física insuficiente 6.2 Disponibilidade das tecnologias 6.3 Adequação da capacitação
7 Tecendo Redes	7.1 Interligação entre as redes 7.2 Negação da morte perinatal
8 A assistência que queremos	8.1 Qualidade do profissional 8.2 Informação é tudo

Fonte: Elaborada pela autora. Ponta Grossa- Pr, 2018

7.2. IMPOSSIBILIDADE DE AÇÃO: CASOS INEVITÁVEIS

Nessa unidade de contexto, aborda-se a incapacidade dos casos inevitáveis que são atendidos na atenção terciária, representados pela extratificação de alto risco e seus determinantes. A impossibilidade de ação foi um dos itens mencionados nas entrevistas realizadas. A respeito dessa impotência, uma das enfermeiras relatou:

E.02- Só aconteceu aqueles que eram prematuros extremos mesmo. Mas talvez na gestação aconteceu alguma coisa, nasceram antes por causa de alguma intercorrência, que poderia ser evitada.

Na fala da entrevistada, menciona-se os prematuros extremos, que já chegam ao Hospital com alguma intercorrência e cuja situação só poderia ser antecipada com ações anteriores, e seguindo o mesmo pensamento, E09 e E12 também acreditam que por ser um hospital de alto risco onde trabalham e por receberem prematuros extremos acreditam que existem alguma intercorrência durante a gestação. Porém, em virtude de inúmeras situações, tal possibilidade não foi averiguada e a situação torna-se inevitável. Sobre isso, França et al. (2016) discorre que a prematuridade da criança é causa recorrente de mortalidade perinatal no Brasil.

Esse fator eleva o número de RN (Recém-nascidos) mortos e possui diferenças regionais de dados. No Norte do país, os autores averiguaram que a mortalidade relacionada à prematuridade é mais elevada do que no Sul e no Centro-Oeste. Entretanto, verificar a exatidão desses números ainda é difícil ante o olhar dos autores, pois os dados são analisados a partir da CID, o que significa a supressão de determinadas particularidades como por exemplo o mau preenchimento da ficha de Declaração de Óbitos. Em sua visão, "O nascimento de prematuros e o óbito por esta causa é em grande parte prevenível pela melhoria do acesso em tempo oportuno e qualificação da atenção pré-natal" (FRANÇA et al., 2016, p.13).

Dessa maneira, o parto prematuro está associado a fatores de prevenção, como a realização de exames prévios e consultas, o que não parece ser o aumento da mortalidade perinatal, mas que está associado à falta de acompanhamento por parte da mãe e da Unidade de Saúde.

Assim, evidenciam que não se deve culpabilizar sujeitos de forma unilateral, mas analisar o que seria possível fazer em cada contexto. "O baixo peso ao nascer, prematuridade, gênero do recém-nascido e características socioculturais das gestantes foram as principais condições de risco encontradas para os óbitos neonatais" (DE PAULA JUNIOR et. al., 2017, p.29).

Desse modo, ambos os autores propõem que a assistência neonatal deve ser discutida para que a taxa de prematuros mortos seja diminuída, a partir de soluções que contemplem o regional, mas que possam ser aplicadas a nível

nacional. Na fala da entrevistada, E2 exalta-se uma prematuridade que é evidenciada como problemática, ao mesmo tempo que a inevitabilidade da morte também é mostrada. O discurso teórico e o expressado pela fonte estão em consonância, o que dá mais sentido para sua fala local ser também o retrato de um cenário mais amplo e complexo.

7.2.1 Culpabilidade dos sujeitos

Em relação à culpabilidade, a Unidade de Contexto aqui mencionada buscou analisar em que aspectos a mãe possui parcela de contribuição na mortalidade perinatal e de que forma a culpa passa a ser da precariedade da atenção básica. Com ambos os itens sendo mencionados, fez-se necessária as duas especificidades:

7.2.1.1 – A culpa é da mãe

No que se refere à mãe, a entrevistada E12 e E14 salientaram que há falta de interesses ou comprometimento, pois a solicitação de exames é efetuada, mas não há presença nas consultas, realização de exames ou retorno para averiguar situações posteriores ao diagnóstico inicial.

Tendo em vista que se trata de um RN, a demora é evidenciada pelas mesmas entrevistadas como fator capaz de gerar mortalidade perinatal, como pode ser percebido na fala de E12 e aparece atrelada a questões de comprometimento, mas que também pode estar desligado desse fator, visto que o agendamento e a espera podem comprometer a saúde do bebê.

E.12- Privado novamente a falta de comprometimento com a paciente, né, em alguns casos contasse muito mais o valor investido em mim é o que eu vou devolver pra paciente, e assim outras vezes até a demora da paciente (não compreendido) porque também a gente vê que muita paciente o médico solicita exame, pede, faz solicitação de conduta e elas não vão atrás, tem bastante também.

A responsabilidade da mãe é novamente evocada, agora por E14. Os detalhes obtidos nessa fala complementam o discurso anterior, visto que as causas apontadas já não estão associadas somente à falta de comprometimento ou interesse da mãe, mas a falta de assistência na Unidade de Saúde e à dificuldade de consultar o médico, visto que tais circunstâncias se tornam atenuantes para o nascimento. Conforme ela enfatiza:

E.14- É existe claro parte da responsabilidade da mãe (som de telefone) que não consegue chegar até a unidade de saúde, que não consegue ter assistência ou realmente não vai as consultas que tudo isso vai influenciar na hora do nascimento e após o nascimento que influenciam indiretamente.

Para Lopes (2018), o luto materno é considerado um dos piores processos que o ser humano pode enfrentar. A mortalidade é vista como algo inesperado, ocasionando problemas de ordem diferenciada. Entretanto, a autora evidencia que algumas pacientes assumem o risco e outras desconhecem as consequências da não realização de consultas e exames ou mesmo da busca pela Unidade de Saúde para averiguar as condições do feto. "Para reduzir as mortes evitáveis, o pré-natal deve ser iniciado o mais precoce possível, com a finalidade de cuidar e prevenir intercorrências que possam ocasionar o óbito" (LOPES, 2018, p.16).

Nesse caso, confirma-se o discurso de E12 e E14, analisando que não há como tratar o papel da mãe de forma homogênea, visto que cada caso remete a uma análise particular das condições físicas e sociais. É importante que haja assistência preventiva e, em caso de mortalidade perinatal, habilidade para oferecer apoio ou aconselhar a interrupção da gestação.

Para Boyden (2014), as condições de pobreza também se atrelam a pouca busca por informação e distanciamento da Unidade de Saúde. Essa realidade faz com que a mortalidade ocorra e, nesse caso, haja culpabilidade parcial da mãe.

Tanto Lopes (2018) quanto Boyden (2014), concordam que a mãe possui condições de evitar a mortalidade, mas salientam que onde falta a informação é necessário que se aprimore o assistencialismo especializado e o trabalho multiprofissional. Com o olhar adequado para as suas necessidades, as mães poderão ter base de apoio para efetuar os procedimentos necessários sem terem de se deslocar por um território extenso.

O discurso expressado nas falas apresentadas (10,52%) é de dupla responsabilização da mãe, mas por motivações diferenciadas, visto que E12 destaca a falta de procura à Unidade ou Hospital e a E14 dá maior importância para o discurso de impossibilidade. Em teoria, a falta de informação e de pré-natal foram evocadas pelos pesquisadores, mas as outras entrevistadas (89,47%) expressaram suas opiniões em outras unidades de contexto

apresentadas em sequencia. Assim, por mais que haja responsabilização da mãe em mortes evitáveis, não é possível dar exclusividade a esse fator, pois a análise pode indicar outras justificativas.

7.2.1.2 A culpa é da Atenção Primária de Saúde

No que diz respeito à atenção básica, 4 (21,5%) das entrevistadas ressaltaram que as infecções urinárias e o pré-natal tardio podem ser determinantes para que haja mortalidade perinatal. Ambos os problemas estão associados à falta de percepção da família, atrelada ao não comparecimento na Unidade de Saúde para averiguar condições.

A eclampsia e o descolamento placentário aparecem nos relatos de forma igualmente importante, o que salienta a falta de ligação entre a Unidade de Saúde e a paciente, pois questões que poderiam ser de fácil resolução acabam sendo perceptíveis somente quando a paciente chega ao Hospital e sua carteirinha é verificada.

E.7- Eu acho que sim, a culpa é da atenção básica. A gente vê quando chega pra gente, que já tá assim principalmente as infecções urinárias, eu acho que é pouco levado a sério, tanto pelos médicos que estão na, no PSF fazendo o pré-natal, quanto pelas próprias pacientes, porque a gente não vê a adesão delas.

E.9- Que quando as vezes a gente recebe paciente aqui as vezes ela tá mal estratificada, não tinha sido realizada uma busca ativa, ou seja, um pré natal tardio, quando a gente vê ela já chega aqui com todas essas intercorrências, não tem um tempo hábil para tratar, pra evitar uma morte perinatal.

E.3- Aqui a gente tem mais assim é infecção urinária tem bastante, descolamento placentário acho que não chega ser assim 4% não tenho dado a esse acesso aos índices mais acho que não chega a tudo isso e eclampsia a gente tem bastante também.

E.5- É.... que a gente pega as carteirinhas e vê que existe uma deficiência.

A partir dos relatos acima, percebe-se que há ali uma má estratificação da relação entre a Unidade de Saúde e o atendimento à paciente. Tal distanciamento possibilita que casos evitáveis se tornem de mais complexa resolução, o que corrobora para o aumento da gravidade dos casos e a existência de intercorrências em graus mais profundos.

Na ótica de Borbolato e Cardoso (2015), a falta de atenção básica pode ocasionar em maior aparição de problemas como a eclâmpsia, a infecção urinária, o descolamento placentário e um pré-natal tardio. A falta de preenchimento das informações na ficha da paciente também é problemática, pois poderia trazer maior facilidade de obtenção das informações para um diagnóstico mais apurado.

Porém, a existência desse tipo de intercorrência demonstra onde a atenção básica deve se focar para que tais condições sejam minimizadas. Borbolato e Cardoso (2015), o pré-natal e acompanhamento extensivo da paciente deve ser realizado pela equipe de enfermagem e médica de maneira interligada, pois o trabalho conjunto evita mortes prematuras. A atenção básica, nesse caso, configura-se na "prestação de cuidados de rotina para uma mulher gestante saudável. Visa assegurar que cada gestação culmine no parto de um recém-nascido saudável, sem prejuízos à saúde da mãe" (BORBOLATO; CARDOSO, 2015, p.147).

Mais uma vez, o fator de ausência da procura por atendimento básico está associado com a baixa escolaridade e distanciamento da unidade. Para França et al. (2016), problemas como anomalias uterinas ou o uso de drogas também podem causar intercorrências que geram mortalidade perinatal. A infecção urinária também é lembrada pelos autores como fator relacionado à idade gestacional, que aumenta de acordo com a faixa etária da paciente. Borbolato e Cardoso também argumentam a importância de reduzir as taxas de infecção urinária:

Para reduzir as taxas de infecção urinária, bem como suas complicações durante a gravidez, vários aspectos devem ser considerados, em diversos níveis da assistência obstétrica: solicitação precoce de urocultura no pré-natal, para diagnosticar e tratar os casos de bacteriúria assintomática; utilização do tratamento antimicrobiano mais eficaz; encaminhamento para seguimento em pré-natal de alto risco e garantia de tratamento das complicações maternas e perinatais, em hospital com condições adequadas para isso. (BORBOLATO; CARDOSO, 2015, p.152).

Outras intercorrências também são por eles evidenciados, como a eclâmpsia e o descolamento placentário. Nesses casos, o diagnóstico precoce e o acompanhamento consecutivo são vistos como essenciais para melhoria das

condições de saúde e possibilidade de ação para redução da mortalidade perinatal. Ainda enfatizam que o fato de todos esses problemas possuírem possibilidade de solução, desde que haja maior contato entre a Unidade de Saúde e a paciente.

A predominância das falas se deu em torno de atendimentos tardios e condições de difícil resolução. Esse discurso de defesa coloca as enfermeiras como sujeitos com condição limitada de ação, como tendo responsabilidade exclusiva. No discurso teórico, essas falas são parcialmente reforçadas. Isso porque a falta de atenção básica não deve ser culpa exclusiva da equipe de enfermagem. Ao mesmo tempo, o acompanhamento da paciente de forma interligada pode ser ação buscada pela equipe de enfermagem para melhor obtenção de informações que ajudem na evitabilidade de intercorrências.

7.2.2 As mortes perinatais não fazem parte da realidade atual do hospital

Outro item destacado nas entrevistas, foi que alguns enfermeiros (10,52%) apontaram a mortalidade perinatal como não-existente em suas rotinas. Justificativa de que o problema não afeta a realidade em que atua pode ser explicada porque o questionamento da mortalidade perinatal pode significar também a colocação da dúvida a respeito da eficiência no trabalho da enfermagem.

Para Oliveira (2014), o questionamento do trabalho pode representar uma ameaça, o que pode ter levado à negação do fato na resposta. Também é possível que as entrevistadas não tenham presenciado a mortalidade perinatal nos hospitais onde trabalham, o que não significa a inexistência dos números, mas a falta de percepção das enfermeiras no relato.

Dessa maneira, exemplos de respostas que permeiam esse discurso podem ser percebidas nas falas de:

E.15- Hoje não. Porque eu acho que hoje a gente tem uma equipe multidisciplinar então a gente trabalha em equipe os médicos, os enfermeiros em disposição os nutricionistas, temos pediatras, temos assistente social, então a gente trabalha totalmente em função do paciente, em gestão em função da gestante.

E.17- Da nossa aqui um pouco, algumas coisas. Porque assim, a maioria dos casos que chegam aqui para gente é descolamento de placenta mesmo e que mais que a gente tem aqui, eclampsia não, infecção urinária.

Por meio dessas respostas, argumenta-se que o fator predominante ressaltado foi a ocorrência de poucas palavras em respostas curtas ou justificativas associadas ao diagnóstico de saúde. Em apenas um caso, (5,2%) o fato de a mortalidade perinatal não ocorrer no Hospital esteve associado com o trabalho multidisciplinar. Isso significa que esse tipo de trabalho não ocorre com visibilidade na realidade das outras entrevistadas, visto que suas respostas não interiorizaram esse aspecto.

Na visão de Rêgo et al. (2018), a equipe multiprofissional é significativa para possibilitar maior interação entre corpo científico e paciente, a fim de diminuir a mortalidade perinatal. Nesse caso, o uso da equipe como fator para que a mortalidade não tenha sido vista no Hospital é enfatizado também na teoria.

Sobre isso, as autoras ainda argumentam que a equipe multiprofissional deve ter “[...] a responsabilidade pela avaliação e acompanhamento das gestantes, para lhe garantir o direito à assistência à saúde na gestação, parto e puerpério, trazendo-lhe uma experiência exitosa e humanizada” (RÊGO et al., 2018, p.90). Assim, é possível que um Hospital reduza ou até mesmo zere a mortalidade perinatal a partir do trabalho multiprofissional, desde que este seja realizado com a participação e cooperação da equipe.

O discurso teórico e as entrevistas reforçam a importância da equipe multidisciplinar no discurso e na prática. Isso porque as enfermeiras ouvidas retratam a existência da equipe multidisciplinar, (10,52%) mas não se mostram motivadas a citar detalhes de sua participação nessas equipes.

O discurso é de parcialidade, pois demonstra que a equipe está lá, mas que as mudanças ocorrem em determinados contextos, apenas. Além disso, assim como foi evidenciado anteriormente, há uma retórica em evidenciar que os problemas são os mesmos, inevitáveis (infecções urinárias já em estado avançado, descolamento de placenta) ou evitáveis (eclampsia).

7.3 FRAGILIDADES NA ASSISTÊNCIA

Existem diferentes fragilidades no sistema de assistência hospitalar e local que visem a evitabilidade da mortalidade perinatal. Pensando nisso, duas unidades de contexto foram estabelecidas para especificar essa análise: o pré-natal e a capacitação. Abaixo, segue algumas considerações a respeito da não-realização do pré-natal e da presença ou ausência da capacitação na realidade profissional das entrevistadas.

7.3.1 O pré-natal

As consultas de PN são momentos ímpares que deveriam ser usados na educação para a saúde da gestante e do bebê, bem como para diagnóstico de condições que poderiam alterar o curso da gestação. As enfermeiras entrevistadas em seu total de 5, (26,31%) reconhecem este período como fundamental para minimizar as mortes perinatais, conforme relatado em seus discursos:

E.16- Nesse momento a fragilidade na situação que eu trabalho e que nem sempre o médico do pré-natal é o que acompanha o parto.

E.14- No serviço, começa tudo na atenção básica, porque é um pré-natal mal feito muitas vezes.

E.8- Eu acredito que a falha maior está mesmo no pré-natal mal executado por profissionais não capacitados e eu acredito que é mais se isso fosse resolvido, uma melhor capacitação desses profissionais.

E.6- Na assistência eu acho que falta ainda muita informação em posto de saúde porque o pré-natal é feito no posto de saúde.

E.3- Assim, a gente vê muitas falhas durante o pré-natal, muitas mães têm orientação. A gente vê assim as unidades básicas de saúde de que fazem, elas começaram o pré-natal na unidade depois foram para o centro da mulher e elas tiveram uma orientação inicial com a enfermeira lá do posto, elas são mais orientadas do que aquelas que fazem o pré-natal com os médicos.

No que se refere ao pré-natal, percebe-se que as falas de E14, E8, E3, salientam sua inexistência ou precarização como sendo um dos aspectos determinantes para a ocorrência da mortalidade perinatal. A falta de capacitação, do médico, de informações e orientação são destacados nas falas das enfermeiras.

Há predomínio de um discurso relacionado a um pré-natal tardio, precarizado, limitado e que deve ser problematizado em suas particularidades.

É unânime a visão de que há falhas no procedimento, assim como escassez de informação. Portanto, 100% as enfermeiras posicionam-se de forma crítica em relação ao pré-natal, na forma como ele é feito atualmente. Segundo Figueiredo (2012), a realização do pré-natal é item básico e sua orientação deve ser realizada como um dever da enfermagem obstétrica.

A Resolução COFEN nº 0477/2015 reforça a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nº 36, de 03 de junho de 2008, que versa sobre a importância do enfermeiro obstetra para realização do pré-natal. Entretanto, a resolução trata dos cuidados preferencialmente estabelecidos pelo obstetra, não garantindo a ele exclusividade na realização do pré-natal.

O fato de as entrevistadas analisarem esse aspecto como uma fragilidade levanta a hipótese de que o pré-natal não tem sido feito da forma correta e que capacitações poderiam ser úteis para que a realidade em questão seja modificada. Assim, 26,31% das enfermeiras refletem em suas rotinas de trabalho que as falhas existem, mas as direcionam a terceiros, seja no “Posto de Saúde”, para a própria mãe ou à falta de capacitação.

Figueiredo (2012) ainda vai além e destaca que a figura paterna tem contribuição importante para que haja o pré-natal. “Para os profissionais envolvidos nessa prática, com destaque ao enfermeiro, os resultados constituem incentivo à inclusão paterna na assistência pré-natal” (FIGUEIREDO, 2012, p.126). Entretanto, em nenhum momento das entrevistas houve menção ao pai e sua importância perante as enfermeiras entrevistadas.

