

**Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança
Mestrado Acadêmico**

PATRICIA SAMPAIO DA ANUNCIÇÃO

**“REVÉS DE UM PARTO”: MODELOS EXPLICATIVOS DE MULHERES QUE
PERDERAM O FILHO NO PERÍODO NEONATAL**

**SÃO LUÍS - MA
2015**

PATRICIA SAMPAIO DA ANUNCIÇÃO

**“REVÉS DE UM PARTO”: MODELOS EXPLICATIVOS DE
MULHERES QUE PERDERAM O FILHO NO PERÍODO NEONATAL**

Dissertação vinculada à linha de pesquisa
Qualidade de Vida e Atenção à Saúde
apresentada ao Programa de Mestrado em
Saúde do Adulto e da Criança da Universidade
Federal do Maranhão.

Orientadora

Profa. Dr.^a Zeni Carvalho Lamy

Coorientadora

Profa. Dr.^a Cristina Maria Douat Loyola

**SÃO LUÍS - MA
2015**

Anunciação, Patricia Sampaio da
“Revés de um Parto”: Modelos Explicativos de mulheres que perderam o
filho no período neonatal. - 2015. Patricia Sampaio da Anunciação

Impresso por computador (Fotocópia).

Nº total de folhas: 109

Impresso por computador (fotocópia).

Orientadora: Zeni Carvalho Lamy

Co-orientadora: Cristina Maria Douat Loyola

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa
de Pós - Graduação em Saúde da Criança e do Adulto, 2014.

1- Mortalidade Infantil. 2- Morte neonatal. 3- Humanização

.Título CDU 618.333

PATRICIA SAMPAIO DA ANUNCIAÇÃO

**“REVÉS DE UM PARTO”: MODELOS EXPLICATIVOS DE MULHERES QUE
PERDERAM O FILHO NO PERÍODO NEONATAL**

Dissertação vinculada à linha de pesquisa
Qualidade de Vida e Atenção à Saúde
apresentada ao Programa de Mestrado
em Saúde do Adulto e da Criança da
Universidade Federal do Maranhão.

Orientadora

Profa. Dr.^a Zeni Carvalho Lamy

Coorientadora

Profa. Dr.^a Cristina Maria Douat Loyola

Aprovada em 26/03/2015

Banca Examinadora

Profa. Dr.^a Zeni Carvalho Lamy

Orientadora

Profa. Dra, Eremita Val Rafael

1º. Examinador (a)

Prof.Dr. Raimundo Antonio da Silva

2º. Examinador (a)

Prof. Dra. Selma Maria Muniz Marques

3º. Examinador (a)

Às mulheres participantes desta pesquisa: **EVA, SARA, REBECA, RUTE, MIRIÃ, DÉBORA, NOEMI, ESTER, MADALENA, ABIGAIL, JOANA, MARTA, EUNICE, SAFIRA, PRISCILA E MICAL**, pela coragem de falar sobre a experiência de perda dos seus filhos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à Deus, criador de todas as coisas, pelo dom da minha vida e por todas as oportunidades que tem me proporcionado.

À minha família, meu suporte indispensável, meus verdadeiros e fiéis torcedores. Se existe qualidade em mim, eu devo a vocês.

À orientadora e amiga Profa. Zeni Lamy, pelas orientações, pela competência e cuidado dispensado a mim e a este trabalho e principalmente pela chance concedida no começo desta jornada.

A co-orientadora Profa. Cristina Loyola, pelo apoio no início desta caminhada, possibilitando-me o ingresso e a realização do Mestrado.

A todas colegas e amigas do Grupo de Pesquisa do CEUMA e da UFMA, às bolsistas de iniciação científica: Marina, Gabriela, Dinamara, Júlia, Natany, Taiana, Lais e Irla pela constante presença e apoio no processo de trabalho dessa pesquisa.

Às Prof^a. Dr^a. Selma Maria Muniz Marques, Prof^a. Dr^a. Jacira Nascimento Serra e a Prof^a. Dr^a. Laura Lamas Martins Gonçalves pelas importantes contribuições no Exame de Qualificação.