Essa ausência pode ser reflexo da ausência paterna no momento do exame ou da não-percepção da figura paterna na realidade das enfermeiras. Supõe que também a enfermeira entrevistada trabalha no ambiente hospitalar e, neste, talvez o pai tenha pouco acesso, isso contribuiria para a figura de o homem não ser reconhecida como importante apesar de que a Lei do Acompanhante autoriza a entrada de uma pessoa 24 horas com a mulher e a entrada o pai livre acesso (BRASIL 2018).

Dessa maneira, os destaques dados pelos sujeitos de pesquisa apontam que a não realização do pré-natal ou a falta de acompanhamento especializado são fragilidades do sistema e que a capacitação é importante para que a devida orientação seja ofertada.

7.3.2 A capacitação/profissionalização

O processo de capacitação é fundamental para aperfeiçoamento do trabalho profissional na área da saúde. A partir dessa constatação, as pessoas entrevistadas buscaram averiguar as fragilidades nesse processo, se há ou não capacitação ou mesmo quando ela é necessária. O incentivo a cursos de capacitação também é mencionado, de modo que as falas problematizam tais questões:

E.18- Que a gente...pediatra, não é sempre que ele está presente.

E.13- Então eu acho que esse é um ponto crítico da fragilidade é o mesmo médico que tem parto normal faz cesárea. O parto normal até que as enfermeiras fazem, mas, não é todos. Atende consulta passa visita, então assim é um médico pra tudo, eu acho que esse é o ponto principal.

E.7- Mas, realmente por falta de capacitação técnica. Que as vezes a gente acaba falhando.

E.11- Eu acredito que a maior parte ainda tá na assistência técnica.

E.10- Uma vez, assim na minha opinião, alguns profissionais fazem agendamento de cesárea, com algumas, é, antes das 39 semanas, acho que o nosso ponto principal aqui é esse.

E.4- Aí, eu acho que é um pouco médico. Para atender. Geralmente é um pediatra no hospital que às vezes que tem dez partos no dia, com um pediatra, acaba que fica mais a equipe de enfermagem atendendo. Daí precisa também está tendo bastante treinamento com a enfermagem.

E.4- Eu acredito que sim, todos tem aqui [capacitação]. Todas as enfermeiras. Que tem uma enfermeira que não tem capacitação obstétrica, não é, daí as que não são enfermeiras obstetras, mas outras são.

E.1- E eu acho que falta, hum, falta especialização mesmo. Falta aprofundamento assim nessa parte.

E.9- Então a gente se capacitando pra se adequar a essa realidade, então no momento ainda não.

E.6- Então assim, é incentivado bastante a fazer o curso, que nem o nosso, a nossa especialização em, em obstetrícia, a gente teve um incentivo, de um desconto, um pouquinho melhor pra, pra quem era do Hospital, então, mas assim, é aberto pra, na verdade, quem quer fazer o curso faz, mas não que seja obrigatório.

Foram 10 (52,63%) menções à questão da capacitação como uma fragilidade do sistema. Os dados levantados pelas entrevistadas dizem respeito à ausência do médico, à sobrecarga de funções atribuídas ao pediatra, à falta

de capacitação técnica, ao agendamento antecipado da cesárea, a não obrigatoriedade dos cursos de capacitação, dentre outros motivos.

Houve também entrevistadas (31,57%) que citaram a presença da capacitação ou a realização de treinamentos no tempo presente. Para Pina-Oliveira, Carriel e Chiesa (2015), é necessário ampliar as políticas de saúde para ampliar as ofertas de capacitação profissional. "A formação contínua na vida profissional e o apoio político-institucional representam estratégias para a melhoria da qualidade em saúde" (PINA-OLIVEIRA; CARRIEL; CHIESA, 2015, p.252).

Os autores continuam argumentando que é necessário alterar as formas de trabalho, instituir políticas educacionais de aprimoramento profissional e evitar a alta rotatividade de funcionários, pois isso dificulta a capacitação da equipe. Outro fator mencionado na literatura é a alta carga de trabalho e o acúmulo de funções na área da saúde (PINA-OLIVEIRA, CARRIEL, CHIESA, 2015, p.252).

Essa racionalidade vai ao encontro com as respostas de algumas enfermeiras (21,05%) que conseguem visualizar o 'lugar do outro' e percebem a necessidade de dar apoio ao médico e poder realizar procedimentos de maior aproximação com a paciente.

Além disso, as enfermeiras (52,63%) admitem que falta capacitação e aprofundamento técnico em suas atividades para evitar a mortalidade perinatal. Para Fonseca e Coutinho (2014), a capacitação técnica é pouco valorizada porque não há incentivo governamental suficiente para promover cursos gratuitos e garantir verbas para a atenção básica.

Entretanto, o governo federal possui programas de redução da mortalidade que incluem capacitação, como o Programa Materno Infantil e o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, dentre outros. Na esfera estadual, o Programa Rede Mãe Paranaense também favorece essa formação.

A nível estadual, as estratégias do HOSPSUS(2018), incluem no item "e) Educacional: estabelecer mecanismos de adesão e compromissos por meio de curso de gestão hospitalar e capacitação permanente das equipes dos hospitais, de acordo com o perfil assistencial". Os Programas estaduais incluem ainda residências uni e multiprofissionais e oferta de cursos nas escolas de saúde

pública estaduais. A nível técnico, citam-se o de Enfermagem, Agente Comunitário, Vigilância em Saúde, Técnico Bucal, dentre outros.

No grau de especialização superior, em 2018, foram ofertados os cursos de formação de gestores do SUS, Saúde Pública, Saúde Mental e Gestão Hospitalar, a nível presencial. Em modalidade EAD, ofertou-se cursos como Introdução ao Acolhimento, reconhecimento de território, prevenção ao suicídio, trabalho com grupos na atenção básica, abordagem do recém-nascido, autocuidado, educação mediada por tecnologias, pai presente: cuidado e compromisso e suporte básico de vida. Portanto, a formação pública existe e foi ofertada no ano de 2018 e em períodos anteriores. O problema verificado, nesse caso, são as maternidades privadas, onde a capacitação fica a encargo do próprio servidor.

Dessa maneira, muitos acabam tendo de investir dinheiro do orçamento e recorrer a capacitações particulares, o que prejudica essa modalidade de formação. Para que a capacitação seja ainda mais eficaz, é importante que haja um trabalho conjunto, multiprofissional. É nesse sentido, que para Pina-Oliveira, Carriel, Chiesa, (2015), o trabalho conjunto capacitado oferece mais informações para mudanças profundas na realidade de trabalho.

A capacitação é vista por 52,63% entrevistadas como algo a ser aprimorado, pois suas críticas voltam-se para compreender a inconsistência da presença médica no ambiente, para reivindicar melhoria técnica, maior cuidado com o agendamento das cesarianas, sobrecarga de trabalho e necessidade de especialização. Todas estas manifestações podem ser resumidas em um único tema: a adequação da realidade vivida no ambiente de trabalho hospitalar.

As entrevistadas (26,31%) reforçam a importância de se adequar mediante treinamento, o que também está implícito no discurso teórico, de forma direta ou nas entrelinhas. Quando Fonseca e Coutinho (2014) enfatizam a valorização da capacitação, também estão justificando que a realidade atual deve ser alterada, a fim de reduzir a mortalidade perinatal. Portanto, percebeu-se que há semelhanças entre o pensamento dos autores e das entrevistas.

7.4 COMPOSIÇÃO E TRABALHO DE EQUIPE

O multiprofissionalismo e a interdisciplinaridade podem auxiliar significativamente na redução da morte perinatal, se efetuados em diálogo e com valorização do conhecimento teórico e prático. As enfermeiras foram solicitadas a contar sobre a formação de suas equipes, sobre a existência ou não do multiprofissionalismo, e sobre o que entendem por trabalho multiprofissional. Então, encontrou-se 2 unidades de contexto: “trabalhando por especialidades” e “estamos tentando a “interprofissionalidade”.

7.4.1 Trabalhando por especialidade

O trabalho nas unidades hospitalares nem sempre ocorre com formação multiprofissional, ou não é reconhecido pela equipe como existentes. Nas entrevistas foram citadas informações que remetem a especialidades existentes ou não existentes, revelando um cenário diversificado e heterogêneo, conforme se verifica a seguir:

E.1- Sim! Eu acho que aqui é bem completo [a formação da equipe].

E.2- Eu, eu acho que não existe multiprofissionalismo, multiprofissional aqui na maternidade é, é o médico e o enfermeiro.

E.3- Sim a gente tem né o obstetra plantonista o pediatra, temos os enfermeiros, obstétricas do dia e as enfermeiras do dia são todas enfermeiras obstétricas e nós da noite somos gerais né é eu sou obstétrica.

E.4- Eu acredito que existe sim, o obstetra sempre está em contato com o pediatra antes de tomar uma atitude, primeiro vai ver a UTI neo, também “tá” sempre em contato, a enfermagem também.

E.7- Eu como sou do plantão noturno, nós não temos essas discussões de casos, isso acontece mais durante o diurno. Mas existe a equipe multiprofissional, psicóloga, assistente social, enfermeiro, médico.

E.12- O obstetra e o enfermeiro.

Os dados levantados demonstraram que há divergência de pensamento entre as enfermeiras entrevistadas. Enquanto uma (5,2%) afirmava a existência do trabalho especializado, outras (10,52%) relataram que a realidade é carente de um sistema multiprofissional. Há, ainda aquelas (15,78%) que associaram o trabalho multiprofissional por especialidade como sendo a mera existência de enfermeiros e obstetras em cada turno.

Na visão de Barreto, Ribeiro e Vasconcelos (2015), o trabalho multiprofissional é o resultado da tentativa de reação a um modelo de profissional da saúde em condição individualizada. A necessidade de um hospital abrigar profissionais com diferentes especialidades fez com que a visão do trabalho passasse a ser mais particular. O multiprofissionalismo, para os autores, é uma forma de modificar esse modelo anterior e propor uma formação que seja constante, efetivamente integrada a pedagogias inovadoras e que efetivamente seja praticado na colaboração com outros sujeitos.

Em outras palavras, o trabalho de vários profissionais em conjunto (que é a forma como entendem o multiprofissionalismo) não deve ser visto somente como um conceito, mas como uma prática. Conforme escrevem, "apresenta-se como uma alternativa para promover a mudança da prática assistencial em saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde" (BARRETO; RIBEIRO; VASCONCELOS, 2015, p.130).

Nas entrevistas, 26,31% apenas mencionam existência ou não-existência do multiprofissionalismo, mas suas formas de compreensão se dão de forma diferenciada do que apresenta a teoria. Além disso, há diferenças no que se entende por multiprofissionalismo nos discursos de cada uma das enfermeiras. Enquanto umas o compreendem como a existência do médico e do enfermeiro, outras já compreendem como o contato entre diferentes setores para a discussão de casos.

Ademais, verifica-se que 10,52% das enfermeiras não sentem-se totalmente inclusas na equipe, pois apenas citam o obstetra e o médico na multiprofissionalidade, não se colocando como participantes desse grupo. Enquanto Barreto, Ribeiro e Vasconcelos (2015) apontam o multiprofissionalismo como algo atitudinal, que promove efetiva alteração da realidade e fornece aprendizagem para ambas as áreas, as enfermeiras o citam como a mera existência de profissionais que exercem suas funções em um mesmo espaço de saúde.

7.4.2 Tentativa de interprofissionalidade

A citação do termo “interprofissionalidade” é, por si só, um dado que comprova a necessidade de pensar essa ação, pois duvida-se de sua efetividade na prática. A interprofissionalidade diz respeito a um trabalho conjunto integrado que facilite o diagnóstico e tratamento de intercorrências, faça a prevenção e discuta casos específicos. O resultado de sua ocorrência, ou não, pode ser acompanhado a seguir.

E.5- Então tem, não tem uma...reunião por exemplo assim pra discussão de casos, que é o que deveria ter. Uma equipe multidisciplinar, faria isso, se reunir e discutir o caso das pacientes.

E.6- Eu acho que a parte da psicologia ainda é um pouco distante da nossa, porque ela vai conversa e acaba nem passando as vezes, o que é, pelo menos a noite.

E.10- Não, eu acredito que não há uma equipe multi. Há uma equipe de enfermagem e uma equipe médica.

E.10- Tem, tem, se necessário tem, mas, se necessário. Se eu tenho uma gestante com problema porque a gente pega no início, se você ver alguma dificuldade a gente tem.

E.11- A equipe multidisciplinar existe. Mas ela, talvez não trabalhe de forma tão integrada na assistência.

E.12- Não, não temos equipe multiprofissional.

E.?- Então ainda não existe essa equipe é algo bem novo que na maternidade eles tão buscando implantar, que é o parto adequado.

E.16- Multi não.

E.14- Sim, a gente está sempre trabalhando em grupo, a gente faz estudos de caso pelo menos com minha equipe eu trabalho bastante isso. Enfermeiros, técnicos, nutricionistas, farmacêutica, que a gente acaba discutindo correlação as medicações, tem fisioterapeuta também, quando precisa de alguma situação a gente pede uma avaliação, todas as especialidades médicas.

Enquanto algumas respostas (15,78%) foram diretas e enfatizaram a inexistência do trabalho multiprofissional, outras (31,57%) buscaram justificar os motivos de sua presença ou ausência. A falta de reuniões para discussão de casos é item mencionado em duas entrevistas, além de outra que menciona a inexistência de integração das equipes. Ainda houve resposta mencionando que há equipe médica e de enfermagem, mas que não soube ligar as duas em um trabalho conjunto.

No que se refere às respostas positivas em um total de 7, (36,84%) destacaram que reuniões são feitas somente em casos específicos, mas sem efetiva integração em todos os momentos. Somente E14 evidenciou o trabalho em grupo, com pedido de avaliação e auxílio de todas as áreas.

E.14: Sim, a gente está sempre trabalhando em grupo, a gente faz estudos de caso pelo menos com minha equipe eu trabalho bastante isso. Enfermeiros, técnicos, nutricionistas, farmacêutica, que a gente acaba discutindo correlação as medicações, tem fisioterapeuta também, quando precisa de alguma situação a gente pede uma avaliação, todas as especialidades médicas.

Para Colebrusco de Souza et al. (2016), conseguir implementar um trabalho interprofissional, colaborativo e integrado é fundamental para que haja maior qualidade na saúde. Para elas, a interação e a comunicação são essenciais para que o trabalho integrado seja realizado satisfatoriamente. Se a comunicação é prejudicial e a interação é deficitária, há menor possibilidade de trabalho conjunto e maior preponderância do individualismo.

Concorda-se com os autores, pois o individualismo ainda predomina em muitas atividades da saúde e a implantação de um sistema interprofissional ainda é distante em muitas realidades. Mais do que isso, fazer um sistema interprofissional funcionar por longo tempo é ainda mais dificultoso, pois suas bases se assentam na sociabilidade e em mudanças na visão hierárquica, o que é dificultoso em muitas realidades.

Além disso, as pesquisadoras enaltecem que "outro elemento constitutivo do trabalho em equipe – respeito mútuo e reconhecimento do trabalho do outro – pode ser construído por meio da participação do trabalhador ao expressar sua opinião e sugerir alternativas" (COLEBRUSCO DE SOUZA et al., 2016, p.645). Esses itens não foram mencionados nas entrevistas, mas podem refletir a não-interiorização do trabalho integrado, pois estruturas hierárquicas rígidas, com funcionalidade profissional específica, podem ter maiores dificuldades em romper com o tradicional.

Ademais, as pesquisadoras apontam que grande parte das instituições ainda não exercem o trabalho integrado com todas as suas particularidades, mas que os desafios e caminhos percorridos devem ser vistos como avanços para a

área, já que facilitam o trabalho e dão mais segurança para confirmar resultados positivos.

Para Brandt et al. (2014), a falta de trabalho integrado ainda promove excessiva responsabilização dos enfermeiros e que o diálogo possibilita maior confiabilidade no processo de atendimento do paciente. No entanto, para que o trabalho multiprofissional seja realizado satisfatoriamente no Paraná, uma das opções adotadas pelo Estado é capacitação técnica a partir do Programa Rede Mãe Paranaense, conforme verifica-se a seguir.

7.5 CAPACITAÇÃO TÉCNICA

A capacitação técnica é importante para averiguar a atenção dada nas suas particularidades. Em outras palavras, a qualidade da capacitação é tão importante quanto sua existência. Dessa maneira, focou-se em perceber se a capacitação é periódica, se é para todos e se os protocolos são conhecidos, o que configura as unidades de contexto.

7.5.1 Treinamento na lógica da Política Pública Estadual

O Programa Rede Mãe Paranaense é uma rede estadual que busca estabelecer metas, normativas e comportamentos de mudança para que haja melhoria no atendimento das mães e dos recém-nascidos (RN), de modo a evitar a mortalidade perinatal. Os subitens a seguir abordam aspectos do Programa, bem como algumas de suas limitações, na perspectiva das entrevistadas.

7.5.1.1 Periodicidade do encontro

A respeito do encontro realizado como parte do Programa Mãe Paranaense, ressalta-se sua importância, destacando que a periodicidade é anual. O objetivo desse encontro é trocar informações, verificar dados atualizados e novas metodologias de cuidado, tanto para a mãe quanto para o bebê. Conforme cita a entrevistada,

E.3- Eu acredito que sim (comparece ao encontro anual). A gente participa do encontro anual da Rede Mãe Paranaense, sendo por sinal eu que fui. E aí essas informações são repassadas primeiro para as enfermeiras e cada enfermeiro passa para a tua equipe de técnico de enfermagem. Daí os médicos também participam desse encontro para poder passar pros demais.

Outras cinco (26,31%) afirmam que o treinamento existe, é anual, e que as informações obtidas no encontro são repassadas para a equipe, afim de fazer com que todos os envolvidos conheçam as mudanças e perspectivas do programa. Assim, nem todos participam e as informações são passadas de maneira indireta. Para Neto et al. (2017), o Programa Rede Mãe Paranaense não se tornou um divisor situacional do Estado, conforme era objetivo. Isso porque sua criação não reduziu a mortalidade perinatal, nem elevou a qualidade do atendimento, em níveis significativos.

Em suas palavras, o papel do enfermeiro é que “direcione um olhar para ações de cuidado que visem à promoção de saúde e detecção precoce de doenças com vistas à diminuição dos indicadores de mortalidade infantil e consequentemente para a RMP (Rede Mãe Paranaense) alcançar melhores resultados” (NETO et al. 2017, p.90).

A justificativa trazida pelos autores se dá porque o programa é recente e necessita de maior participação. A realidade apresentada na pesquisa das autoras é, portanto, condizente com a realidade apresentada pela E3. Entretanto, vale lembrar que o PR não possui condições de capacitar todos os enfermeiros, capacitando pessoas-chave.

Para Falkenberg et al. (2014), a educação para a saúde pressupõe a existência de alguns métodos pedagógicos ideais e outros predominantes. Os autores enfatizam que a mediação, o ensino por oficinas e a prática monitorada são métodos considerados ideais. Por outro lado, a transmissão de conteúdo por palestra expositiva, sem fins práticos, não é suficiente pra que haja capacitação. Em suas palavras,

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade. (FALKENBERG, 2014, p.6).

A partir de um método não reflexivo e sem viés crítico, a realidade da saúde pouco se altera e o programa não atinge totalmente seus objetivos de reduzir a mortalidade perinatal e trazer maior qualidade de vida para o RN. Nesse

caso é bom enfatizar que o olhar deve direcionar-se para a qualidade educacional e para métodos pedagógicos mais efetivos e presentes no PR.

Para Baggio et al. (2016), o Programa Rede Mãe Paranaense também promove maior atenção para a saúde materna. Assim, a participação no encontro anual é fundamental para que haja o conhecimento necessário para aprimorar o cuidado da mãe e do bebê.

7.5.1.2 Lacunas da capacitação

As falas de 47,36% das entrevistadas apontam um Programa cuja participação acaba não se estendendo para a maioria, seja por falta de interesse das próprias enfermeiras e profissionais envolvidos ou por falta de acesso a determinados treinamentos e cursos. Ao mesmo tempo que é possível fazer uma crítica ao Programa, cabe igualmente perceber qual a posição das entrevistadas sobre essa falta de participação.

E.12- Eu acho que nem todos tem.

E.16- Não. Então na verdade deveria todos da equipe é ter essa especialização, ter esse conhecimento essa, essa graduação em si na verdade e não tem.

E.15- Não todos, mas a gente, que nem diz a gente capacita naquilo que a gente vivencia hoje, que nem é eu não lembro agora do protocolo que diz, vou ser muito sincera é a gente que diz que o técnico tem que ser capacitado conforme é o, o que ele tá vivenciando ali.

E.12- Não. Tem que capacitar.

E.12- Nem todos tem especialização.

E.5- Da mãe não.

E.1- Não. Não, acho que isso também falta um pouco assim de interesse

E.10- Eu acho que não né, apesar que não.

E.14- Não, não são todos, tem alguns que estão em formação ainda, outros já finalizaram mas do enfermeiros não são todos.

As respostas apontam para um reconhecimento da importância da capacitação, mas 42,10% das entrevistadas salientam que não a possuem. Uma das entrevistadas (5,2%) destaca a capacitação de alguns, no momento presente. Mas o número de respostas relacionadas à não participação em seu total 8 (42,10%) é maior do que as ligadas à participação no programa em seu total 2 (10,52%). Para Frank et al. (2016), o Programa Rede Mãe Paranaense é

avaliado nos aspectos de atendimento dos objetivos, mas pouco se estuda a respeito de outro tipo de averiguação: a capacitação para que os profissionais utilizem medidas que forneçam o necessário para atender tais metas estipuladas.

Na visão de Neto et al. (2017), a partir do momento que as enfermeiras notarem a real necessidade de aprimorarem o saber mediante as prerrogativas estabelecidas, suas práticas podem ser alteradas. Enquanto essa interiorização não aparecer, o Programa será seguido parcialmente e seus resultados não serão positivos.

Assim como qualquer outro serviço público, é relevante pensar em uma forma de avaliação para o Programa, pois ela fornece suporte para a tomada de decisão. Para eles, o RMP precisa melhorar na qualificação de profissionais e no aperfeiçoamento da qualidade do atendimento prestado. Ademais, os registros de informação também devem ser efetuados e o processo avaliativo do Programa precisa ser mais recorrente. Dessa maneira, a não-participação do corpo de enfermagem no Programa pode ser revisto e os objetivos podem ser mais facilmente alcançáveis.

7.5.2 Conhecendo os protocolos

O conhecimento dos Protocolos é outro fator de intrínseca importância, pois são eles que determinam as ações a serem realizadas para redução da mortalidade perinatal. Nesse sentido, o discurso das enfermeiras demonstra se há ou não padronização no atendimento ou capacitação para conhecer os protocolos, conforme segue:

E.11- Aqui eles dão, os que são oferecidos pela Rede Mãe Paranaense. Do SUS não. Porque os últimos que teve não foi...a gente até procurou participar mas, não, não foi aberto pra Rede Privada. Só para...

E.10- Deveria. Pra unificar, pra padronizar o atendimento, mas não foi, a gente até procurou, mas não foi disponibilizado pra nós.

E.13- Na verdade a gente tem capacitações, mas eu não sei se existe um curso específico para isso, porque assim o protocolo que a gente tem é protocolo institucional, a gente vai nas reuniões da mãe paranaense.

E.12- Nem tudo elas aceitariam, se você fala para elas fazerem uma coisa que tá no programa, se ela não concorda com aquilo, ela não faz e ponto final. Um caso que, que não é isso aí mas por exemplo a

vacina, tem mãe que não quer vacinar os filhos hoje em dia, porque acha que é pior, é só um exemplo né.

E.11- Tem. Não com tanta intensidade. A partir de agora o diretor, nosso diretor exigiu que, que tenha mensal, seja realizado alguns protocolos. Assim, deixa escritos, porque na verdade existe, a conduta é realizada da forma do protocolo Rede Mãe Paranaense. Mas, não tem nada. A gente não tem nada documentado, o protocolo assistencial. A partir de agora. eu acredito que com essa obrigatoriedade dos plantões estarem participando da elaboração dos protocolos, eu acredito que eles vão começar a trabalhar melhor.

O primeiro aspecto levantado quanto aos protocolos refere-se à restritividade do Programa RMP para a Rede Privada, enfocando que a oferta é exclusiva ao setor público. Outro dado verificado é que a padronização poderia gerar melhoria para o atendimento.

E11 e E10 ainda demonstram tentaram buscar a participação para padronização do atendimento, mas que não obtiveram êxito nessa procura. Quanto aos relatos seguintes, E13, E12 e E11, enfatizara a presença das rotinas para interiorização dos protocolos. Isso porque se alguma normativa do RMP sai do contexto tradicional de trabalho da enfermeira, é possível que ela não o siga, optando por sua trajetória habitual de labor. Com relação às mães, o caso é o mesmo, já que as enfermeiras afirmaram (15,78%) o fato de nem todas seguirem o que é proposto pelo programa.

Por fim, a última entrevista E11 novamente demonstra no trecho que o protocolo esta sendo inserido gradativamente [*“A gente não tem nada documentado, o protocolo assistencial. A partir de agora. eu acredito que com essa obrigatoriedade dos plantões estarem participando da elaboração dos protocolos, eu acredito que eles vão começar a trabalhar melhor”*]. Para Nicolini (2012), as práticas são constituídas por rotinas definidas historicamente ou por meio de normativas. Segundo o autor, as práticas podem ser alteradas quando são interiorizadas pelos sujeitos a partir de um processo reeducativo, reforçado mediante repetição e avaliado.

Nesse contexto, a efetiva participação das enfermeiras e a obtenção de conhecimento do programa são necessários para que as informações passadas para a mãe tenham confiabilidade e segurança. Essa mudança atitudinal pode alterar as práticas e interiorizar procedimentos mais seguros. A integração dos

cuidados também é importante, de modo que cabe compreender o que está sendo realizado para modificar a realidade local.

7.6 ASSISTÊNCIA QUE DÁ CERTO

No que tange à assistência, a Unidade de Registro foi dividida entre o que está sendo realizado e a falta de mudanças. Os processos de triagem, a melhoria do quadro de funcionários e o treinamento também foram citados. Em seguida, aponta-se algumas falas para que esse diálogo seja visto na ótica das enfermeiras.

7.6.1 O que está sendo realizado?

A pergunta acima veiculada é importante por pressupor que é preciso pensar e agir afim de modificar a atual situação, oportunizando evitar a mortalidade perinatal. Agir, treinar e repensar atitudes individuais são ações necessárias para que as mudanças sejam palpáveis.

7.6.1.1 Ações realizadas

As ações são importantes formas de compreender o que está sendo feito para redução da mortalidade perinatal. As falas das enfermeiras ressaltam algumas dessas atitudes, conforme consta abaixo:

E.15- E a gente dá essa palestrinha ali, para elas terem um pouquinho de conhecimento. Porque a gente não consegue agora no final passar muita informação

E.15- Então, a gente tenta a parte de educação, como se fosse não uma educação continuada com os funcionários, mas com relação aos pacientes. A gente tenta passar o máximo de conhecimentos que a gente pode, porque também ela não vai absorver tudo de uma vez.

E.10- É, eu acho eles estão melhorando. E eu vi no meu retorno, eu não peguei todos s detalhes ainda, mas eles estão melhorando. Eles vão implantar um protocolo novo, uma rede seguindo Santa Catarina.

E.11- A partir de alguns meses é....foi determinado um grupo de, a gente tem pouco graças a Deus, mas tem! Existe um grupo que faz parte do projeto Parto Adequado.

E.4- Pode sim, e aqui agora vai começar também a fazer um... vai ter aqueles encontro com a gestante, para estar orientando elas, quando procurar o hospital, o que deve ser feito antes, o exames que vão ser feitos. Então, acho que já é uma das melhorias que vai "tá" sendo feito aqui, pelo menos na Instituição.

E.13- Tem, assim a gente tem a reunião mensal. Então, a gente trata tudo isso. Olha a gente tem dificuldade com o protocolo de tal médico, a gente tem dificuldade, então assim a equipe sempre está conversando e sempre está junto.

E.7- Capacitando os profissionais. Sim, eu acho que todo mundo tá buscando capacitação técnica...

E.9- Então, a gente tá em constante capacitação no hospital, o hospital mesmo oferece várias capacitações pra gente inclusive um curso que a gente vai fazer agora recentemente de emergências obstétricas, então a gente tá envolvido pra realmente melhorar e capacita nossas equipes.

A entrevistada E15 entende a ação educativa mediante formação continuada como uma "palestrinha" (EPS) para as enfermeiras. A utilização dessa nomenclatura pode indicar que não há entendimento ou valorização dessa formação, vista apenas como uma fala corriqueira. No caso do discurso de E15, a palestra não foi percebida em suas intenções, o que desvalorizou a atividade perante sua fala. A assistência dada mediante capacitação é vista pela entrevistada como um processo necessário para reforçar prerrogativas de ordem imediata, muitas vezes impondo ações ao invés de incentivar mudanças de hábitos. A política de educação continuada e permanente, do Ministério da Saúde, recomenda que haja constante capacitação para obter informação e facilitar a comunicação entre diferentes setores. "As estratégias devem conter linguagens adequadas, incluindo acessibilidade às pessoas com deficiência, conteúdo de interesse para a sociedade local e o uso de meios convencionais, regionais e populares, e da internet" (BRASIL, 2009, p.18).

A partir do conhecimento adquirido, E15 ainda enfatiza a necessidade de repassar aos pacientes o que foi aprendido. Ideias advindas de outros Estados, como Santa Catarina, também foram citadas como na fala de E10. Além disso, uma das enfermeiras enfatizou a existência do Parto Adequado, programa que incentiva o parto humanizado e promove colaboração com o RMP.

Outra ação mencionada por E4 foi o encontro realizado com as gestantes para orientar na realização de exames e consultas. Reuniões mensais e capacitações dos profissionais que trabalham diretamente com essa mulher completam a lista das ações realizadas que foram mencionadas. Para Gomes et al. (2018), palestras são necessárias para trazer temáticas atuais ou mudanças

recentes na conjuntura do trabalho, seja na área da saúde ou em outro campo do saber.

Outra ação mencionada por E11 é o parto adequado, projeto esse oriundo da assistência privada que também tenta reduzir o número de cesáreas eletivas e aumentar o número de partos normais, evitando muitas vezes a prematuridade e complicações ante parto justificando sua importância na mortalidade perinatal.

Na visão de Carvalho, Leal e Lima (2018), esse programa pode ser definido a partir de:

[...] três modelos de atenção para reduzir cesarianas. No primeiro, o hospital tem equipe para receber as gestantes e fazer o parto, e a equipe que atende ao parto é diferente da que faz o pré-natal; no segundo, o médico que atende no pré-natal é o mesmo que atende ao parto, mas a gestante vai para o hospital ser atendida pela equipe hospitalar e chama o médico do pré-natal somente próximo da hora do parto; no terceiro, o médico do pré-natal poderia ou não ser o mesmo do parto, mas os médicos se organizariam em equipes, todos seriam conhecidos pelas mulheres e para cada dia um deles ficaria na disponibilidade para atender ao parto. (CARVALHO; LEAL; LIMA, 2018, p.7).

Quanto ao Parto Adequado citado pela entrevistada, percebe-se a intenção de tornar esse momento mais humanizado e diminuir as cesáreas. A atenção dada é integrada e não sobrecarrega os profissionais da saúde. O acompanhamento é feito de forma constante, no momento do parto.

Outro aspecto enfocados pela E4 é a orientação das gestantes na realização de exames e consultas como já citado anteriormente. Esse fator também proporciona maior contato e possibilidade de realizar parto humanizado. Para Baggio et al. (2016), as Reuniões mensais e as capacitações são ações concretas que auxiliam na interiorização de rotinas e fixação das normativas laborais.

Dessa maneira, percebe-se que as ações levantadas pelas entrevistadas (42,10%) são importantes, ainda que não haja total conscientização de sua validade dentro do contexto de melhoria da mortalidade perinatal.

7.6.1.2 Não há mudanças

Nem sempre as mudanças são perceptíveis na realidade profissional das enfermeiras. Duas delas visualizam um cenário diferenciado, com mudanças

inexistentes e que não as atingem em suas demandas como expresso nas falas a seguir:

E.5- Eu acho que não é feito nada pra mudar a realidade futuramente.

E.6- Eu não vejo agora melhorias, mas eles poder mudar isso.

Assim como 10,52% das entrevistadas reconheceram a existência de mudanças na assistência ao parto, também houve as que não reconheceram alterações na realidade que trabalham. Para Alves et al. (2018), a falta de percepção de mudanças está associada com a sobrecarga de trabalho e a falta de motivação do profissional. Para que as alterações sejam percebidas, é importante que esse colaborador seja valorizado, ou que ações realmente impactantes sejam estabelecidas em sua trajetória rotineira laboral.

Entretanto, a não percepção de mudanças também pode estar associada com a continuidade das problemáticas, com a falta de estrutura e com ausência de recursos. A negativa é tão importante quanto a positiva, pois as informações reveladas por esses sujeitos de pesquisa mostram um campo heterogêneo e que é perceptível de forma diferenciada pelos enfermeiros.

7.6.2 Necessidade de melhorias

Esta Unidade de contexto demonstra que, independente de ações existentes ou do não reconhecimento das mudanças, é necessário melhorar o cenário. Três subitens despontam como importantes para as enfermeiras: o treinamento, quadro de funcionários e a triagem.

7.6.2.1 Treinamento/funcionários

O treinamento é etapa fundamental, assim como pensar no quadro de funcionários, suas particularidades numéricas e qualitativas. Nas falas das enfermeiras, identifica-se a falta de treinamento, de estrutura, de conhecimento e de insuficiência numérica profissional. Conforme constam:

E.1- Acho que falta, até não sei dessa equipe, mas eu falo “tipo” da minha que as meninas já falaram que “elas têm” necessidades de ter um treinamento, é, pro atendimento neonatal ali, do bebezinho quando nasce...

E.1- A maternidade não tem monitor cardíaco.

E.2-[...] Mas eu acho que treinamento, basicamente treinamento. Estrutura nós temos, a estrutura muitas vezes é falta de realmente todos os que estão envolvidos em maternidade terem o mesmo olhar.

E.2- Ai! De tudo, né? Desde estrutura até os conhecimentos. Os profissionais mesmo, sabe? E a gente sempre procura, né?

E.3- A gente tá tentando aumentar nosso quadro de funcionários, né?

No que se refere ao quadro de funcionários, E3 argumenta a necessidade de aumentar o quadro de pessoal. A melhoria a partir do aumento de colaboradores é sustentada por Gomes et al. (2018). Para os autores, a alta rotatividade dos funcionários está articulada a uma política de resultados satisfatórios e rápidos e supressão de falhas com pouca tolerância, devido à grande quantidade de mão-de-obra disponível.

Na visão dos autores, muitos empresários acabam vendo na contratação de pessoal uma despesa a mais, principalmente nas instituições privadas. Isso faz com que se aumente a carga de trabalho e, conseqüentemente, os problemas de saúde dos colaboradores. Dessa forma, a contratação de pessoal é fundamental, pois aumenta-se o número de olhares, enfoques e participações para melhoria das condições de trabalho e aprimoramento dos resultados.

7.6.2.2 Triage

O processo de triagem é mencionado como o atendimento inicial, para 26,31% das entrevistadas, que seleciona os casos mais graves e os coloca em nível prioritário diferencial. A qualidade da triagem é motivo de preocupação, de modo que o item é considerado um ponto a ser melhorado para que haja redução da mortalidade perinatal. Para as enfermeiras entrevistadas,

E.6- A triagem é importante porque a triagem já é uma da seleção, porque, ela é triada, se ela tem sangramento, ela é colocada como prioridade no atendimento né? Então é um dos, um dos fatores que já foi colocado.

E.1- Eu acho que já começa pela triagem ali, e o atendimento médico ser rápido. Aqui sempre pedem exames. Chega uma hipertensão, pode ser até no limite ali, eles já pedem exames, tendem ao diagnóstico precoce pra já conseguir atuar.

E.2- É...eu acho que não só enquanto elas estão internadas aqui, mas desde quando elas vêm com qualquer queixa. Fazer uma triagem

adequada das pacientes, é, como eu falei, anotar o que aconteceu com o bebe aqui. Ter essa comunicação lá com a unidade de saúde.

E.1- Eu acho que com uma triagem da enfermeira.

E.5- Primeiramente aqui, acho que a triagem ali deveria ser por enfermeiro.

O processo de triagem é descrito por E6,E1,E5, como um dos aspectos a serem aprimorados. Nessa linha de pensamento, citam esse processo dentro da prioridade de atendimento, destacam a necessidade de rapidez no processo, atentam-se para o fato de ouvir a paciente, salientam a importância da comunicação com a Unidade de Saúde e evidenciam o fato de o trabalho precisar ser realizado pelo enfermeiro.

Para Duro, Weber e Lima (2015), a triagem é essencial para que seja estabelecida uma classificação de risco, de modo a ordenar a prioridade de atendimento e normatizar os acessos. Para as autoras, é importante que a triagem tenha qualidade e que seja realizada por profissionais da enfermagem. Identificar as habilidades do enfermeiro para realizar essa triagem qualitativa é importante para evitar que processos tardios sejam considerados normais.

A prática clínica deve ser aprimorada e os conhecimentos necessitam de fomento para avaliação dos serviços. Como apontam " os enfermeiros trabalham em situações complexas, dinâmicas e incertas. Assim, se apoiam na prática clínica para interpretar os eventos e tornar visíveis as necessidades dos pacientes" (DURO; WEBER; LIMA, 2015, p.2).

As entrevistadas (15,78%) fazem uma crítica da sobrecarga de trabalho direcionada para a equipe de enfermagem, argumentando que a triagem superficial pode ser resultado do excesso de pacientes e da necessidade de otimização do tempo. Assim, é um ponto de melhora que possui importância singular, na medida em que se foca na redução da mortalidade perinatal.

Nos dias atuais, a triagem é feita de maneira apressada e com poucos procedimentos. A atenção dada à mãe é limitada, pois há muitos pacientes aguardando em filas e a equipe é reduzida. O cenário ideal seria de maior atenção, mais tempo para fazer perguntas e procedimentos mais detalhados para já diagnosticar situações que possam indicar intercorrências. A melhoria poderia se dar se houvesse mais pessoal capacitado, maior estrutura tecnológica e mais tempo com a mãe, afim de realizar todos os procedimentos.

7.7 TECNOLOGIA EM SAÚDE

Essa Unidade de Contexto busca delimitar se há estrutura física, tecnológica e humana para se reduzir a mortalidade perinatal. Portanto, cada unidade de contexto busca responder a um destes aspectos, verificando se há tecnologia, estrutura física e capacitação suficiente para atendimento qualitativo.