À querida amiga Hellyne Madeira por sua valiosa ajuda para viabilizar os contatos com as mulheres participantes desta pesquisa e às Agentes Comunitárias de Saúde do Município de São Luís, em especial à ACS Naldilene que, de forma competente, tanto me auxiliaram no agendamento das entrevistas.

À Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de São Luís pela fundamental contribuição do acesso ao banco de dados de Mortalidade Infantil.

A todos os amigos do mestrado, pela alegria contagiante, pelo grupo unido que fez cada aula ser uma verdadeira terapia.

A todos os amigos e colegas de trabalho do Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (DASCA/SES) 2010/2014: Fernanda Carneiro, Sônia Paiva, Luana Paiva, Lais Tada, Juraci Nascimento, Nestor Fonseca, Emanuella Medeiros, Heloise Vasconcelos, Ana Maria Costa, Ana Lúcia Chaves, Simone Carvalho, Márcia Paiva, Prof^a. Georgina Macedo, Ana Amélia Braga, Sr.

José de Ribamar Magalhães, Sr. Luís Cláudio Cardoso e os Técnicos do Departamento de Vigilância Alimentar e Nutricional: Ana Kalena Nascimento, Damaris Alves, Leudimar Carvalho, Prof^a. Sueli e Prof^a. Teresa, pelo apoio desde o início desta caminhada.

À querida amiga Mara Alves, obrigada por ser reflexo do amor de Deus na minha vida, amiga das orientações, obrigada pela companhia nas alegrias e agonias e determinante apoio na reta final.

Aos meus amigos queridos, vocês fazem minha vida ainda mais feliz.

Aos meus diretores e colegas de trabalho da Plan, pela compreensão e apoio nesta reta final.

PEDAÇO DE MIM
(Chico Buarque)

Oh, pedaço de mim
Oh, metade afastada de mim
Leva o teu olhar
Que a saudade é o pior tormento
É pior do que o esquecimento
É pior do que se entrevar

Oh, pedaço de mim
Oh, metade exilada de mim
Leva os teus sinais
Que a saudade dói como um barco
Que aos poucos descreve um arco
E evita atracar no cais

Oh, pedaço de mim
Oh, metade arrancada de mim
Leva o vulto teu
Que a saudade é o revés de um parto
A saudade é arrumar o quarto
Do filho que já morreu

Oh, pedaço de mim
Oh, metade amputada de mim
Leva o que há de ti
Que a saudade dói latejada
É assim como uma fisgada
No membro que já perdi

Oh, pedaço de mim
Oh, metade adorada de mim
Lava os olhos meus
Que a saudade é o pior castigo
E eu não quero levar comigo
A mortalha do amor
Adeus

Tudo é do Pai, toda Honra, toda Glória é Dele a vitória alcançada em minha vida.

RESUMO

A mortalidade infantil é um indicador dos níveis de desenvolvimento social e econômico e de condições de saúde da população. Embora a taxa de mortalidade infantil tenha decrescido no componente pós-neonatal, o período neonatal ainda concentra o maior número de óbitos. Esse componente é de difícil redução porque depende principalmente de ações dirigidas à qualificação da atenção prestada no pré-natal e nos serviços de saúde que realizam partos. Dessa forma, entender como as mães interpretam e explicam a morte do seu filho no período neonatal pode desvendar uma face da mortalidade infantil não revelada nos documentos oficiais de óbito ou nos indicadores sócio demográficos. Sendo assim, buscou-se analisar os modelos explicativos para o óbito de recém-nascidos na perspectiva das mulheres que perderam os filhos no período neonatal. Adotou-se pesquisa descritiva e analítica, do tipo qualitativa, com mulheres residentes no município de São Luís, que tiveram partos nas maternidades da capital. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas para a coleta de dados. Os dados foram analisados pela técnica de Análise Temática e Categorização. Os dados evidenciaram que as mulheres constroem modelos explicativos próprios para a morte de seus filhos. Dessa forma as explicações e interpretações atribuídas pelas mulheres evidenciam alguns aspectos cujas categorias são objetos de análise deste estudo: Percebendo o perigo, Explicando as causas da morte e Encarando o processo de Luto. Dos relatos, foram identificadas as situações que representam a fragilidade na rede de atendimento, bem como a falta de informação durante o acompanhamento de pré-natal e até no momento do parto. Isto se evidencia tanto em relação ao acompanhamento da mulher grávida como também em situações de luto neonatal. Os resultados revelam um cenário em que as situações de luto neonatal passam despercebidas no cotidiano de trabalho da equipe de saúde nas maternidades.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil. Morte neonatal. Humanização.