7.7.1 Estrutura física insuficiente

A estrutura física é essencial para que o trabalho seja desenvolvido de forma satisfatória. Entretanto, nem sempre as condições reais e as condições ideais encontram-se no mesmo espaço. Conforme apontam as entrevistadas,

E.15- A estrutura física eu acho que não há espaço, é muito apertado, você coloca, hoje nós temos duas pacientes no quarto, pra mim poderia ser um pouquinho mais espaçoso, pra você entrar com a paciente tem que tirar tudo do quarto pra daí colocar a paciente dentro: é um transtorno.

E.3- Não é o ideal ainda. Mas a gente tem suporte, continua com o mesmo suporte que tinha. Mas, não é o ideal ainda, podia ser melhor.

E.16- Então a estrutura física que a gente tem ainda é muito pequena. Então, assim, é um quarto pequeno (que) foi improvisado. É, tecnológica, a gente tem equipamentos bons, tem a cama PPP, tem berço aquecido, tem bola tem banquetta, tem cavalinho. Então, tem alguns recursos que dá pra utilizar.

E.11- Eu acho que não. Estamos buscando a melhoria. Tanto em pessoal, quanto estrutura, tecnologia, tem coisa pra melhora. Mas já conseguiu bastante coisa.

E.9- Questão da estrutura física eu acho que acaba falhando mais.

E.7- Eu acho que totalmente não. Eu acho que ainda nós temos deficiências físicas no setor.

A respeito da estrutura física, 31,57% das entrevistadas apontam um distanciamento do ideal. A Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 (BRASIL,2002), estabelece que a estrutura física deve permitir a elaboração de projetos, a destinação de recursos para manutenção predial, reforma, ampliação e manutenção estrutural mediante apresentação de documentação comprobatória.

Neste documento de 161 páginas, destaca-se que todos os aspectos prediais, arquitetônicos, elétricos, de climatização, dentre outros, devem obedecer normas respectivas de cada órgão, sendo vistoriados pelo Corpo de Bombeiros e pela ANVISA. Dessa maneira, percebe-se que a estrutura

mencionada pelas enfermeiras se encontra afastada do documento, pois apresentam estrutura improvisada. No caso de Hospitais Públicos, vale lembrar que a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 prevê reformas, mas os recursos nem sempre são suficientes e/ou demoram a chegar ao estabelecimento.

Das entrevistadas, apenas 31,57% buscam detalhar mais as respostas, mencionando que o espaço é apertado e que isso causa certos transtornos. As outras 13 (68,42%) apenas mencionam que há deficiências e falhas no setor. Por fim, há aquelas que apresentam otimismo ou alguns itens de melhoria, como a cama PPP, berço aquecido, bola, banquetas, cavalinho.

Para Foster, Oliveira e Brandão (2017), há como mobilizar mais e melhores estratégias se houver estrutura física próxima do ideal. Porém, essa problemática é presente em todo o Sistema Público de Saúde, pois falta material básico necessário ao exercício profissional da saúde. Uma estrutura física longe do ideal pode trazer maior necessidade de acolhimento qualitativo e humanizado, pois a mãe precisa sentir-se amparada pela equipe profissional e ter confiabilidade no exercício de enfermagem proposto.

Assim sendo, a estrutura física comunga com a tecnologia para otimizar e aprimorar o atendimento, mas podem ser complementados por um serviço de qualidade e humanização. "Os desafios por uma saúde humanizada e de qualidade, em que por muitas vezes o acolhimento e a humanização ainda estão desarticulados no processo de trabalho dos profissionais de saúde" (FOSTER; OLIVEIRA; BRANDÃO, 2017, p.461). Nesse sentido, a mudança da estrutura em si não afeta positivamente, mas pode ser benéfica se atrelada com uma visão mais humanizada da enfermagem, assim como um tratamento mais qualitativo e proximal.

7.7.2 Disponibilidade das tecnologias

A tecnologia também é importante para que se evitem mortes de RN. Seu uso garante maior eficácia diagnóstica e ações preventivas de maior impacto. Dessa maneira, o cenário é analisado pelas enfermeiras da seguinte maneira:

E.17- A gente tem todos os equipamentos aqui, tudo os aparatos necessários a gente tem.

E.14- Sim tem, porque nós temos um é um serviço, uma equipe que está sendo treinada, nós temos o serviço caso precise de uma emergência, banco de sangue, centro cirúrgico.

E.12- Sim, quando nós não conseguimos dar suporte aqui, a gente já tenta agilizar o máximo, pra transferir essa gestante, pra gente tá assistência, né, pra que ela seja assistida em outro lugar.

E.10- Tudo OK. Achei assim que até tá melhorando, que eles estão investindo, querem investir ainda mais, então assim, tá tudo tranquilo.

E.2- Eu acho que em relação a estrutura física tecnológica sim! Eu acho que o hospital tem sim condições de atender.

A tecnologia é vista, pelos entrevistadas em um total de 17 (89,47%) de maneira satisfatória e necessária. Nas falas de E17, E14, E12, E10 e E2, ressalta-se a presença de recursos tecnológicos suficientes, equipe treinada para manipular os equipamentos, investimentos sendo realizados e coerência em relação à questão estrutural física.

Para dos Santos et al. (2017), a tecnologia possibilita maior atenção para a gestante e oferece mais condições de determinar situações de risco e mortes evitáveis. Para elas, esse tipo de assistência tecnológica é um Direito, pois está imbricada da qualidade no atendimento.

Entretanto, não basta ter acesso à tecnologia e não haver suporte humano especializado para manuseá-la. O uso ou não de determinados recursos também é debatido pelas participantes do estudo.. "A realização da ultrassonografia tem impacto sobre a mortalidade perinatal devido ao diagnóstico de gestação múltipla e malformações fetais não suspeitas" (DOS SANTOS et al., 2017, p.31).

Ademais, as autoras evidenciam que grande parte da tecnologia hospitalar se encontra nas mãos de técnicos, cujas competências nem sempre estão atreladas a essa finalidade. Dessa forma, propõem que o profissional enfermeiro deve dominar tais recursos e utilizá-los de forma eficiente e com foco na otimização do cuidado.

Para Meira e Costa (2016), a tecnologia pode ser útil para diagnosticar e tratar problemas de ordem prioritária para a gestante, como a infecção urinária. Entretanto, o uso dessa tecnologia deve estar nas mãos de um enfermeiro qualificado. "Os dias de hoje trazem novos desafios, exigindo profissionais que

conheçam as condições de vida da população e que compreendam o uso da tecnologia para benefício da população” (MEIRA & COSTA, 2016, p.9).

Dessa forma, percebe-se que a função do Estado e das instituições de saúde privados é promover a saúde a partir de estrutura humana, predial e tecnológica. Nesse último ponto, os discursos das entrevistadas (26,31%) mostram uma tecnologia presente, mas não esclarecem as formas de uso e os resultados obtidos a partir delas.

7.7.3 Adequação da capacitação

A capacitação é colocada, nessa unidade de contexto, como sendo um processo faltante na realidade profissional das enfermeiras. Entretanto, a busca por treinamento é um fator otimista nesse processo, pois indica a conscientização para a melhora do quadro estatístico de mortes perinatais.

E.16- Não, a gente percebe que não, que nem todos da equipe têm treinamento adequado e foi proporcionado alguns profissionais médicos e foi pago curso da, da, do alto da emergência obstétrica nem todos participam.

E.15- Eu acho que meia boca,.

E.15- Vamos ver estamos na espera, também na espreita, em relação a equipe, temos uma equipe muito boa, não, não, poderia ser um pouquinho a mais mas a gente não está desejando, não está deixando a desejar, a gente está no meio termo, pra ficar melhor tem que ter mais material humano para você trabalhar e dar uma qualidade melhor.

E.12- Frágil, mas a gente tenta agilizar mesmo assim, embora nem todos estejam capacitados, o pessoal se esforça e, e tenta agiliza o máximo possível.

E.2- Mas, e, eu acho que de profissional...Tem ainda muitas falhas, assim, eu acho, é que como eu falei, as vezes a gente só se depara com uma situação assim, é uma intercorrência depois que você vai procurar saber o que deveria ter sido feito naquela hora.

E.13- Ela tá é bem, eu acho assim bem entrosada.

A capacitação foi mencionada como um item ausente, nas entrevistas em seu total de 18 entrevistadas (94,73%). Apenas uma delas E 13 não apontou a existência de falhas, argumentando que a situação está favorável e a equipe é entrosada. Todas as outras (94,73%) argumentaram que nem todos possuem capacitação, mas que há ações estratégicas como por exemplo a sensibilização da equipe para modificar esse quadro, como explanado nas falas de E16, E15,

E12, E2. A fragilidade torna-se mais notável quando ocorre intercorrências que poderiam ser evitáveis.

Para Soares e Ferreira (2017), a capacitação é um processo contínuo de formação, pois pressupõe que mesmo após a graduação há necessidade de especialização. Se a capacitação não é realizada em período curto, as autoras enfatizam que há desatualizações no quadro intelectual, o que pode prejudicar o andamento das rotinas dentro das normatizações especificadas. Para elas, a qualificação ainda é um desafio no cenário brasileiro e que o SUS vive um crescente despreparo evidenciado pelo aumento das desigualdades e pela precarização da profissão.

Em suas palavras,

As tendências voltadas para a formação do profissional enfermeiro com habilidades que vão além dos aspectos técnicos, constituem grande desafio não somente para as instituições formadoras, como também para o crescimento e a afirmação da profissão no contexto social que se delimita. Faz-se necessário investir na compreensão e no aprofundamento dessa temática para que se possa, a partir de então, evidenciar a formação de profissionais comprometidos com o desenvolvimento do saber ser e fazer em enfermagem (SOARES; FERREIRA, 2017, p.149).

Portanto, a capacitação precisa focar aspectos diferenciados, não somente valorizando o saber técnico, mas também promovendo humanização. O investimento é mais do que necessário para que essa situação seja revertida, mas é fundamental que tais recursos não provenham somente do setor privado, mas também tenham abrangência no sistema público de saúde.

7.8 TECENDO REDES

A construção de redes é fundamental para que um trabalho integrado aconteça. A Unidade de Registro que se especifica abaixo mostra se há interligação entre as redes ou se a ausência predomina, indicando isolamento da Unidade de Saúde em relação ao Hospital.

7.8.1 Interligação entre as redes

A interligação das redes é colocada por algumas enfermeiras como uma realidade concreta estabelecida. O relacionamento com a coordenação é tratado como uma forma de estabelecer contato com situações externas e obter informações a respeito de outras realidades. Para as entrevistadas,

E.3- As nossas gestantes vêm do centro municipal da mulher. A gente tem sempre que está em contato com a gestora e agora nesse último mês de novembro é bem novidade: a gente tá desenvolvendo com ela para fazer a visita da trigésima semana no hospital.

E.4- Pelo menos aqui na instituição eu acredito que existe ligação entre a atenção terciária e primária.

E.9- Sempre há um relacionamento da nossa coordenação, sempre há um relacionamento com a atenção primária. Então, muitas vezes até em alguns eventos muitos cursos a gente tá em contato para ver o que pode melhorar de um lado de outro, pra que a gente possa beneficiar essa nossa paciente.

No que se refere ao processo de contato entre as redes, há afirmativas entre as entrevistadas (15,78%) de que o processo é feito de maneira concreta. A coordenação estabelece uma relação direta com a equipe que facilita o relacionamento e a obtenção de informações atualizadas da paciente e dos procedimentos. Também é citada a participação em cursos e a finalidade de beneficiar a paciente.

Em cada um desses discursos, a retórica é semelhante: a coordenação ativa e o desenvolvimento de um relacionamento entre as redes. Em apenas um caso a entrevistada menciona que acredita existir tal ligação [*“Sempre há um relacionamento da nossa coordenação, sempre há um relacionamento com a atenção primária”*], o que não aponta a mesma segurança dos outros casos, ainda que sua resposta tenha sido igualmente afirmativa.

A respeito disso, Soares e Ferreira (2017) notam que a capacitação pode promover maior contato entre as redes, de modo que a especialização do trabalho promove sua conscientização. A existência das redes e sua efetiva participação está associada, portanto, a profissionais que se capacitem para manter essas estruturas em contato.

Já Foster, Oliveira e Brandão (2017) reforçam que a humanização se dá de maneira mais coerente quando praticada em mais de uma instituição e de forma acolhedora. Dessa maneira, a aplicabilidade e manutenção das redes é possível mediante mudança no atendimento e especialização.

Existem várias redes de atendimento e capacitação para redução da mortalidade perinatal, como é o caso da Rede Mãe Paranaense, a Rede Cegonha e a Rede Mãe Curitibana, que precedeu outros programas. O funcionamento dessas redes deveria ser para promover maior assistência à mãe e bebê, melhorar o atendimento da Unidade Básica, fornecer dados para efetiva

comunicação entre os diferentes setores da saúde e normatizar especialidades, promovendo maior integração, participação e aprimoramento profissional.

Assim, estratégias poderiam ser mobilizadas para que essa comunicação se torne mais significativa, como integração entre serviços de internet, portais de preenchimento e busca compartilhada de informações, atualização cadastral, mapeamento de pacientes de risco, dentre outros recursos.

7.8.2 Negação da morte perinatal

A falta de ligação entre as redes também é abordada entre as entrevistadas. Nessa Unidade de Contexto, percebe-se que há um número maior de falas direcionadas a demonstrar a ausência de relacionamento entre diferentes setores, na Unidade Básica e no Hospital. Conforme ressaltam,

E.1- Não, eu acho que isso também falha na comunicação nossa com as Unidades Básicas de Saúde.

E.10- “Hum” não, não. Acho que não, não vejo pelo menos. Pelo menos no meu horário não percebo isso.

E.6- Eu acho que isso é um, uma falha e aí que está a falha, eu acho.

E.7- Não, não. Não existe esse feedback.

E.11- Não tanto como deveria. Porque nem sempre o pré-natal, assim, diferente de, lá na da saúde da atenção pública, acho que até tem mais, mas como que, como o particular o pré-natal é privado e tem, ainda, não é padronizado um pré-natal, cada profissional conduz a sua paciente e, da sua maneira.

E.16- Não, não tem! Então, é a gente recebe a paciente. Às vezes nem sempre tem todo, todos os exames em carteirinha, tem todos os registros em carteirinha - que é o documento que a paciente vai até a maternidade. então as vezes é uma ficha ou tá gravado no computador do médico no pré-natal, então, a gente não tem acesso a esses dados. A gente muitas vezes tem que confiar no que tá na carteirinha e confiar no que o médico fala, se não tem na carteirinha a gente se perde.

E.5- Eu não vejo isso aqui, as pacientes consultam aqui, o doutor faz pelo G-SUS, ali a evolução. A gente faz a nossa evolução do atendimento nela, mas eles não tem um retorno lá do que aconteceu com elas aqui.

E.17- Não. Infelizmente, não há ligação entre a atenção primária e secundária.

E.2- Não. Eu acho que não tem ligação entre as redes.

E.16- Com certeza, com certeza faria muita diferença, porque é a gente não tem acesso aos exames. Então uma pacientes que teve infecção urinária evolui para um trabalho de parto prematuro. Se não tem o registro na carteirinha, se o médico não lembrar de contar ou se o

médico estiver viajando, como acontece, e acaba caindo na mão do plantão, a paciente na hora da dor ela não vai lembrar que ela teve uma infecção urinária. Isso faz muita diferença. Se ela teve um Strepto positivo e não trato - que precisa ser tratado lá na hora do parto - é ante parto na verdade, então, se você não tiver esse dado não tem como tratar.

As respostas mencionadas direcionam-se para o lado oposto do tópico anterior e demonstram que o cenário é deveras complexo. Algumas das respostas em um total de 9 (47,36%) entrevistadas são diretas e enfatizam que não há contato entre diferentes redes. As outras 10 (52,63%) respostas enfatizam que tal falta de contato é uma falha, o que não percebem tal interligação.

Por fim, há aquelas que detalham suas respostas, como E11, E16 e E15, fornecendo suas justificativas a respeito dessa não percepção das imperfeições. Para estas, uma maior ligação entre os diferentes setores poderia fazer diferença expressiva na redução da mortalidade perinatal, pois forneceria informações pontuais à equipe de enfermagem, sobre intercorrências anteriores ou outros problemas anteriormente existentes.

A falta de acesso à informação é reforçada pela fala de E16, assim como falhas de comunicação. Ainda houve a E11 que comparou a realidade pública da privada, argumentando que a primeira possuía mais problemas que a segunda. Sobre isso, Barreto, Nery e Mendes (2011) acrescentam que a falta de informação ainda é o principal aspecto problemático que aguça os números de mortes evitáveis, principalmente nos casos de RN.

Se a falta de conhecimento já é prejudicial para que a mãe tome os devidos cuidados, tal fator é igualmente preocupante com a equipe de enfermagem. Segundo o autor supracitado, esses profissionais precisam ter acesso a informações da Unidade de Saúde para poder pontuar as razões das intercorrências ou evitar a ocorrência de problemas que possam causar mortalidade perinatal.

Nessa perspectiva, Barreto, Nery e Mendes (2011) ainda argumentam que o trabalho em equipe não deve pressupor apenas ações internas, mas também externas, que tenham impacto direto sobre a saúde e qualidade de vida da paciente e do feto. Nesse ponto, concorda-se com o autor, pois o trabalho em equipe deve ser estabelecido a fim de garantir o enriquecimento intelectual e formativo da equipe, ao mesmo tempo que promove resultados favoráveis para a redução da mortalidade perinatal.

7.9 A ASSISTÊNCIA QUE QUEREMOS

Nessa Unidade de Registro, percebe-se o ideal construído pelas entrevistadas. Os destaques dados por elas delimitaram as Unidades de Contexto, que foram a importância do profissional qualificado e de obter informação. Segue abaixo a análise de ambos os itens:

7.9.1 Qualidade do profissional

A existência de um profissional qualificado é o tema dessa Unidade. Nela, percebe-se que as entrevistadas citam a capacitação como um exercício desejável, com possibilidade de aprimorar o saber e promover mudanças qualitativas nos resultados do trabalho. Para elas,

E.7- Justamente com capacitação técnica, porque muitas vezes os olhos do enfermeiro vão além do olhar médico.

E.3- A gente tem que estar se capacitando.

E.9- Eu acredito que se capacitando cada vez mais né pensando naquela paciente nas intercorrências que podem acontecer com ela. Se envolver, se envolvendo mais! Não sendo ali ao surgimento dessas intercorrências.

E.8- Se especializando em primeiros socorros.

E.12- Se soltassem tudo em nossas mãos (risos). Porque a gente, às vezes, sugere as condutas, nem sempre são aceitas, e muitas vezes a enfermagem, se enfermagem, se deixassem fazer o que a enfermagem, o que a enfermagem sabe, a gente tá reduzindo.

E.17- Se tivesse acompanhamento da enfermeira obstetra junto da mãe.

Quanto aos anseios da assistência desejada, E.7, E12 e E17 apontaram que a capacitação técnica define as diferenças entre o olhar médico e o da enfermagem. Além disso, E3 ressalta que esse processo é contínuo e acontece recorrentemente. Também reivindicaram maior autonomia, como na fala de E12, argumentando que as condutas passadas poderiam ser seguidas e isso daria mais condições de reduzir a mortalidade perinatal e diminuir intercorrências.