ABSTRACT

Infant mortality is an indicator of the levels of social and economic development and health of the population. Although the infant mortality rate has decreased in the post-neonatal, neonatal period still has the largest number of deaths. This component is difficult because reduction depends primarily on actions directed to improve care provided in prenatal care and health services that perform deliveries. Thus, understanding how mothers interpret and explain the death of his son in the neonatal period may unveil a face of child mortality not revealed in official documents of death or the socio-demographic indicators. Therefore, we sought to analyze the models to the death of newborns in the perspective of women who have lost infants at birth. We adopted a descriptive and analytical research, qualitative type, with women living in São Luis, who gave birth in maternity hospitals in the capital. Semi-structured interviews for data collection were used. Data were analyzed by thematic analysis technique and Categorization. The results show that women build their own models to the death of their children. Thus the explanations and interpretations given by women show some aspects whose categories are objects of analysis of this study: Realizing the danger, explaining the causes of death and Facing the process of mourning. Accounts, the situations that represent the weakness in the service network and the lack of information during the prenatal monitoring and even at delivery were identified. This is evident both in relation to the monitoring of pregnant women as well as in neonatal mourning situations. The results show a scenario in which the neonatal mourning situations go unnoticed in health team work routine in maternity wards.

Keywords: Infant Mortality. Neonatal death. Humanization.

LISTA DE SIGLAS

AIH	-	Sistema de Informação Ambulatorial
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
DO	-	Declaração de óbito
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
ICE-MA	-	Instituto de Cidadania Empresarial do Maranhão
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ODM	-	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PAISC	-	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNDS	-	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNH	-	Política Nacional de Humanização
PQM	-	Plano de Qualificação das Maternidades
SUS	-	Sistema Único de Saúde
SEMUS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SES	-	Secretaria Estadual da Saúde
SIM	-	Sistema de Informação da Mortalidade
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	-	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Avaliação do perfil sociodemográfico das mulheres.....	99
APÊNDICE II - Roteiro da entrevista semiestruturada das mulheres.....	101
APÊNDICE III - Termo de Consentimento e Livre Esclarecido.....	102
APÊNDICE IV - Tabela de Dados da Pesquisa.....	104

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Declaração de anuência.....	106
Anexo B – Termo de compromisso na utilização dos dados, divulgação e publicação dos resultados da pesquisa.....	107
Anexo C - Declaração de Responsabilidade financeira.....	108

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2.	OBJETIVOS	28
2.1	Geral.....	28
2.2	Específicos.....	28
3.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	29
3.1	A evolução histórica do parto e as políticas de humanização nesse procedimento.....	29
3.2	Mortalidade Infantil: contextualização histórica e aproximações conceituais.....	33
3.3	Mortalidade Infantil: indicadores sociodemográficos no Brasil.....	39
4.	METODOLOGIA	41
4.1	Modelos Explicativos: uma categoria teórica e analítica.....	42
4.2	Tipo de Estudo.....	46
4.3	A Entrada no Campo de Pesquisa: aproximações com o universo pesquisado.....	47
4.4	Aspectos Éticos.....	53
4.5	Conhecendo as Mulheres Entrevistadas.....	53
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	70
5.1	Percebendo o perigo.....	71
5.2	Explicando a(s) causa(s) da morte.....	77
5.3	Encarando o Processo de Luto.....	82
6.	CONCLUSÃO	89
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICES	98
	ANEXOS	105

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil, no Brasil, representa um problema de caráter prioritário no que se refere à implementação de ações e medidas que visem responder a essa problemática. Os programas de saúde da criança estão amparados em diretrizes e políticas que, em certa medida, contemplam o direito à saúde. A garantia de acesso, de boa qualidade de atenção, de atenção integral à saúde, de cuidados preventivos e esquemas de tratamento, postulada nos programas de saúde, tem efeito positivo de ação de saúde pública sobre direitos humanos.