Essa prática ajudaria, ainda que o processo de autonomia fosse limitado, já que a especialização e a segurança nos procedimentos são necessárias para o exercício autônomo. Entretanto, a equipe multiprofissional é mais eficaz, nesse contexto, pois produz certa autonomia com ênfase no trabalho conjunto, prevenindo erros que poderiam ocorrer se não houvesse esse tipo de trabalho.

Por fim, duas entrevistadas (10,52%) demonstraram atitudes diferenciadas: enquanto E.8 destacou estar se especializando em Primeiros Socorros, a outra E.17 salientou a importância do acompanhamento da enfermeira obstetra de forma mais ativa. A respeito da capacitação, Soares e Ferreira (2017) já se posicionaram quanto à sua importância, o que reforça a necessidade de se repensar as formas de capacitação, e não a formação em si.

Sobre as motivações para esse fato, Colebrusco de Souza et al. (2016) atentam para o fato de que a equipe necessita ser especializada para que o atendimento tenha melhor qualidade. Nesse caso, as falas a respeito do curso de Primeiros Socorros e do acompanhamento da enfermeira obstétrica encontram-se atreladas na teoria, pois essas formações possibilitam a atuação em diferentes condições, dentro do Hospital.

A autonomia para a enfermagem é descrita por Fonseca e Coutinho (2014) como um processo permeado por rupturas e permanências, mas capaz de diminuir significativamente a mortalidade infantil, já que a estrutura adequada atrelada à maior liberdade na ação profissional pode conduzir à maior responsabilização, organização, planejamento e aperfeiçoamento de competências e habilidades. Entretanto, os pesquisadores Fonseca e Coutinho (2014, p.92) apontam que “o exercício de autonomia necessita ser mediado por uma base normativa sólida e interiorizada”. Nesse sentido, não basta oferecer essa autonomia, mas construir a confiabilidade para que ela ocorra, mantenha-se e gere resultados satisfatórios.

7.9.2 Informação é tudo

A respeito da busca pela informação, as enfermeiras apontaram ser ideal estruturar o ensino e a aprendizagem, promover uma visão de enfermagem pautada no cuidado e ênfase no comprometimento. Assim, essa unidade busca enaltecer as formas pelas quais refletem a busca pela informação.

E.6- É o ideal, acho que a informação pra tudo.

E.15- Ensino, porque a gente é ensinado, porque a gente veio para ensinar, enfermagem é cuidado, pra mim enfermagem é cuidado e ensino, se a gente cuida e ensina da maneira correta a gente tem que ir para o caminho certo, acho que não precisa de mais nada só o cuidado e o ensino.

E.14- Na atenção, eu acho que a atenção você está realmente comprometido com seu trabalho, com o trabalho da gente, entender a importância do nosso trabalho, porque muitas situações, muitas intercorrências e às vezes passam por profissionais que fazem procedimento normal da gestação.

Em relação à informação, as enfermeiras entrevistadas (15,78%) apontaram que o ensino, o cuidado, o comprometimento e o entendimento da importância do trabalho são os aspectos essenciais para que haja a redução da mortalidade perinatal. Na fala de E.6, percebe-se que a argumentação se volta para uma informação que modifica realidades, enquanto a segunda foca-se na questão do ensino.

Por fim, E14 aborda o comprometimento e atenção no trabalho para evitar as intercorrências. A respeito desse fator, Soares e Ferreira (2017) reiteram que a informação técnica obtida em capacitação pode ser útil para que o aprimoramento aconteça, desde que tal informação leve a uma reflexão prática. O ensino é retratado por Figueiredo et al. (2012) a partir de uma ótica sociológica, visto que a educação para a saúde deve ser reforçada por aspectos éticos inerentes à formação.

Assim sendo, a busca por informação está inscrita em uma lógica de melhoria do trabalho, o que é importante para a redução da mortalidade perinatal. O comprometimento com o trabalho faz parte, para Figueiredo et al. (2012) de uma disciplinarização do saber, na medida em que tal compromisso é útil para que a carreira continue e para garantir mais qualidade no atendimento. O aspecto do trabalho está inserido na questão da saúde e da vida, o que torna a fala de dupla importância. Tanto na teoria quanto na prática, entrevistadas e autores evidenciaram a importância da informação para que haja redução da mortalidade perinatal, reforçando esse discurso.

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO: GESTORES

Semelhante aos profissionais da enfermagem, as falas dos gestores foram organizadas e apresentadas segundo unidades de registro e de conteúdo verificadas na análise dos dados (Apêndice 5). Emergiram dos discursos quatro unidades de registro, divididas em quatro unidades de contexto. As unidades de registro foram organizadas em: contextualizando os óbitos perinatais, ações que dão certo, estruturação da equipe e caminhando para as mudanças (Quadro 2).

Quadro 2. Análise de conteúdo: definições das unidades de registro e de contexto entrevista: Gestores. Ponta Grossa- 2018

UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
1. Contextualizando os óbitos perinatais	1.1 Fragilidades da atenção na perspectiva da gestão
2. Ações que dão certo	2.1 Melhorias para a qualidade assistencial
3. Estruturação da equipe	3.1 Equipe capacitada 3.2 Em busca da reestruturação da equipe
4. Caminhando para as mudanças	4.1 Mudanças na Atenção

Fonte: Elaborada pela autora. Ponta Grossa- Pr, 2018

A primeira unidade de registro buscou contextualizar a visão do gestor a respeito dos óbitos perinatais, que pode ser diferente da ótica da enfermagem no mesmo processo. Em seguida, na mesma unidade, os gestores trataram suas particularidades a respeito dos óbitos perinatais, expondo suas visões e argumentando se isso ocorre ou não em suas instituições. A segunda unidade mostra atitudes positivas em procedimento e resultado. Na terceira unidade, vislumbra-se compreender se a equipe é suficiente, interligada ou multiprofissional. Por fim, a última unidade trabalha com as possíveis mudanças no cenário da gestão para redução da mortalidade perinatal.

8.1 CONTEXTUALIZANDO OS ÓBITOS PERINATAIS: GESTÃO

A Unidade de Registro acima busca perceber as fragilidades e ações da gestão para evitar a mortalidade perinatal. De modo geral, o mesmo exercício feito com as enfermeiras (de lerem e comentarem a reportagem) foi efetuado

com os gestores. As falas auxiliam na compreensão de suas representações e conteúdos priorizados.

8.1.1 Fragilidades da atenção na perspectiva da gestão

Uma das principais características do trabalho do gestor, segundo Pinheiro, Pinho e Bruni (2017), é verificar a existência de erros e fragilidades no sistema que atua. Na Gestão Hospitalar, essa percepção pode ser capaz de salvar vidas. Na fala dos entrevistados, percebe-se que:

DT1- Eu acho que em condições ideais não (não há fragilidades), Eu acredito que as vezes a gente fica em alguma situação de risco, por essa condição. De repente você tem três, quatro mães com programação de, nascimento de crianças prematuras, de baixo peso, e você não tem vaga na UTI, você está tentando transferir e não consegue, então as vezes você fica...

GP- Hoje a maior fragilidade que a gente tem ainda é a falta da UTI neonatal, nós estamos trabalhando no desenvolvimento dela e esperamos que até a metade do ano, no máximo julho, agosto, a gente tenha a UTI funcionando, vai melhorar bastante porque realmente é uma dificuldade.

DA1- É nessa questão técnica com a mãe e o bebê quem vai responder para você é o médico e o diretor técnico. Ela não chega na direção administrativa.

DP- Então, sempre tinha obstetra, mas não tinha os serviços; não estavam organizados.

DA2- Em relação de toda a rede, existe uma série de fragilidades. Uma vulnerabilidade das populações.

DT2- Não, existem várias. A gente tem, na verdade, uma dificuldade no sentido do atendimento, ou seja, o acesso das pacientes ao pré-natal. Eu percebi que no decorrer dos anos melhorou.

DA3- E a gente tem hoje um plantonista. Então, a gente começou a partir de março a implantar o rotineiro. Além do plantonista, tem mais um obstetra que faça visita diariamente, na verdade de segunda a sexta-feira, porque fim de semana reduz bastante o movimento aqui, mas de qualquer forma, isso é uma fragilidade.

DP- Sim, e a melhoria do pré-natal, ainda continua tendo alguns problemas com relação a isso porque a gente não tem os 100% dos pré-natais aqui; não são feitos com médico obstetra.

O discurso expressado pelos gestores (42,10%) é nitidamente diferente do expressado pelas enfermeiras. A primeira entrevista DT1, destacada mostra a intenção de justificar a mortalidade perinatal a partir da quantidade de mães com programação de parto e com a escassez de UTI's para alocar os pacientes. Aliás, a falta de UTI é repetida na entrevista seguinte, mas com certa motivação de que as reformas previstas ocorrerão e o cenário se alterará. Ainda houve entrevistado como DT1 que afirmou desconhecer os casos, argumentando que

não chegam até o setor administrativo, ou mesmo que há dificuldades ainda presentes, mas cada vez menores no atendimento.

A falta de obstetras e a necessidade de aplicar melhorias no pré-natal, para realizar mais procedimentos no Hospital, também foram citados por 10,52% dos entrevistados, DA3 e DP. Para Pinheiro, Pinho e Bruni (2017), deve-se construir parcerias para que o processo de gestão hospitalar seja aprimorado em sua relação com o corpo médico e enfermeiro.

Os autores enfatizam que a elaboração de ações voltadas para *accountability*, que pode ser traduzida como proatividade empresarial, podem ser eficazes para que haja maior integração com a equipe e maiores oportunidades de autonomia. Um modelo híbrido de gestão, que não seja rigidamente hierárquico e possibilite maior empoderamento dos colaboradores é visto pelos autores como uma forma de operacionalizar o Hospital e tomar decisões pautadas não apenas na prática, mas também no suporte teórico.(PINHEIRO; PINHO, BRUNI,2017)

Nessa linha de pensamento, o gestor deve ser motivador e enfatizar os aspectos positivos da equipe. Nesse caso, o discurso de defesa da não fragilidade, ou mesmo a minimização dessa condição, pode ser vista como uma estratégia para defender a instituição e seus colaboradores. O sistema de parceria pode auxiliar para que esse discurso seja mais uniforme e ganhe mais adeptos dentro do ambiente de trabalho.

8.2 AÇÕES QUE DÃO CERTO

Diversas ações podem ser estabelecidas para melhora da situação do Hospital. Em se tratando de evitar a mortalidade perinatal, os gestores que responderam às perguntas buscaram um discurso em que enaltecem o que vem sendo feito a partir de alguns exemplos.

8.2.1 Melhorias para a qualidade assistencial

No que tange às melhorias evidenciadas pelos entrevistados, o discurso demonstra conhecimento do problema e preocupação efetiva com a população.

DA3- É na verdade a gente está buscando adequar toda a nossa estrutura hospitalar com a legislação, e claro com uma condição que atenda às necessidades da unidade.Então, o quarto PPP, a gente

entende que é uma demanda da comunidade; cada vez mais tem mulheres que querem ter o parto no quarto.

DP- Então o hospital universitário...praticamente 2/3 do movimento acabou se deslocando pra lá; então houve uma nítida melhora, as outras unidades do hospital, as equipes não são totalmente completas como é lá, mas houve uma nítida melhora. E outro aspecto que é importante aqui é o aumento do número de leitos para UTI neonatal.

DP- É não parar, a gente tem que o tempo todo tá tentando buscar esse conhecimento e levar para toda a equipe a educação que é fundamental.

DT1- Se Tivesse atuado mais precocemente, se tivesse sido mais atencioso, tudo isso tem que ser analisado e corrigido, Pra isso também serve essa reunião, pra gente fazer o diagnóstico e corrigir as falhas que porventura possam ter acontecido.

DT1- As medidas já estão sendo tomadas, eu não sei detalhes, mas eu sei que tá sendo aumentado o número de vagas na UTI neonatal, você já deve ter tido alguma informação disso. Tá sendo ou já foi, é deliberado, só falta contratar mais um médico, pra ser o médico, pra ter um médico de plantão na obstetrícia e um médico que a gente chamaria de rotineiro.

As ações de busca pela melhoria ou de efetiva mudança foram destacadas nas entrevistas com os gestores, em um total de 8 (42,10%) como enfatizar DP o atendimento das demandas sociais, do parto no quarto, a transferência de pacientes para o Hospital Universitário, o que liberou mais vagas para UTI's neonatais, a busca por conhecimento técnico e científico que promova educação, o diagnóstico de falhas e rápida reparação e a contratação de mais médicos.

Algumas dessas ações foram articuladas por condições contextuais, como a diminuição dos pacientes por conta do atendimento no Hospital Universitário. Outros aspectos demonstram que a contratação de pessoal é suficiente para que haja melhoria no atendimento a fim de reduzir a mortalidade perinatal. Por fim, o aumento do número de UTI's é visto como uma medida importante, ainda que a necessidade do atendimento em UTI não tenha obtido efetiva reflexão.

O entrevistado DT1 também evidencia a solução para a demanda da comunidade com a adequação do Hospital à legislação e com mais quartos. Vale lembrar que as entrevistas são esparsas e cada resultado, visto de forma isolada, pode não corresponder à efetiva melhoria. Entretanto, se juntas, as ações são capazes de modificar as respectivas realidades.

Para Tamer e Lazarini (2015), a gestão hospitalar pode utilizar os recursos de forma diferenciada, aprimorando os processos ou dificultando ainda mais as rotinas de trabalho. A influência negativa pode prejudicar o trabalhador e formar grupos com opiniões diferentes e que não agregam para o local. As ações, portanto, devem ser reforçadas para que haja visualização do trabalho feito e maior transparência para o processo.

8.3 ESTRUTURAÇÃO DA EQUIPE

Essa Unidade de Contexto objetiva compreender alguns aspectos da estruturação da equipe na expressão dos gestores. Verifica-se, ainda, se a equipe é capacitada e como ocorre esse processo.

8.3.1 Equipe capacitada/ reestruturação da equipe

A capacitação da equipe é fundamental para que o trabalho tenha qualidade e, conseqüentemente, haja redução da mortalidade perinatal. Entretanto, conforme se percebe abaixo, não há homogeneidade nos discursos, o que torna a análise ainda mais válida.

DA3- Acho que assim ligado a óbito, a gente não tem pediatra presencial na sala de parto, isso é uma fragilidade. Ao mesmo tempo, nós temos dois pediatras presentes no hospital.

DA2- Nós temos profissionais tanto a área da enfermagem quanto obstetras. Que estão capacitados a atender essa gestante.

DP- A equipe de assistência da maternidade; a gente tem os técnicos de enfermagem, tem a enfermeira obstetra e os médicos obstetra que ficam no plantão, então é discutido cada caso e resolvido entre a equipe mesmo, se precisava vem outro especialista né, é até psicóloga a gente tem aqui dentro do hospital.

GP- Sim, temos enfermeiros especializados em obstetrícia, temos o plantão da obstetrícia 24 horas, médico e o plantão da neonatologia, então tem.

DP- Bom, eu vou voltar novamente a questão: existe, é o recomendável, muitas vezes existe o possível, então o recomendável é você ter mais de um obstetra até por plantão, um que faça admissão, outro que vá tocando os casos, ter enfermeira, enfermeiro obstétrica, neonatologista.

GT1- Sim. Nós temos, sem dúvida, profissionais capacitados, e recursos para atender a... a essa demanda que de maneira plena.

No que tange à capacitação da equipe, averiguou-se nova disparidade entre o que foi dito pelas enfermeiras e pelos gestores. Conforme se percebe nos discursos do trecho, os gestores DA3, DP, mostram a fragilidade de não se ter pediatra capacitado na sala de parto para atender a especificidades que possam gerar mortalidade.

A entrevista seguinte contesta essa primeira, evidenciando que obstetras e enfermeiros são capacitados para o atendimento como observado nos discursos de GT1, DA2,GP. Aliás, essas falas também contrariam os discursos anteriores, que demonstram a falta de capacitação da equipe para atender as demandas mais específicas. A presença dessa equipe é repetida nas entrevistas posteriores e na DP, que demonstram também o acúmulo de cargos e casos, a delegação de atividades a técnicos e recursos suficientes para atender à demanda.

Portanto, o discurso da maioria (83,33%) expressa que há estrutura, capacitação e equipe para realização dos procedimentos necessários para redução da mortalidade perinatal. Um desses discursos destoa e apresenta uma realidade na qual não há médicos em números suficientes no hospital. Para Vituri e Évora (2015), avaliar e capacitar não dá garantias de que as condições de atendimento irão melhorar. Para as autoras, “é imprescindível que também haja valorização do profissional, que o cliente seja respeitado e que a capacitação contínua envolva, além de aspectos técnicos e científicos, a inclusão de temas sobre ética e humanização” (VITURI; ÉVORA, 2015, p.948).

Assim, o que os entrevistados colocam como um valor positivo é relativo perante o suporte teórico, visto que a mera capacitação não dá condições efetivas para mudanças totais no cenário de redução da mortalidade perinatal. As autoras ainda complementam que é preciso compreender as formas como essas capacitações são construídas e o gradual processo de interiorização de novos conhecimentos. Outra falácia da capacitação tratado por elas é a especialização do colaborador. Nessa ótica, não basta ter o conhecimento em titulação, mas aplicá-lo na realidade cotidiana.

8.4 CAMINHANDO PARA AS MUDANÇAS

As mudanças podem indicar a intenção de melhoria das condições do sistema, o que coloca o gestor como um agente ativo de transformações que

impactam em outras áreas do Hospital. Dessa maneira, essa Unidade de Contexto se direciona a compreender se há perspectivas de mudanças e, em caso positivo, quais alterações são vislumbradas.

8.4.1 Mudanças na atenção

Quanto às mudanças efetuadas na atenção básica, os gestores entrevistados declararam diferentes posicionamentos, ainda que considerassem tal atitude benéfica para aprimoramento do atendimento e qualidade assistencial. Nesse sentido, segue os respectivos posicionamentos.

DA3- Na minha opinião, a base de tudo é a informação. É a educação que começa em primeiro lugar, acho que até antes de falar a gente ia ter que mudar alguma coisa.

DT2- Eu acho que o papel é do médico pegando a rede primária, o médico obstetra que você está se referindo é comprometimento ao meu ver, acho que se você tem profissionais de saúde que isto é o médico ou a enfermeira.

DP- É, desde o início da concepção eu penso que desde que a mãe já teve um acompanhamento não só do médico obstetra, mas da enfermeira também, eu penso que seria bem importante então, só que como a gente não tem no momento, não é nossa realidade aqui no hospital, não é isso então não tem como eu ter. Mas do meu ponto de vista, da minha experiência, eu penso que seria muito importante sim, poderia até evitar muitas mortes. Se tivesse acompanhamento da enfermeira obstetra junto da mãe.

DP- É você ter aqui..., ah basicamente um pré-natal adequando um diagnóstico adequada das condições dessa gestante o eventual encaminhamento de um pré-natal de baixo risco no momento que ele se tornar médio alto risco, fazer um encaminhamento diferenciado dessa gestante.

E.9- Eu acho que é cobrança, como gestor tenho que cobrar. Acho que tem resultado. Acho que a função do gestor é identificar os problemas, nós fazer parte da equipe que identifica o problema e pensar soluções para eles.

DP- Eu acho que esse tipo de problema tem que ser visto lá no início da gestação, lá na prevenção, lá no pré-natal que daí é lá com o médico, porque a gente não tem como prever isso aqui, e prevenir.

DT1- Eu acho que a gente deveria trabalhar dentro das condições ideais, mas acredito eu que deveria ter uma estrutura. Se a nossa estrutura é nós já, agente deveria procurar evitar possíveis lacunas, então eventualmente ter um segundo obstetra de sobre aviso.

No que diz respeito às mudanças, o discurso a respeito da informação também toma corpo entre os gestores, salientado pela mudança educacional interna. Outro fator constatado por 57,14% dos gestores foi o comprometimento

do médico na rede primária e o acompanhamento necessário do obstetra e da enfermeira para evitar mortes perinatais. Também foi mencionado repetidamente (14,28%) a qualidade do pré-natal e o encaminhamento a partir da mudança no grau de risco.

A cobrança do gestor, a identificação de problemas, a proposição de soluções, a prevenção e a melhoria da estrutura também foram mencionadas nas entrevistas. Pinheiro, Pinho e Bruni (2017) apontam para se pensar no domínio da informação como parte da *accountability* (proatividade empresarial), assim como a interdisciplinaridade. Dessa maneira, as mudanças estão associadas a questões estruturais humanas, visto que o aumento da exigência, maior atenção ao pré-natal e identificação antecipada de riscos são mencionados pelos entrevistados como sendo aspectos importantes da mudança.

Baggio et al. (2016) também identificam maior atenção para o pré-natal e maior interdisciplinaridade dentro do Programa Rede Mãe Paranaense. O discurso expressado pelos autores articula-se com a opinião dos gestores, que analisam as mesmas necessidades. Tal reflexão leva ao questionamento dos motivos pelos quais não se há capacitação para o programa que atenda à toda demanda.

De modo geral, percebe-se que a quantidade de discursos relacionados à gestão é significativamente menor do que os apresentados pela área da enfermagem. Uma das justificativas que podem auxiliar na compreensão da diminuição das unidades de registro da gestão é o pouco interesse na realização das entrevistas. Outro ponto que parece claro é a defesa do discurso institucional, visto que alguns podem compreender as fragilidades como acusações de falhas em seu trabalho, comprometendo seus papéis profissionais.

Mesmo com participação mais reduzida, percebe-se que o discurso se apresenta com algumas semelhanças das enfermeiras, como a existência de certa distância entre o real e o ideal. Por outro lado, ao enfatizarem ações, distanciam-se do discurso das enfermeiras, visto que muitas não veem ações sendo tomadas, o que contradiz o conteúdo expressado pelos gestores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Definiu-se, enquanto problematização inicial, de que maneiras os profissionais da saúde e os gestores compreendem a morte perinatal. O pressuposto da pesquisa foi que a mortalidade perinatal é temática de conhecimento dos enfermeiros e gestores dos Hospitais analisados. Porém, verificou-se que tais visões se distanciam parcialmente, visto que o local de fala de gestores e enfermeiros é diferenciado. O objetivo geral deste estudo foi identificar os posicionamentos de enfermeiros e gestores hospitalares a respeito da morte perinatal.

Por meio dessa meta inicial, também foi possível analisar como a equipe é formada, se possui visão multi ou interdisciplinar na assistência ao binômio, o olhar da gestão e dos profissionais da assistência de enfermagem sua visão com relação a mortalidade perinatal e a infraestrutura e tecnologia das maternidades para atender as parturientes. Também foi importante enfatizar o que os profissionais de saúde que atuam diretamente com a assistência relatam sobre os óbitos que ocorrem no seu ambiente de trabalho, as mudanças que estão sendo feitas e as falhas e potencialidades no sistema assistencial a saúde materno infantil, através das ações desenvolvidas pelos gestores e profissionais de saúde que atuam nas maternidades.

A partir dessa análise, constatou-se que os discursos de enfermeiras e gestores não são homogêneos, fato que não surpreende, dadas as particularidades das funções que cada um exerce e suas distintas responsabilidades e demandas. Entretanto, algumas semelhanças aparecem no conteúdo analisado, tais como o reconhecimento da existência de fragilidades, pontos de melhoria no atendimento, carências estruturais e tecnológicas e falta de capacitação de alguns profissionais.

No que diz respeito à análise das Unidades de registro e contexto, percebeu-se que alguns profissionais ainda reconhecem a especialização e enaltecem a estrutura, ainda que sejam a minoria na relação ao quadro analisado no todo. Além disso, a pesquisa mostrou que ambas as categorias profissionais apresentaram significativa ênfase na necessidade de mudança, o que significa alteração no quadro situacional atual e preocupação com resultados mais promissores.

Os resultados revelaram que o discurso das enfermeiras externou mais problemas que o conteúdo expresso pelos gestores, o que também está implícito nas entrevistas, visto que se verificou maior culpabilização destes em relação ao cenário da mortalidade perinatal. A pesquisa também demonstrou outras informações relevantes, como a falta de trabalho multiprofissional, a escassez de especializações voltadas ao Programa Mãe Paranaense e as dificuldades de comunicação entre a Unidade de Saúde e o Hospital.

Ademais, os objetivos foram alcançados na medida em que foi possível identificar os posicionamentos de enfermeiros e gestores hospitalares a respeito da morte perinatal.

Sobre a formação da equipe, percebeu-se que há multiplicidade de funções, ao mesmo tempo que desvios de função também são percebidos. As enfermeiras necessitam buscar contato com os médicos para que o processo de aproximação e multiprofissionalidade ocorra. Por outro lado, a interdisciplinaridade é perceptível a partir de alguns discursos, ainda que nem todas elucidem tal integração de saberes em suas práticas.

O olhar da gestão e dos profissionais da assistência mostraram-se diferentes em alguns aspectos, mas próximos em outro. Ambos consideram que as condições de trabalho não são ideais, ao mesmo tempo que os gestores ressaltam estarem desempenhando trabalho satisfatório, enquanto as enfermeiras afirmam faltar estrutura para atendimento de qualidade.

Sobre a mortalidade perinatal, especificamente, ambos consideram a situação preocupante e com possibilidade de resolução conjunta. A estrutura predial e tecnológica também foi perceptível para a redução da mortalidade perinatal.

Algumas enfermeiras afirmaram a importância de aumentar os leitos, assim como humanizar o parto. Por outro lado, alguns gestores e enfermeiros também destacaram que a tecnologia poderia ser mais avançada, o que aprimoraria os serviços prestados e ajudaria na diminuição dos casos de mortalidade perinatal.

No que tange aos óbitos ocorridos, os profissionais que comentaram a respeito desse fato o colocaram com significativa preocupação, culpabilizando as intercorrências e a própria estrutura, tecnológica ou humana. As mudanças nesses dois aspectos foram notadas por gestores e enfermeiros, de modo que

reconheceram o esforço destacado, mas salientaram que ainda há muito a ser alterado.

No estudo, verifica-se que a equipe é formada por inúmeros profissionais, ainda que o trabalho desses sujeitos seja individual. Aliás, o trabalho interdisciplinar foi considerado como importante etapa do processo de capacitação, devido ao seu potencial dialógico e de realização efetiva das mudanças.

A visão diferencial entre gestão e enfermagem também foi elemento significativo, visto que os olhares não afastam-se da primazia ao atendimento, mas colocam necessidades diferentes para que haja a diminuição da mortalidade perinatal. O aspecto tecnológico também foi verificado em suas problematizações internas, já que a maioria dos entrevistados não afirmou trabalhar em condições ideais, mas esforçou-se com as limitações que possuía.

Nesse sentido, é fundamental que o Estado invista em melhores condições de trabalho, salários e estrutura para atendimento com melhor qualidade. Os relatos de morte perinatal citados pelos entrevistados reiteram a importância da capacitação e de uma melhor integração entre os sistemas comunicativos da Unidade de Saúde e do Hospital.

Isso porque o acesso a informações detalhadas da parturiente pode minimizar a possibilidade de intercorrência, dando maiores chances para evitar a mortalidade perinatal. Por fim, as mudanças feitas ressaltadas vão desde a capacitação, ainda falha em relação ao RMP, até a melhoria tecnológica ou ampliação de leitos.

Assim, percebe-se que somente o aprimoramento tecnológico não é capaz de promover efetiva mudança de resultado, já que o investimento em formação continuada também se traduz como importante ferramenta no combate à mortalidade perinatal. Nesse sentido, as preocupações estabelecidas ainda não vislumbram um cenário otimista, mas revelam um período de transição, em que mudanças estão sendo feitas, mas alguns processos ainda se mantêm.

A preocupação instaurada já é, portanto, um indício de que a melhora do quadro é possível. Cabe agora a intervenção e conscientização do próprio papel, para que haja educação permanente e redução efetiva da mortalidade perinatal.

As limitações da pesquisa inscrevem-se no campo escolhido, já que é uma instituição hospitalar dentre muitas. Além disso, outra limitação se dá pelo

recorte, já que privilegiou a fala de enfermeiras e gestores. Outras pesquisas podem dar voz a diferentes agentes, tais como médicos pediatras ou obstetras. Também é possível averiguar se as condições observadas no hospital analisado também se refletem em outros cenários, o que pode ampliar o campo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha. Um rico olhar para a amamentação e políticas para a infância no Brasil da virada dos séculos XIX para o XX. A atuação de Fernandes Figueira e outros pioneiros. 2018.
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n4/1678-4464-csp-34-04-e00224717.pdf>
- ALVES, Sidnei Roberto et al. Serviços de saúde mental: percepção da enfermagem em relação à sobrecarga e condições de trabalho. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, p. 25-29, 2018.
- ARECO, Kelsy Catherina Nema; KONSTANTYNER, Tulio; TADDEI, José Augusto de Aguiar Carrazedo. Tendência secular da mortalidade infantil, componentes etários e evitabilidade no Estado de São Paulo–1996 a 2012. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 3, p. 263-270, 2016. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058216000228>
- ARIFF, Shabina et al. Evaluation of health workforce competence in maternal and neonatal issues in public health sector of Pakistan: an assessment of their training needs. **BMC health services research**, v. 10, n. 1, p. 319, 2010.
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-319>
- BACELAR, Glória Maria BS; DUARTE, José Luiz MB. Mortalidade neonatal precoce em recém-nascido com peso de nascimento menor ou igual a 1500 g: fatores de risco e prevenção. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 15, n. 2, p. 170-176, 2017.
- BARBEIRO, Fernanda Morena dos Santos et al. Fetal deaths in Brazil: a systematic review. **Revista de saúde pública**, v. 49, p. 22, 2015.
https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102015000100402&script=sci_arttext
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70. 2004.
- BARRETO, Jorge Otávio Maia et al. Mortalidade perinatal: uma análise com enfoque na evitabilidade. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 1, 2011.
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21117>
- BARRETO, Raissa Mont'Alverne; RIBEIRO, Isabella Fernanda Almeida; VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa. Ações desenvolvidas pela enfermagem na residência multiprofissional em saúde da família. **Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, v. 16, 2015.
- BAGGIO, Maria Aparecida et al. Programa Rede Mãe Paranaense: análise da atenção pré-natal em uma regional de saúde. **CogitareEnferm [Internet]**, v. 21, n. 3, p. 1-10, 2016.

<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/12/45301-187180-1-PB.pdf>

BISPO, Emanuella Pinheiro de Farias; TAVARES, Carlos Henrique Falcão; TOMAZ, Jerzuí Mendes Tôrez. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 337-350, 2014.

<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130158.pdf>

BORBOLATO, Bruna Martini; CARDOSO, Marcelo Pontual. O impacto do pré-natal na prevenção do parto prematuro. **RevistaThêma et Scientia**, v. 5, n. 1, p. 147-159, 2015.

BOYDEN, J. Y. et al. Experiences of africanamerican parents following perinatal or pediatric death: a literature review. *Death Studies*, v. 38, p. 374- 380, 2014.

BRANDT B. A scoping review oFinterproFessional collaborative practice and education using the lens oF Triple Aim. *J InterprofCare*. 2014;28(5):393-9.

BRASIL. **Programa Rede Mãe Paranaense**. Ministério da Saúde. Brasília. 2011.

BRASIL. **Programa Rede Cegonha**. Ministério da Saúde. Brasília. 2011.

CARDOSO, Andréa Catelan et al. O estímulo à prática da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo: a Extensão Universitária como uma estratégia para a educação interprofissional. **Revista da ABENO**, v. 15, n. 2, p. 12-19, 2015.

CAREGNATO, R.T.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: Análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-8.

CARETI, Camila Marques. Mortalidade infantil: ações em saúde na atenção básica para redução de óbitos” **Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.**

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28012016-143111/publico/CAMILAMARQUESCARETI.pdf>

CARLO, Waldemar A.; TRAVERS, Colm P. Mortalidade materna e neonatal: hora de agir. **Jornal de Pediatria**, v. 92, n. 6, 2016. <http://www.redalyc.org/html/3997/399748352001/>

CARVALHO, Marília Sá; LEAL, Maria do Carmo; LIMA, Luciana Dias de. Nascendo no Brasil, uma entrevista com Maria do Carmo Leal. 2018.

CASTRO, Cristiane Pereira de; OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1625-1636, 2016.

CHARTIER, Roger. O mundo como representação. **Estudos avançados**, v. 5, n. 11, p. 173-191, 1991.

COLEBRUSCO DE SOUZA, Geisa et al. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional?. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 4, 2016.

DE AZEVEDO, Isabelle Campos et al. Educação continuada em enfermagem no âmbito da educação permanente em saúde: revisão integrativa de literatura. **Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 1, p. 131-140, 2015.

DE PAULA JÚNIOR, José Dionísio et al. Perfil da mortalidade neonatal no município de Ubá/MG, Brasil (2008-2010). **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 3, p. 24-31, 2017.

DOS SANTOS, Marcielle Braga et al. Qualidade da assistência de enfermagem prestada à gestante de alto risco em âmbito hospitalar. **ScientiaTec**, v. 3, n. 2, p. 25-38, 2017.

DURO, Carmen Lúcia Mottin; WEBER, Luciana Andressa Feil; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Conhecimentos e habilidades para a atuação do enfermeiro na Classificação de Risco em serviços de urgência. **Clinical and biomedical research. Porto Alegre**, 2015.

ELLARD, David R. et al. Can training in advanced clinical skills in obstetrics, neonatal care and leadership, of non-physician clinicians in Malawi impact on clinical services improvements (the ETATMBA project): a process evaluation. **BMJ open**, v. 4, n. 8, p. e005751, 2014.

<http://bmjopen.bmj.com/content/4/8/e005751.short>

FADEL, Cristina Berger et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 445-456, 2009.

<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08>

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

FIGUEIREDO, Paula Pereira de. et al. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2012. <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4496>

FONSECA, Sandra Costa; COUTINHO, Evandro da Silva Freire. Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. S7-S19, 2014.

FOSTER, Lorraine Bernardino; OLIVEIRA, Marcielly Almeida de; BRANDÃO, Sandra Maria Oliveira Caixeiro. O acolhimento nos moldes da humanização

aplicada ao processo de trabalho do enfermeiro no pré-natal. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. supl. 11, p. 4617-4624, 2017.

FOUCAULT, Michel. **El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica**. Siglo XXI, 1978.

FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. **Anais**, p. 1-29, 2016. <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/download/1763/1723>

FRANÇA, Elisabeth et al. Mudança do perfil de causas de mortalidade infantil no Brasil entre 1996 e 2010: porque avaliar listas de classificação das causas perinatais. **Anais**, p. 1-18, 2016.

FRANK, Bruna Regina Bratti et al. Avaliação da implementação do programa rede mãe paranaense em três regionais de saúde. 2016.

GELINSKI, Carmen Rosario Ortiz Gabriel; SEIBEL, Erni José. Formulação de políticas públicas: questões metodológicas relevantes. **Revista de Ciências Humanas**, v. 42, n. 1 e 2, p. 227-240, 2008.

GOMES, Renara Meira Gomes Meira et al. Sistematização da assistência de enfermagem: revisitando a literatura brasileira. **Id onLine REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 12, n. 40, p. 995-1012, 2018.

KROPIWIEC, Maria Volpato; FRANCO, Selma Cristina; DO AMARAL, Augusto Randüz. Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 4, p. 391-398, 2017.

<http://www.redalyc.org/pdf/4060/406053589006.pdf>

LIMA, Katherine Jeronimo et al. A INVISIBILIDADE DOS ÓBITOS FETAIS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, 2015.

<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/695/397>

LOPES, Beatriz Gonçalves. Perspectivas maternas sobre mortalidade perinatal. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2018.

MEIRA, Jaqueline Santos; COSTA, Linda Cristina de Lima. Orientações de enfermagem na prevenção de infecção urinária na gestação. 2016.

MIRANDA, Millena Haline Hermenegildo; FERNANDES, Flávia Emília Cavalcante Valença; CAMPOS, Maria Elda Alves de Lacerda. Determinantes associados à mortalidade perinatal e fatores associados. **Rev. enferm. UFPE online**, v. 11, n. 3, p. 1171-1178, 2017.

MIGOTO, Michelle Thais; FREIRE, Marcia Helena de Souza; BARROS, Ana Paula de Moares Maia. Fatores de risco para a mortalidade perinatal: uma revisão integrativa. **Journal of Nursing and Health**, v. 8, n. 1,

2018. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/11097/8388>

MULLER, Elaine Teresinha; SCHMIDT, Sandra Marcia Soares; NOAL, Helena Carolina. A MAGNITUDE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E DA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. O Profissional do Futuro: como fazer a diferença no mundo do trabalho?, v. 97, 2016.

NETTO, Amanda et al. Mortalidade Infantil: avaliação do Programa Rede Mãe Paranaense em regional de saúde do Paraná. **Cogitareenferm**, v. 22, n. 1, p. 01-08, 2017.

<https://www.scielo.org/article/csp/2004.v20suppl2/S220-S230/>

NICOLINI, D. Practice theory, work, and organization: An introduction. 1. ed. Oxford: University Press, 2012.

OKONOFUA, Friday et al. Views of senior health personnel about quality of emergency obstetric care: A qualitative study in Nigeria. **PloSone**, v. 12, n. 3, p. e0173414, 2017.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5367679/>

OLIVEIRA, Gisane de Araújo et al. A importância do trabalho da enfermagem no atendimento a gestante na ESF. 2017.

PARANÁ. **Linha Guia Rede Mãe Paranaense**. Secretaria de Estado da Saúde. 6ª ed. v.1, 2017.

PARANÁ. **Taxa de Mortalidade Infantil/1.000 Nascidos Vivos Paraná, 2010 a 2018**. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. SESA - Superintendência de Vigilância em Saúde. SVS - Centro de Epidemiologia. CEPI - Divisão de Informações Epidemiológicas. DVIEP. Curitiba, 16 de Julho de 2018.

PEREIRA, Rute Candida et al. Perfil epidemiológico sobre mortalidade perinatal e evitabilidade. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 10, n. 5, p. 1763-1772, 2016.

PINA-OLIVEIRA, Alfredo Almeida; CARRIEL, Camila Aparecida Rodrigues; CHIESA, Anna Maria. Metodologias ativas em uma capacitação sobre humanização da assistência neonatal: avaliação da qualidade em foco. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 1, p. 249-254, 2015.

PINHEIRO, Francisco MartonGleuson; PINHO, José Antônio Gomes; BRUNI, Adriano Leal. Accountability em parcerias público-privadas: espaços para avanços em unidades hospitalares sob gestão direta e em regime de parceria. **Organizações & Sociedade**, v. 25, n. 84, 2017.