Assim, a criança tem direitos que se referem, principalmente, à autonomia pública, ou seja, aos direitos sociais, tais como direito ao adequado crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, nutrição, vacinação, higiene, saneamento ambiental, medidas de proteção, prevenção de acidentes, acesso à educação, cuidados à saúde, enfim direito à vida. Aliado a esses aspectos, também é considerada importante a garantia de que os pais conheçam os princípios básicos de saúde, recebendo apoio para aplicação dos conhecimentos no cuidado à criança, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989.

Conforme preceituado na Convenção dos Direitos da Criança, os direitos à vida, à sobrevivência, ao máximo desenvolvimento, ao acesso à saúde e aos serviços de saúde não devem ser tomados apenas como necessidades das crianças e adolescentes, pois também são direitos humanos fundamentais. Ainda, que a proteção e o cumprimento desses direitos fundamentais dependam da realização dos seguintes direitos: a não-discriminação de educação e acesso à apropriada informação, privacidade, proteção de todas as formas de violência, descanso, lazer e recreação, adequado padrão de vida, não exploração e participação, com direito a ser ouvida.

O Estado, em concordância com as convenções, declarações e pactos internacionais, deve respeitar, proteger e efetivar os direitos humanos de seus cidadãos. Para tanto, tem o dever de elaborar planos de responsabilização, na tentativa de evitar desrespeitar, desproteger e não efetivar um direito.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é uma das maiores conquistas da sociedade civil organizada na década de 90. O ECA foi capaz de

introduzir mudanças significativas em relação à legislação anterior, o chamado Código de Menores, instituído em 1979. Com o ECA, crianças e adolescentes passaram a ser considerados cidadãos, com direitos pessoais e sociais garantidos, fazendo com que o poder público implementasse políticas públicas especialmente dirigidas a esse segmento. Por outro lado, esse documento estabeleceu também a responsabilidade da sociedade e dos pais na atenção à criança e ao adolescente. O que rege o ECA é a doutrina da proteção integral da criança e do adolescente, criada pela Organização das Nações Unidas.

Segundo os princípios das legislações vigentes em nosso país, não há dúvida de que crianças e adolescentes são prioridades absolutas no que se refere à salvaguarda de seus direitos fundamentais (à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, estando a salvos de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão), portanto cabe ao Estado garantir com absoluta prioridade a defesa destes direitos.

Contudo, não somente ao Estado, pois também é dever da família e de toda a sociedade (CF, art. 227) assegurar à criança e ao adolescente o respeito aos seus direitos garantidos por lei (em matéria de legislações de direitos de crianças e adolescentes vigentes em nosso país cita-se: CF; ECA - Lei 8.069/90; Declaração Universal dos Direitos Humanos; e a Convenção sobre os Direitos da Criança - Dec. nº 99.710/90).

Mister destacar que a mortalidade infantil, como uma problemática que reflete a inacessibilidade ou a precariedade no atendimento dos serviços públicos de saúde, se configura como uma das piores formas de violação de direitos humanos, e representa ainda um atentado à dignidade da criança. A Lei 8.069/90 enaltece que a criança e adolescente devem ser tratados de forma digna e não devem ser cometidas qualquer forma de negligência, exploração, violência, discriminação, crueldade e opressão.

Desta feita, é necessário situar também importante marco para a consolidação da Política de Saúde como Política Pública afiançada pelo Estado e de caráter universal: a Constituição de 1988 e a criação do SUS. A partir desses instrumentos legais, ressurgem as discussões de que a saúde é um direito humano fundamental. Nesse processo, também foram destacados os princípios da Atenção

Primária à Saúde (APS), que foi retomada e ampliada na década de 90. As ideias da APS vêm ressaltar que os cuidados primários à saúde são os primeiros passos para concretização do direito à saúde e estão ligadas diretamente aos direitos humanos. A Saúde é reafirmada como direito humano que é inviolável, inalienável, irrenunciável, indivisível e universal.

Nesse contexto, demarcam-se garantias de direitos sociais num sistema de Seguridade Social organizado em um tripé composto por saúde, previdência social e a assistência social. A Política de Saúde é institucionalizada e definida como direito de todos e dever do Estado, constituindo assim o Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela Lei 8.080 de 1990 em que os serviços de saúde passam por significativas mudanças, como a participação social e a descentralização dos serviços, assim como a universalização ao acesso e a atenção integral a saúde.