PIZZO, Lígia GoesPedrozo et al. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 908-918, 2014. <https://www.scielo.org/article/sausoc/2014.v23n3/908-918/>

RÊGO, Midiã Gomes da Silva et al. Perinatal deaths preventable by intervention of the Unified Health System of Brazil. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 39, 2018.

REY, Fernando Luis González; BIZERRIL NETO, José. Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar. 2015.

RODRIGUES, Patricia Lima. **Avaliação da qualidade do Sistema de Informação sobre Mortalidade e fatores associados à mortalidade perinatal no Brasil**. 2017. Tese de Doutorado.

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20505>

SANTANA, Isadora Porte et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 4, p. 556-62, 2011. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a17v24n4>

SARAIVA, Juliana Manera; GOUVEIA, Helga Geremias; GONÇALVES, Annelise de Carvalho. Factors associated with cesarean sections in a high complexity university hospital in southern Brazil. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 38, n. 3, 2017. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/11097>

SILVA, Rosane Meire Munhak et al. Análise da incidência de óbitos fetais entre municípios da nona regional de saúde do Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 37, n. 1, p. 33-42, 2016.

SINGH, Kavita; BRODISH, Paul; HANEY, Erica. Postnatal care by provider type and neonatal death in sub-Saharan Africa: a multilevel analysis. **BMC public health**, v. 14, n. 1, p. 941, 2014.

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-941>

SOARES, Stephanea Marcelle Boaventura; FERREIRA, Helen Campos. A práxis do enfermeiro preceptor em enfermagem obstétrica: um desafio cotidiano. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 8, n. 2, p. 148-152, 2017.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>

VIEIRA, Tereza Maria Mageroska et al. Mortalidade perinatal e diferenças regionais no estado do Paraná. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2015.

<http://www.redalyc.org/html/4836/483647681014/>

VITURI, Dagmar Willamowius; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Gestão da qualidade total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 5, p. 945-952, 2015.

WEIRICH, C.F.; DOMINGUES M.H.M.S. *Mortalidade Neonatal um desafio para os Serviços de Saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem –FEN/UFG. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001.*
Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

APENDICE A – Entrevistas

PONTA GROSSA, O QUE FAZER EM RELAÇÃO AS MORTES PERINATAIS?

No ano de 2016, foram registrados 75 mortes perinatais e, em 2015, foram 84 mortes em nossa cidade. Dessas mortes, 78% estão classificadas como mortes evitáveis. (MALTA 2010). Sobre as intercorrências gestacionais, 57% das entrevistadas não tiveram nenhuma intercorrência, 43% das mães tiveram uma intercorrência, que se subdividem em: diabetes (9%), eclampsia e infecção urinária (13%), descolamento placentário (4%) e inflamação do apêndice (4%).

Entrevista com o gestor:

Saúde

Após mostrar a reportagem como disparador da entrevista conduziremos com os seguintes questionamentos:

1. Qual sua opinião em relação a essa reportagem?
 - Poderia falar mais sobre isso?
 - Como você justificaria essa situação?
 - Você se importa com isso?
 - Porque você considera isso?

2. Na sua realidade quais são as fragilidades na atenção à mãe e ao bebê?
 - Porque você julga que isso acontece?
 - Você se importa com isso?
 - Quais são as medidas já tomadas para mudar esta situação?
 - Em sua opinião, que ações poderiam ser tomadas para mudar esta realidade?
 - Fale mais sobre isso.
 - Poderia explicar/Explicitar melhor?

3. Existe uma estrutura de recursos e de equipe suficiente para atender a demanda e diminuir as fragilidades?
 - Se sim:
 - Se não:
 - Cite pontos positivos
 - Cite pontos negativos
 - Lacunas/ Demandas? Necessidades? Em que sentido? RH? Infraestrutura?
 - Oportunidades de melhoria?
 - A que atribui estas dificuldades?
4. Descreva sua equipe de trabalho. Como é composta? Segue os parâmetros de composição exigidos pelo Ministério da Saúde?
 - Se sim: porquê?
 - Se não: porquê.
 - Como se dá o processo de trabalho da sua equipe?
5. Em sua vivência como gestor quais seriam as principais mudanças que deveriam ocorrer no serviço que atua para que exemplos como esse não acontecessem? Fale mais sobre isso.

Entrevista com a equipe de enfermeiros e médicos

PONTA GROSSA, O QUE FAZER EM RELAÇÃO AS MORTES PERINATAIS?

No ano de 2016 foram registrados 75 mortes perinatais e em 2015 foram 84 mortes em nossa cidade, dessas mortes 78% estão classificadas como mortes evitáveis.(MALTA 2010). Sobre as intercorrências gestacionais, 57% das entrevistadas não tiveram nenhuma intercorrência, 43% das mães tiveram uma

intercorrência, que se subdividem em: diabetes (9%), eclampsia e infecção urinária (13%), descolamento placentário (4%) e inflamação do apêndice (4%).

Após mostrar a reportagem como disparador da entrevista conduziremos com os seguintes questionamentos:

1. Qual sua opinião com relação a essa reportagem? Poderia falar mais sobre isso?
2. Faz parte de sua realidade? Essa é uma realidade que pode ser transferida para a sua?
 - Sim: em que situações?
 - Não: por quê?
3. Em sua realidade quais são as fragilidades assistenciais à criança e sua mãe?
4. Como é o trabalho em equipe em sua maternidade?
Existe multiprofissionalismo? Como ela é composta? Como os problemas são resolvidos entre os membros da equipe? E o conhecimento entre a equipe, como é construído ou compartilhado?
5. Em sua equipe todos têm especialização para poder atuar dentro do protocolo da Rede Mãe Paranaense do Ministério da Saúde?
 - Se sim, o que você pensa sobre este assunto (protocolo e especialidade)?
 - Se não, que você pensa sobre isso?
6. Como essa equipe vem trabalhando para que exemplos como esse não aconteçam no atendimento prestado dentro desta maternidade?

- Você vê oportunidades de melhorias?
 - Por quem elas são ofertadas?
 - A equipe mantém interesse em melhorias?
 - Que tipo de melhorias?
7. A equipe está estruturada para gerenciar as situações de risco para essas gestantes? Com relação a estrutura física, tecnológica, profissional. Como você julga isso?
- Se sim, como?
 - Se não, quais seriam as alternativas?
8. Acontece no serviço um sistema interligado entre atenção terciária e atenção primária para um acompanhamento integral?
- Se sim, como esse trabalho vem acontecendo? É uma realidade em toda a cidade? Quais as consequências, segundo sua opinião, desta rede?
 - Se não, isso faria a diferença na atenção materno-infantil e na redução das mortes perinatais?
9. De que forma a enfermagem/médico poderia contribuir para a redução da mortalidade perinatal

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: MORTALIDADE PERINATAL: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, SENTIMENTOS E PERSPECTIVAS SOB O OLHAR MATERNO, DA GESTÃO E DOS PROFISSIONAIS DAS MATERNIDADES

Nome: Sexo: M() F()

Idade: Telefones: /

Endereço Residencial:

Rua: Número:

Bairro: CEP:

Complemento:

Você, enfermeiro, médico, gestor (a) do setor da maternidade, está sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado “Mortalidade perinatal: aspectos epidemiológicos, sentimentos e perspectivas sob o olhar materno, da gestão e dos profissionais das maternidades”.

O objetivo desta pesquisa é identificar os cenários da mortalidade perinatal no município de Ponta Grossa-PR.

Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista, que será realizada na maternidade em que se encontra, e gravada de acordo com o seu consentimento, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo a pesquisa termine, as entrevistas serão desgravadas.

O risco da pesquisa será a quebra de sigilo, comprometendo a estabilidade no serviço de saúde. Mas, nós pesquisadores seguiremos todas as medidas éticas para que os dados obtidos sejam mantidos em anonimato.

Espera-se com esta pesquisa compreender a assistência da saúde prestada as parturientes das maternidades de Ponta Grossa segundo as perspectivas dos profissionais e gestores de saúde, e comparar com os achados epidemiológicos e com as perspectivas maternas.

A pesquisadora: Laryssa De Col dalazoana Baier, enfermeira, discente do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pelos telefones (42) 991111373, laryssadalazoana@yahoo.com.br e a pesquisadora participante Pollyanna Kássia de Oliveira Borges (99923-8989), pkoborges@uepg.br poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito da sua participação. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo. A sua participação neste estudo é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá solicitar o desligamento desta.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos membros que executam a pesquisa e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.

Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

As informações coletadas serão divulgadas de modo anônimo e apenas em eventos e meios de comunicação científicos.

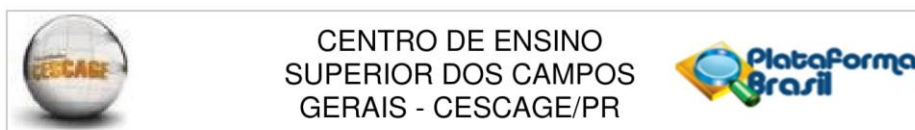
Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador responsável

Ponta Grossa, ____ de _____ de 2017.

APENDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: MORTALIDADE PERINATAL: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, SENTIMENTOS E PERSPECTIVAS SOB O OLHAR MATERNO, DA GESTÃO E DOS PROFISSIONAIS DAS MATERNIDADES DE PONTA GROSSA - PR

Pesquisador: Pollyanna Kassia de Oliveira Borges

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 68421917.0.0000.5215

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Universidade Estadual de Ponta Grossa

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.927.119

Apresentação do Projeto:

MORTALIDADE PERINATAL: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, SENTIMENTOS E PERSPECTIVAS SOB O OLHAR MATERNO, DA GESTÃO E DOS PROFISSIONAIS DAS MATERNIDADES DE PONTA GROSSA - PR

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a assistência da saúde prestada as parturientes das maternidades de Ponta Grossa segundo as perspectivas dos profissionais e gestores de saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Os riscos existentes pelos profissionais e gestores é a probabilidade de encontrarem erros nos atendimentos realizados e na gestão

Benefícios:

O benefício será entender a mortalidade perinatal no contexto profissional e também para que os gestores possam elaborar projetos para ampliar a qualidade da assistência ao recém nascido e sua mãe

Endereço: Rua Tomazina S/N

Bairro: Olarias

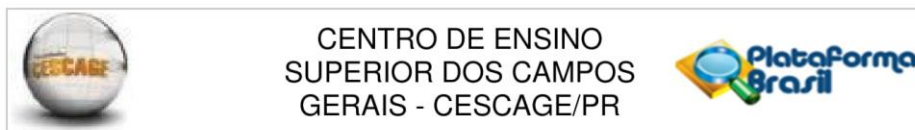
CEP: 84.025-510

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3219-8000

E-mail: cep@cescage.edu.br



Continuação do Parecer: 2.927.119

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Espera-se que os resultados apontem caminhos para o aperfeiçoamento de práticas que garantam uma prestação de assistência com qualidade, de forma a contribuir com a redução da taxa de mortalidade perinatal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Faltava o documento de autorização do local da pesquisa. O qual foi anexado.

Recomendações:

Nenhum.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Faltava o documento de autorização do local da pesquisa. O qual foi anexado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acompanha o parecer do relator.

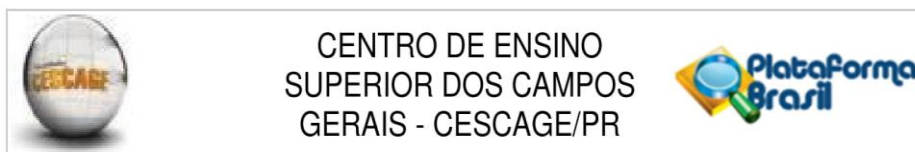
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_108003_3_E1.pdf	10/09/2018 15:42:30		Aceito
Outros	aceite_unimed.jpg	10/09/2018 15:41:02	Pollyanna Kassia de Oliveira Borges	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_Laryssa_ulti.docx	10/05/2017 08:35:10	Pollyanna Kassia de Oliveira Borges	Aceito
Outros	Termo_Regional.pdf	10/05/2017 08:24:47	Pollyanna Kassia de Oliveira Borges	Aceito
Outros	carta_de_aceite_santacasa_evangelico.pdf	25/03/2017 11:27:08	Pollyanna Kassia de Oliveira Borges	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	25/03/2017 11:23:55	Pollyanna Kassia de Oliveira Borges	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	18/03/2017 15:47:12	Pollyanna Kassia de Oliveira Borges	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Tomazina S/N	CEP: 84.025-510
Bairro: Olarias	
UF: PR	Município: PONTA GROSSA
Telefone: (42)3219-8000	E-mail: cep@cescage.edu.br



Continuação do Parecer: 2.927.119

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 28 de Setembro de 2018

Assinado por:
Christiane Trevisan Slivinski
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tomazina S/N

Bairro: Olarias

CEP: 84.025-510

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3219-8000

E-mail: cep@cescage.edu.br

APENDICE D

Quadro de Unidades de Registro e Unidades de Contexto – Enfermagem

(continua)

UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Contextualizando os óbitos perinatais.	Impossibilidade de ação: Casos inevitáveis: E.02- Só aconteceu aqueles que eram prematuros extremos mesmo, né? Mas talvez na gestação aconteceu alguma coisa, nasceram antes por causa de alguma intercorrência, que poderia ser evitada “né”? A culpa não é nossa: 1.2.1 Mãe: E.12- Privado novamente a falta de comprometimento com a paciente, né, em alguns casos contasse muito mais o valor investido em mim é o que eu vou devolver pra paciente, né, e assim outras vezes até a demora da paciente (não compreendido) porque também a gente vê que muita paciente o médico solicita exame, pede, faz solicitação de conduta e elas não vão atrás, tem bastante também. E.14- É existe claro parte da responsabilidade da mãe (som de telefone) que não consegue chegar até a unidade de saúde, que não consegue ter assistência ou realmente não vai as consultas que tudo isso vai influenciar na hora do nascimento e após o nascimento que influenciam indiretamente. 1.2.2 Atenção básica: E.7- Eu acho que sim. A, o que eu, a gente vê quando chega pra, pra gente, que, que já tá assim principalmente as infecções urinárias, eu acho que é pouco levado a sério, tanto pelos médicos que estão na, no PSF fazendo o pré-natal, quanto pelas próprias pacientes, porque a gente não vê a adesão delas. E.9- Que quando as vezes a gente recebe paciente aqui as vezes ela tá mau estratificada, não tinha sido realizada uma busca ativa, ou seja, um pré natal tardio, quando a gente vê ela já chega aqui com todas essas intercorrências, não tem um tempo hábil para tratar, pra evitar uma morte perinatal. E.3- Aqui a gente tem mais assim é infecção urinária tem bastante, descolamento placentário acho que não chega ser assim 4% não tenho dado a esse acesso aos índices mais acho que não chega a tudo isso e eclampsia a gente tem bastante também. E.5- É.... que a gente pega as carteirinhas e vê que sim, existe uma deficiência.

Quadro de Unidades de Registro e Unidades de Contexto – Enfermagem

(continuação)

	Isso não acontece no meu hospital: E.15- Hoje não. Porque eu acho que hoje a gente tem uma equipe multidisciplinar então a gente trabalha em equipe os médicos, os enfermeiros em disposição os nutricionistas, temos pediatras, temos assistente social, então a gente trabalha totalmente em função do paciente, em gestão em função da gestante. E.17- Da nossa aqui um pouco, algumas coisas. Porque assim, a maioria dos casos que chegam aqui para gente é descolamento de placenta mesmo e que mais que a gente tem aqui, eclampsia não, infecção urinária.
Fragilidades na Assistência	O pré-natal: E.16- Nesse momento a fragilidade na situação que eu trabalho e que nem sempre o médico do pré-natal é o que faz o, acompanha o parto. E.14- No serviço, começa tudo na atenção básica, porque é um pré-natal ali feito muitas vezes. E.8- Eu acredito que a falha maior tá mesmo no pré-natal mal executado por profissionais não capacitados e eu acredito que é mais se isso fosse resolvido, uma melhor capacitação desses profissionais. E.6- Na assistência eu acho que falta ainda muita informação em posto de saúde porque o pré-natal é feito no posto de saúde, né? E.3- Assim, a gente vê muitas falhas durante o pré-natal, muitas mães têm orientação né, a gente vê assim as unidades básicas de saúde de que fazem, elas começaram o pré-natal na unidade depois foram para o centro da mulher e elas tiveram uma orientação inicial com a enfermeira lá do posto, elas são mais orientadas do que aquelas que fazem o pré-natal com os médicos.

Quadro de Unidades de Registro e Unidades de Contexto – Enfermagem

(continuação)

	A capacitação/ profissionalização: E.18- Que a gente...pediatra não é sempre que ele está presente, né? E.13- Então eu acho que esse é um ponto crítico da fragilidade é o mesmo médico que tem parto normal faz cesárea, o parto normal até que as enfermeiras fazem mas não é todos né, atende consulta passa visita, então assim é um médico pra tudo, eu acho que esse é o ponto principal. E.7- Mas realmente por falta de capacitação técnica. Que as vezes a gente acaba falhando. E.11- Eu acredito que a maior parte ainda tá na, tá na assistência técnica. E.10- Uma vez, assim na minha opinião, alguns profissionais fazem agendamento de cesárea, com algumas, é, antes das 39 semanas, acho que o nosso ponto principal aqui é esse, “né”? E.4- Aí, eu acho que é um pouco médico, né? Para atender. Geralmente é um pediatra no hospital que as vezes que tem dez partos no dia, com um pediatra, acaba que fica mais a equipe de enfermagem atendendo, né? Daí precisa também “tá” tendo bastante treinamento com a enfermagem. E.4- Eu acredito que sim, todos tem aqui. Todas as enfermeiras. Que tem uma que não, não é, daí as que não são enfermeiras é obstetra, mas outras todas são. E.1- E eu acho que falta, hum, falta especialização mesmo. Falta aprofundamento assim nessa parte. E.9- Então a gente acaba, está se capacitando pra se adequar a essa realidade, então no momento ainda não. E.6- Então assim, é incentivado bastante a fazer o curso, que nem o nosso, o nosso, a nossa especialização em, em, em obstetrícia, a gente teve um incentivo, de um desconto, um pouquinho melhor pra, pra quem era do Regional, então mas assim, é aberto pra, na verdade, quem quer fazer o curso faz, mas não que seja obrigatório né?
--	--

Quadro de Unidades de Registro e Unidades de Contexto – Enfermagem

(continuação)

Multiprofissionalismo	Trabalhando por especialidade: E.1- Sim! Eu acho que aqui é bem completo. E.2- Eu, eu acho que não existe multiprofissionalismo, multiprofissional aqui na maternidade é, é o médico e o enfermeiro. E.3- Sim a gente tem né o obstetra plantonista o pediatra, temos os enfermeiros, obstétricas do dia e as enfermeiras do dia são todas enfermeiras obstétricas e nós da noite somos gerais né é eu sou obstétrica. E.4- Eu acredito que existe sim, o obstetra sempre “tá” em contato com o pediatra antes de tomar uma atitude, primeiro vai ver a UTI neo, também “tá” sempre em contato, a enfermagem também “tá”. E.7- Eu como sou do plantão noturno, nós não temos essas discussões de casos, isso acontece mais durante o diurno, né? Mas existe a equipe multiprofissional, psicóloga, assistente social, enfermeiro, médico, né? E.12- O obstetra e o enfermeiro. Estamos tentando a interprofissionalidade: E.5- Então tem, não tem uma...reunião por exemplo assim pra discussão de casos, que é o que deveria ter né? Uma equipe multidisciplinar, faria isso, se reunir e discutir o caso das pacientes. E.6- Eu acho que a parte da psicologia ainda é um pouco distante da nossa, porque ela vai conversa e acaba nem passando as vezes, o que é, pelo menos a noite né. E.10- Não, eu acredito que não há uma equipe multi né? Há uma equipe de enfermagem e uma equipe médica. E.10- Tem, tem, se necessário tem, mas se necessário. Se eu tenho uma gestante com problema porque a gente né, pega no início assim, se você ver alguma dificuldade a gente tem. E.11- A equipe multidisciplinar existe. Mas ela, talvez não, não trabalhe de forma tão integrada na assistência. E.12- Não, não temos equipe multi..multiprofissional. E.?- Então ainda não existe essa equipe é algo bem novo que na maternidade eles tão buscando implanta que é o parto adequado. E.16- Multi não.
-----------------------	--

Quadro de Unidades de Registro e Unidades de Contexto – Enfermagem

(continuação)

Assistência que dá certo	O que está sendo realizado Ações E.15- E a gente dá essa palestrinha ali, para ela terem um pouquinho, porque a gente não consegue agora no final muito né. E.15- Então a gente tenta a parte de educação né, como se fosse não uma educação continuada com os funcionários, mas com relação aos pacientes, a gente tenta passar o máximo de conhecimentos que a gente pode, porque também ela não vai absorver tudo de uma vez. E.10- É, eu acho eles estão melhorando, e eu vi né, no meu retorno, eu não peguei todos s detalhes ainda, mas eles estão melhorando, eles vão implantar um parque novo, uma, uma rede que é até que seguindo Santa Catarina. E.11- A partir, já, de alguns meses é....foi determinado um grupo de, a gente tem pouco graças a Deus né, mas tem, existe um grupo do, que faz parte do projeto Parto Adequado. E.4- Pode sim, e aqui agora vai começar também a fazer um... vai ter aqueles encontro com a gestante, para “tá” orientando elas, quando procurar o hospital, o que que deve ser feito antes, o exames que vão ser feitos, então acho que já é uma das melhorias que vai “tá” sendo feito aqui, pelo menos na Santa Casa. E.13- Tem, assim a gente tem a reunião mensal, né, então a gente trata tudo isso, olha a gente tem dificuldade com o protocolo de tal médico, a gente tem dificuldade, então assim a equipe sempre está conversando e sempre está junto. E.7- Capacitando os profissionais. Sim, eu acho que todo mundo tá buscando capacitação técnica... E.9- Então a gente tá em constante capacitação no hospital, o hospital mesmo oferece várias capacitações pra gente inclusive um curso que a gente vai fazer agora recentemente de emergências obstétricas, então a gente tá envolvido pra realmente melhorar e capacita nossas equipes né. Não reconheço mudanças: E.5- Eu acho que não “tá” sendo feito nada pra mudar a realidade futuramente. E.5- Eu não vejo agora melhorias, mas sim eles poder mudar isso né? O serviço precisa melhorar: 5.2.1 Treinamento:E.1- “Uhum”, eu acho que, que falta, até não sei dessa equipe, mas eu falo “tipo” da minha que as meninas já falaram que “elas tem” necessidades de ter um treinamento, é, pro atendimento neonatal ali, do bebezinho quando nasce...
--------------------------	--

Quadro de Unidades de Registro e Unidades de Contexto – Enfermagem

(continuação)

	E.1- A, é “hum”, a maternidade não tem monitor. E.2- Mas sim eu acho que treinamento, basicamente treinamento. Estrutura nós temos, a estrutura muitas vezes é falta de realmente todos os que estão envolvidos em maternidade terem o mesmo olhar. E.2- Ai! De tudo “né”? Desde, de estrutura até os conhecimentos os profissionais mesmo, sabe? E a gente sempre procura “né”? 2. Quadro de funcionários E.3- A gente tá tentando aumentar nosso quadro de funcionários né. 3. Triagem E.6- (Não compreensível)...A triagem porque a triagem já é uma da, do, da seleção, porque, ela vem, ela é triada, se ela “tá” com sangramento, é, é, é ela é colocada como prioridade no atendimento né? Então é um dos, um dos fatores que já foi colocado. E.1- Eu acho que, “com”... “ham”, já começa pela triagem ali, e a, o atendimento médico “tipo” ser rápido sabe? O, aqui sempre pedem exames. A, chega uma, “tipo” uma hipertensão, pode ser até no limite ali, eles já pedem exames, tendem ao diagnóstico precoce pra já conseguir a, atuar. E.2- É...eu acho que, eu acho que não só enquanto elas estão internadas aqui “né”, mas desde quando elas vem com qualquer queixa “né”? Fazer uma triagem adequada das pacientes, é, como eu falei, anotar o que aconteceu com o bebe aqui “né Ter essa comunicação lá com a unidade de saúde. É...não sei o que mais. Acho que é isso. E.1- Eu acho que com uma triagem é, da enfermeira sabe? E.5- Primeiramente aqui, acho que a triagem ali deveria ser por enfermeiro.
--	--

Quadro de Unidades de Registro e Unidades de Contexto – Enfermagem

(continuação)

Tecnologia em Saúde	Estrutura física tem, mas não é suficiente E.15- A estrutura física eu acho que não, há espaço, é muito apertado, você coloca, hoje nós temos duas pacientes no quarto, eu pra mim poderia ser um pouquinho mais espaçoso, pra você entrar com a paciente tem que tirar tudo do quarto pra daí colocar a paciente dentro é um transtorno. E.3- Não é o ideal ainda. Mas a gente tem a, hum, tem suporte, continua com o mesmo suporte que tinha né? Mas não é o ideal ainda, podia ser melhor. E.16- Então a estrutura física que a gente tem ainda é muito pequeno, então assim é um quarto pequeno foi improvisado é tecnológica a gente tem equipamentos bons, tem a cama PPP, tem berço aquecido, tem bola tem banqueta, tem cavalinho então tem alguns recursos que dá pra utilizar. E.11- Eu acho que não no seu problema, mas estamos buscando a melhoria. Tanto em pessoal, quanto estrutura, tecnologia, tem coisa pra melhorar. Mas já, já foi, já conseguiu bastante coisa. E.9- Questão da estrutura física eu acho que acaba falhando mais. E.7- Eu acho que totalmente não. Eu acho que ainda nós temos deficiências físicas no setor... 1. Tecnologia, OK E.17- A gente tem todos os equipamentos aqui, tudo os aparatos necessários a gente tem. E.14- Sim tem, porque nós temos um é um serviço, uma equipe que está sendo treinada, nós temos o serviço caso precise de uma emergência, banco de sangue, centro cirúrgico. E.10- Tudo OK. Achei assim que até tá melhorando, que eles estão investindo, querem investir ainda mais, então assim, tá tudo tranquilo. E.2- Eu acho que, eu acho que em relação a estrutura física tecnológica sim! Eu acho que o hospital tem sim condições de atender. 2. Falta capacitação, mas estamos no caminho E.16- Não, a gente percebe que não, que nem todos da equipe têm treinamento adequado e foi proporcionado alguns profissionais médicos e foi pago curso da, da, do alvo da emergência obstétrica nem todos participam. E.15- Eu acho que meia boca, meio, meio. E.15- Vamos ver estamos na espera, também na espreita, em relação a equipe, temos uma equipe muito boa, não, não, poderia ser um pouquinho a mais mas a gente não está desejando, não está deixando a desejar, a gente está no meio termo, pra ficar melhor tem que ter mais material humano para você trabalhar e dar uma qualidade melhor.
---------------------	---

Quadro de Unidades de Registro e Unidades de Contexto – Enfermagem

(continuação)

	E.12- Frágil, mas a gente tenta agilizar mesmo assim, embora nem todos estejam capacitados, o pessoal se esforça e, e tenta agiliza o máximo possível. E.2- Mas, e, eu acho que de profissional...Tem ainda muitas falhas, assim, eu acho, é que como eu falei, as vezes a gente só se depara com uma situação assim, é uma intercorrência depois que você vai procurar saber o que deveria ter sido feito naquela hora “né”? E.13- Ela tá é bem, eu acho assim bem entrosada.
Tecendo Redes	Interligação entre as redes E.03- Tá, então assim as nossas gestantes vem do centro municipal da mulher né a gente tem sempre que está em contato com a Renata e agora nesse último mês de novembro é bem novidade a gente tá desenvolvendo com ela para fazer a visita da trigésima semana no hospital né. E.4- Pelo menos aqui na Santa Casa eu acredito que existe. E.9- Então tá sempre, sempre há um relacionamento da nossa coordenação, sempre há um relacionamento com a atenção primária, então muitas vezes até em alguns eventos muitos cursos a gente tá em contato para ver o que que pode melhorar né de um lado de outro, pra que a gente possa beneficiar essa nossa paciente. 1. A ausência soberana E.1- Não, eu acho que isso também falha na comunicação nossa com as Unidades Básicas de Saúde. E.10- “Hum” não, não. Acho que não, não vejo pelo menos. Pelo menos no meu horário não percebo isso. E.6- Eu acho que isso é um, uma falha e aí que “tá’ a falha, eu acho. E.7- Não, não. Não existe esse feedback. E.11- Não tanto como deveria. Porque nem sempre o pré-natal, assim, diferente de, lá na da saúde da atenção pública, né, acho que até tem mais, mas como que, como o particular o pré-natal é privado e tem, ainda, não é padronizado um pré-natal, cada profissional conduz a sua paciente e , da sua maneira né. E.16- Não, não tem então assim é a gente recebe a paciente as vezes nem sempre tem todo, todos os exames em carteirinha, tem todos os registros em carteirinha que é o documento que a paciente vai até a maternidade então as vezes é uma ficha ou tá gravado no computador do médico no pré-natal, então a gente não tem acesso a esses dados então a gente muitas vezes tem que confiar no que tá na carteirinha e confiar no que o médico fala, se não tem na carteirinha a gente se perde. E.5- Eu não vejo isso aqui, as pacientes consultam aqui, o doutor faz pelo G-SUS, ali a, a evolução, a gente faz a nossa evolução do atendimento nela, mas eles não tem um retorno lá do que aconteceu com elas aqui, então assim por exemplo aí. E.17- Não infelizmente não. E.2- Não, eu acho que não.

Quadro de Unidades de Registro e Unidades de Contexto – Enfermagem

(conclusão)

	E.16- Com certeza, com certeza faria muita diferença, porque é a gente não tem acesso aos exames, então assim uma pacientes que teve infecção urinária evolui para um trabalho de parto prematuro é se não tem o registro na carteirinha se o médico não lembrar de contar ou se o médico estiver viajando como acontece e acaba caindo na mão do plantão a paciente na hora da dor ela não vai lembrar que ela teve uma infecção urinária isso faz muita diferença o se ele teve um Strepto positivo e não trato que precisa ser tratado lá na hora do parto é ante parto na verdade então se você não tiver esse dado não tem como tratar.
A assistência que queremos	Qualidade do profissional: E.7- Justamente com capacitação técnica, porque muitas vezes a, a, os olhos do enfermeiro vão além do olhar médico. E.3- A gente tem que “tá” se capacitando né? Sempre “tá”. E.9- Eu acredito que se capacitando cada vez mais né pensando naquela paciente nas intercorrências que podem acontecer com ela se envolver se envolvendo mais não sendo ali ao surgimento dessas intercorrências. E.8- Se especializando em primeiros socorros. E.12- Se soltassem tudo em nossas mãos (risos). Porque a gente né as vezes sugere as condutas, nem sempre não aceita, e muitas vezes a enfermagem, se enfermagem, se deixassem fazer o que a enfermagem, o que a enfermagem sabe, a gente tá reduzindo. E.17- Se tivesse acompanhamento da enfermeira obstetra junto da mãe. Informação é tudo: E.6- É o ideal, acho que a informação pra tudo né? E.15- Ensino, porque a gente é ensinado, porque a gente venho para ensinar, enfermagem é cuidado, pra mim enfermagem é cuidado e ensino, se a gente cuida e ensina da maneira correta a gente tem que ir para o caminho certo, acho que não precisa de mais nada só o cuidado e o ensino. E.14- Na atenção, eu acho que a atenção você está realmente comprometido com seu trabalho, com o trabalho da gente, entender a importância do nosso trabalho, porque muitas situações, muitas intercorrências e as vezes passam por profissionais que vai o normal da gestação.

Fonte: Acervo da autora

APENDICE E

Quadro 2–Unidades de Registro e de Contexto – Gestão

(continua)

UNIDADES DE REGISTRO	UNIDADES DE CONTEXTO
Contextualizando os óbitos perinatais	a. Fragilidades da atenção visão: Gestão: DT1/ E.13- Eu acho que em condições ideais não, eu acho que em condições ideais não, eu acredito que as vezes a gente fica em alguma situação de, de risco né, de risco por, por essa condição, de repente você tem três, quatro mães com programação de, de nascimento, de, de crianças prematuras, de baixo peso, e você não tem vaga n UTI, você tá tentando transferir e não consegue, então as vezes você fica... GP- Hoje a maior fragilidade que a gente tem ainda é a falta da UTI neonatal, nós estamos trabalhando no desenvolvimento dela e esperamos que até a metade do ano no máximo aí julho, agosto a gente tenha a UTI funcionando, vai melhorar bastante porque realmente é uma dificuldade. DA1- É nessa questão técnica com a mãe e o bebe quem vai responder para você é o médico e o diretor técnico. Ela não chega na direção administrativa. DP- Então sempre tinha obstetra, mas não tinha os serviços não estavam organizados. DA2- “Tá”. Em relação de toda a rede existe uma série de fragilidades, “né”? Uma vulnerabilidade das populações “né”? DT2- Não existem várias né, várias, a gente é tem na verdade uma dificuldade é no sentido do atendimento né, ou seja, o acesso das pacientes ao pré-natal eu percebi que no decorrer dos anos melhorou né. DA3- E a gente tem hoje um plantonista, então assim a gente começou a partir de março a implantar o rotineiro, então além do plantonista tem mais um obstetra que faça visita diariamente né, na verdade de segunda a sexta-feira né porque fim de semana reduz bastante o movimento aqui né mas de qualquer forma isso é uma fragilidade. DP- Sim, e a melhoria do pré-natal né, ainda continua tendo alguns problemas com relação a isso porque a gente não tem os 100% dos pré-natais aqui não são feitos com médico obstetra né existem médicos ah.

Quadro 2—Unidades de Registro e de Contexto – Gestão

(continuação)

Ações que dão certo	a. Exemplos que dão certo/ Buscando o melhor DA3- É na verdade a gente está buscando adequa toda a nossa estrutura hospitalar com a legislação né e claro com uma, uma condição que atenda às necessidades da unidade né, então o quarto PPP a gente entende que é uma, é uma demanda da comunidade né que cada vez mais tem mulheres que querem ter o parto no quarto né. DP- Então o hospital universitário aco...parte desse prédio de movi, quero dizer praticamente 2/3 do movimento é acabou é se deslocando pra lá, então houve uma nítida melhora, as outras unidades do hospital as equipes não são totalmente completa como é lá, mas houve uma nítida melhora ai e outro aspecto que é importante aqui é o aumento do número de leitos para UTI neonatal né. DP- É não parar né a gente tem que o tempo todo tá tentando buscar essa, esse conhecimento e levar para toda a equipe né a educação que é fundamental. DT1- Se Tivesse atuado mais precocemente, se tivesse sido mais atencioso, tudo isso tem que ser analisado e corrigido, é, pra isso também serve essa reunião, pra gente fazer o diagnóstico e corrigir as falhas que por ventura possam ter acontecido né. DT1- As medidas já estão sendo tomadas, eu não sei detalhes, mas eu sei que tá sendo aumentada os números de vagas na UTI neonatal, você já deve ter tido alguma informação disso. Tá sendo ou já foié, deliberado só falta contratar mais um médico, pra ser o médico, pra ter um médico de plantão na obstetrícia e um médico que a gente chamaria de rotineiro.
---------------------	---

Quadro 2—Unidades de Registro e de Contexto – Gestão

(continuação)

Estruturação da equipe	a. Equipe capacitada DA3- Acho que assim ligado a óbito puxa vida ah os pediatras assim a gente não tem pediatra presencial na sala de parto né, isso é uma fragilidade né ao mesmo tempo nos temos dois pediatras presentes no hospital. DA2- Nós temos profissionais tanto a área da enfermagem quanto obstetras “né”? Que estão capacitados a atender essa gestante. DP- Então a equipe de assistência da maternidade a gente tem os técnicos de enfermagem, tem a enfermeira obstetra e os médicos obstetra que ficam no plantão, então a gente é discutido cada caso e resolvido entre a equipe mesmo, se precisava vem outro especialista né, é até psicóloga a gente tem aqui dentro do hospital. GP- Sim, temos enfermeiros especializados em obstetrícia, temos o plantão da obstetrícia 24 horas, médico é o plantão da neonatologia então tem. DP- Bom, eu vou voltar novamente a questão é existe é o recomendável muitas vezes existe o possível né, então o recomendável é você ter aa o mais de um obstetra até por plantão um que faça admissão outro que vá tocando os casos, ter enfermeira, enfermeiro obstétrica, 144eonatologista. GT1- Sim. A, a, nós, nós temos sem dúvida, profissionais capacitados, e recursos para atender a... a essa demanda que de maneira plena, “né”?
------------------------	--

Quadro 2—Unidades de Registro e de Contexto – Gestão

(conclusão)

Caminhando para as mudanças	a. Mudanças DA3- Na minha opinião a base de tudo é a informação né, então é a educação ela começa em primeiro lugar, acho que até antes de falar a gente ia ter que mudar alguma coisa né. DT2- Eu acho que assim direto o papel é do médico pegando a rede primária, o médico obstetra né que você está se referindo é comprometimento ao meu ver né, acho que se você tem é profissionais de saúde né que isto é o médico ou a enfermeira. DP- É desde o início da concepção né eu penso que desde que a mãe é, já teve um acompanhamento não só do médico obstetra mas da enfermeira também, eu penso que seria bem importante então, só que como a gente não tem no momento não é nossa realidade aqui no hospital não é isso então não tem como eu ter né, mas assim do meu ponto de vista da minha experiência eu penso que seria muito importante sim, poderia até evitar muitas mortes né. Se tivesse acompanhamento da enfermeira obstetra junto da mãe. DP- É você ter aqui..., ah basicamente um pré-natal adequando um diagnóstico adequada das condições dessa gestantes o eventual encaminhamento de um pré-natal de baixo risco no momento que ele se tornar médio alto risco, fazer um encaminhamento diferenciado dessa gestante. E.9- Eu acho que é, é cobrança, como gestor tenho que cobra. Acho que tem resultado. Então acho que a função do gestor é identificar os problemas “né”, nós fazer parte “né” da equipe que identifica o problema e pensar soluções para eles. DP- Então eu acho que esse tipo de, de problema tem que ser visto lá no início da gestação lá na prevenção, lá no pré-natal que daí é lá com o médico daí né, porque a gente não tem assim como prevê isso aqui, e preveni. DT1- Eu acho que a gente deveria trabalhar dentro das condições ideais, mas acredito eu que deveria ter uma estrutura, é, se a nossa estrutura é nós já, a gente deveria procurar evitar possíveis lacunas né, então eventualmente ter um segundo obstetra de sobre aviso.
-----------------------------	--

Fonte: Acervo da autora