Essa conquista se fez possível mediante a participação de novos sujeitos sociais como a sociedade civil, os profissionais de saúde e alguns movimentos sociais urbanos na busca pela melhoria da qualidade de vida e saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado como resultado da redemocratização do nosso país, sendo regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde. Entende-se que as ações e serviços que constituem o SUS possuem caráter universal e equitativo, organizado de forma descentralizada com direção única de cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), para garantir a integralidade do atendimento às necessidades de saúde, bem como a participação social.

A Lei nº 8.080/90 em seu art. 7º observa os seguintes princípios desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Carta Magna, tais como:

- a) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- b) preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- c) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- d) direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- e) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário (BRASIL, 1990).

Dessa forma, a proposta do SUS baseada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade contribuiu para se pensar em um novo modelo assistencial focalizado na atenção integral à saúde, que reconhece os fatores socioeconômicos, culturais, biológicos e ambientais de cada pessoa e zela pela não fragmentação da atenção à saúde.

Historicamente, um dos grandes desafios do Brasil foi garantir atenção à saúde da criança para protegê-la em seu desenvolvimento durante os primeiros seis anos de vida. Para isso, o Ministério da Saúde, desde 1984, intensificou ações na promoção de saúde das crianças com menos de cinco anos, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)¹. Este programa tem como objetivo *promover a saúde da criança de forma integral, dando prioridade ao atendimento de crianças pertencentes a grupos de risco, melhorando a qualidade do atendimento*. (BRASIL, 2012, p. 07).

Na atenção à saúde da criança, um dos fatores que aponta para as condições de vida e do acesso aos serviços de saúde é a compreensão da mortalidade infantil. A mortalidade infantil, por sua vez, é entendida como o número de mortes para cada mil nascidos vivos. (FRIAS, 2013).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE indicam que o índice de mortalidade infantil é obtido ao comparar o número de nascidos vivos e a frequência em que óbitos de crianças de um ano ocorrem em uma população em determinado espaço de tempo. Esse índice é tradicionalmente utilizado como indicador de saúde (refletindo na análise da saúde pública de uma região), da situação socioeconômica de um país e da eficácia de programas e políticas públicas na área (SOUZA; MELO, 2013).

A mortalidade infantil é considerada um indicador estratégico não somente da situação de saúde da criança, mas também do nível de desenvolvimento de uma sociedade (GUILLOT et al., 2012). Devido à sua

¹ A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) foi um grande marco assistencial de uma política de universalização da assistência à saúde, objetivando a diminuição das condições que determinam a morbimortalidade infantil no país, nos últimos vinte anos. O PAISC, considerado uma política universal porque visa o benefício e alcance de toda população infantil brasileira, centra-se no desenvolvimento de cinco ações básicas de saúde integradas, capazes de responder aos problemas comuns da infância. São elas: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil; Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno; Programa de Controle das Diarreias e Terapia de Reidratação Oral; e Programa de Assistência às Infecções Respiratórias Agudas. (NOVACZYK AB et. al., s/d)

importância, é o indicador principal da quarta meta do milênio², fazendo emergir a discussão em torno do dimensionamento e da magnitude da mortalidade infantil em vários países (MURRAY et al., 2007; BARROS et al., 2010; HILL et al., 2012).

A taxa de mortalidade infantil, no mundo, teve uma redução nos últimos anos. De acordo com dados apresentados pelo relatório do Fundo das Nações Unidas para Infância, tem apresentado uma redução de 63‰ para 35‰ nascidos vivos entre os anos de 1990 e 2012, (UNICEF, 2013). O Brasil alcançou em 2010, a quarta meta dos Objetivos do Milênio (ODM), estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2000, e que se refere à redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos em dois terços, até o ano de 2015 (IBGE).

Os dados evidenciam que a queda no país foi de 52‰ para 13‰. Na região Nordeste, as taxas continuam elevadas, no entanto, se destaca como uma das regiões de maior queda neste índice, 38,4‰ para 20,1‰ (BRASIL, 2012). Já o estado do Maranhão apresentou queda de 43,2‰ em 2000 para 21,9‰ em 2010 (BRASIL, 1999).

Ao analisar esses dados, observa-se que a redução da taxa de mortalidade infantil se deu em decorrência, principalmente, da redução no componente **pós-neonatal**, que contou com 69% dos óbitos infantis em 2010 (BRASIL, 2012). O componente pós-neonatal compreende os óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida até um ano de vida (MARANHÃO et al., 1999).

Já no que se refere à mortalidade nos primeiros 27 dias de vida, o componente **neonatal**, este representa a maior parcela da taxa de mortalidade infantil. Estes índices são mais difíceis de reduzir devido à sua dependência, dentre outros fatores, de cuidados e assistência desenvolvidos no período do pré-natal e do parto (BRASIL, 2012).

Ao falar de mortalidade infantil, deve-se considerar o binômio mãe-recém nascido, uma vez que, ao longo de toda a gestação, constroem-se relações e

² Em 2000, líderes mundiais se reuniram e decidiram estabelecer uma agenda global de compromissos mínimos pela promoção da dignidade humana, onde o mundo começou a trabalhar em conjunto no combate a inimigos históricos da humanidade, como pobreza e fome, desigualdade de gênero, doenças transmissíveis e evitáveis, destruição do meio ambiente e condições precárias de vida. Os 08 (oito) Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), surgiram, então, como um guia para esta estratégia conjunta. No Brasil, reduzir a mortalidade na infância é a meta 4 do ODM. O quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 4), de reduzir a mortalidade na infância, leva em conta três indicadores: a taxa de mortalidade na infância (menores de 5 anos), a taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e a proporção de crianças de até 1 ano vacinadas contra o sarampo.

expectativas que se consolidam através dos movimentos, da descoberta do sexo, da escolha do nome e da imagem psicológica que a mãe faz acerca do bebê. O vínculo da mãe com o seu filho, como se pode observar, começa antes do nascimento e é de fundamental importância para o relacionamento que ambos terão após a chegada da criança (PICCININI et al., 2004).

Considerando que a morte de um indivíduo é um evento que afeta todo o seu círculo de vivência, na maioria dos processos de luto, no entanto, parece que ainda não há esse entendimento quando se trata de mortalidade infantil. Mesmo quando não se desenvolveram ainda maiores laços familiares e sociais, a espera durante toda a gravidez, ou algumas vezes, antes dela, forma - ao menos no nível das expectativas e do desejo - um tipo de vínculo e uma forma específica de vivência com o que virá a ser, é o início da relação com o bebê esperado. Isto faz com que essa morte precise ser considerada também naquilo que afeta aos que sofrem a perda do bebê.

Dentre todos aqueles que de algum modo esperavam por esse novo ser, geralmente a mãe é quem maior aproximação teve com o bebê, devido aos fatores biológicos, culturais e sociais que marcam o processo de gestar. O entendimento de como essa mãe reage frente à notícia da morte do seu filho desperta atenção para os cuidados que se farão necessários no momento em que ela precisa passar pela elaboração, no processo de luto, do vínculo que foi criado entre os dois.

Freire (2012) afirma que é necessário que se olhe para a mulher que sofreu óbito neonatal com mais atenção, tendo em vista as gestações que estão por vir e o sentimento desenvolvido por esta mulher ao longo dessa nova experiência. Compreendemos que não apenas em atenção às demais gestações que esta mulher poderá ter, mas, sobretudo, diante de seu estado de saúde psicoemocional, é importante que se tenham todos os cuidados comuns a todo processo de luto. Freire (2012) aponta o quanto, em geral, a mãe não recebe o acolhimento psíquico necessário após a morte de um filho recém-nascido.

Para Silva et al. (2007), a morte de um bebê pode representar uma perda de futuro, esperança e sonhos para os pais. Diante da morte de alguém querido, há uma necessidade de reorganização da vida devido a rupturas que a perda desta pessoa ocasiona, seja ela ruptura de vínculos ou expectativas, neste caso, criados em torno de um filho, durante a gravidez (SILVA, 2010).

Perder uma pessoa com a qual se mantém vínculos afetivos, como um filho, vem a ser uma experiência dolorosa que expõe o ser humano à própria impotência. (FREITAS, 2000). Situações desconhecidas costumam ser vivenciadas com medo pelas pessoas. A morte é um exemplo de situação que desperta angústia, mesmo sabidamente inevitável. São muitas as tentativas de afastá-la e esquecê-la, em nossa sociedade, segundo Lima et al. (2009). Freud (1916) afirma em sua obra “Luto e Melancolia” que o luto é uma reação a uma perda, seja ela da pessoa amada ou de certas abstrações.

Os pais, de modo geral, em uma perda perinatal, sentem o mesmo que as pessoas de luto por outras perdas, com sentimento de vazio, culpa, irritação, negação, pesar. O problema é que, além disso, soma-se o medo de uma nova gravidez. Segundo Monteiro (2010) 20% das mães sofrem algum transtorno psicológico dentro de um ano após a perda. Essas mães podem também desenvolver psicopatias que afetem sua relação com o filho da próxima gestação (MONTEIRO, 2010).

Compreender a morte do filho recém-nascido, para os pais, requer a construção de uma nova realidade, levando em conta o investimento em expectativas relacionadas ao futuro de um filho que já não existe. (BITTENCOURT et al., 2011). O luto tem, pois, um papel social: o indivíduo enlutado deve corresponder a alguns critérios de reconhecimento social sobre a origem da perda e o vínculo que existia com a pessoa que morreu (DOKA, 2012). Sendo o reconhecimento social da perda um fator que favorece a elaboração do luto, percebe-se que no caso da morte no período neonatal esse reconhecimento nem sempre está presente.

Embora socialmente a perda de um filho seja considerada algo não natural e bastante dolorida, pois se espera que os pais venham a morrer primeiro, no caso do neonato o reconhecimento da perda não é o mesmo. Algumas atitudes por parte de profissionais, familiares e pessoas que rodeiam a família enlutada podem trazer a conotação de que a morte de um bebê não deve ser considerada como significativa. O silêncio para não falar sobre o morto, a fala de que logo se poderá ter outro bebê e a pouca sensibilidade para comunicar o óbito são exemplos comuns dessas atitudes.

Assim, pode-se classificar esse fenômeno em lutos que possuem características de uma perda não reconhecida socialmente e, assim, não merecendo seu suporte (DOKA, 2012). Nesse contexto de não reconhecimento da perda, muitas vezes, o desejo dos pais de realizarem procedimentos ritualísticos não é escutado. Estes apontamentos revelam uma incoerência em afirmar que a morte de um recém-nascido deva ser tratada como a morte de um filho. Escutar as mães, de forma sensível seria, pois, uma forma de definir suas diferenças (LACONELLI, 2007).

Diante de um quadro de luto e quebra de vínculo, além de todas as alterações sofridas pela mulher durante o período pré-natal e neonatal, se faz necessário compreender a perda do filho na perspectiva da mãe que sofre esse processo. A partir do presente estudo, será possível delimitar quais as estratégias utilizadas para o enfrentamento desse momento; ainda, será conhecida a existência ou não de assistência dos profissionais que acompanharam a gestante no pré-natal e poderão ser analisados os sentimentos das mães diante do óbito do seu filho no período neonatal.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade infantil ainda apresenta números preocupantes e precisa ser encarada como problema de caráter de urgência a ser erradicado em um esforço conjunto entre o governo e a sociedade. Faz-se mister lembrar que o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 – estabelece como *dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida e à saúde (...)* (art.4.º). No seu Título II, fixa o direito à maternidade segura e ao acesso universal e igualitário aos serviços do SUS.

Segundo dados do Relatório Situação Mundial da Infância (UNICEF, 2009), o risco de morte de neonatos ocorre principalmente nas primeiras semanas e geralmente está relacionada à falta de acesso a serviços de saúde. Além disso, esse acesso precisa ter qualidade, o que implica na forma como se dão as relações entre parturientes e profissionais de saúde e acompanhamento do recém-nascido.

Com base no cenário descrito, constata-se que a mortalidade neonatal vivida por mulheres no ciclo gravídico puerperal ocorre por causas evitáveis. A relação entre mortalidade neonatal e suas causas evitáveis é apresentada nesse estudo como indicativo de que a mortalidade neonatal está intrinsecamente

relacionada aos problemas estruturais da Política de Saúde Pública brasileira de atendimento à mulher gestante e puérpera. Enfatiza-se que os óbitos apresentados nesse estudo eram evitáveis, uma vez que os bebês apresentavam peso e idade gestacional adequados.

Segundo informações do Caderno HumanizaSUS (2014)³, este problema relaciona-se à:

Análise da qualidade da atenção em saúde ofertada às mulheres. As desigualdades de cobertura e acesso à atenção em saúde entre as regiões Norte e Nordeste e as áreas mais favorecidas do Sul e Sudeste não estão coerentes com os princípios do SUS. Universalidade e integralidade do cuidado às mulheres mães são investimentos que ainda estão por se efetivar. Ampliar e qualificar a atenção pré-natal, desenvolver ações de produção de cidadania das mulheres, de modo a resgatar suas autonomias e legitimá-las como sujeitos de direitos.

Sabe-se que o período gestacional, mesmo quando desejado, traz inseguranças e que, com o desenvolver da gestação surgem dúvidas, temores, anseios e fantasias. A intensidade dessa mistura de sentimentos em relação à gravidez varia entre as mulheres, algumas podem ser mais afetadas na gestação, outras no pós-parto. Por isso o trabalho dos profissionais de saúde que as atendem precisa estar pautado na compreensão desse processo.

Com o parto, ocorrem reações conscientes e inconscientes na puérpera e em todo o ambiente familiar e social imediato, que podem reativar profundas ansiedades. No caso de morte neonatal, o ambiente imediato deve estar atento à intensidade do sofrimento apresentado pela puérpera, no sentido de que, se não puder proporcionar a segurança e a paz de que ela necessita, possa, pelo menos, aconselhá-la a procurar ajuda profissional naquele momento de crise.

O acompanhamento por uma equipe de saúde que esteja atenta aos aspectos psicoemocionais da gestante e que preste uma assistência humanizada durante a gestação e o parto pode se constituir como um dos fatores que colabore para minimizar a incidência da mortalidade infantil.

Sabe-se que, na maioria das vezes, a mortalidade infantil está relacionada com a precariedade da Atenção Obstétrica. Segundo a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) (BENFAM, 1996) aproximadamente 13%

³ Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4)

das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos que antecederam a pesquisa não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal. Dessas, 9% eram residentes nas regiões urbanas e 32% no meio rural.

A menor cobertura de pré-natal foi encontrada no Nordeste (75%) e a maior no estado do Rio de Janeiro (96%). Essa pesquisa demonstra também que o acesso à assistência pré-natal é um problema significativo para a população rural, principalmente nas regiões Norte e Nordeste.

O Maranhão e sua capital, São Luís, são evidentemente menos desenvolvidos que o resto do país. Com índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,639, o Maranhão se posiciona como o segundo estado com menor qualidade de vida e desenvolvimento econômico do país. Os índices de mortalidade no Estado também são desfavoráveis, tendo a mortalidade infantil de 29 crianças mortas para cada mil nascidos vivos. E uma esperança de vida ao nascer de apenas 68,7 anos, enquanto a média do Brasil é de 73,1. (IBGE, 2010).

Em 2014, o Instituto de Cidadania Empresarial do Maranhão – ICE, apresentou os indicadores sociais da cidade de São Luís, dos quais se destacaram os índices referentes a mortalidade infantil. Para realização do mapeamento e levantamento dos indicadores o referido instituto dividiu a capital em 27 área urbanas e uma área rural, com base nos limites territoriais adotados pelo IBGE no censo 2010. De acordo com esse levantamento, os registros de mortalidade infantil (morte de criança de até 12 meses), apesar da queda registrada no índice de 2012, voltou a crescer na capital maranhense em 2013. Nesse aspecto, São Luís ocupa o 24º lugar, se comparado aos indicadores de 26 cidades brasileiras. O indicador aponta que o número de registros passou de 16,32 para 16,86 mortes para cada mil crianças nascidas.

Os indicadores de Mortalidade Infantil Pós- neonatal, mortalidade de crianças até 5 anos de idade, baixo peso ao nascer, mães adolescentes e mortalidade por causa circulatórias tiveram diminuição, no ano de 2013, se comparado aos números de 2011 e 2012.

Ainda segundo os indicadores apresentados no relatório ICE – MA, o indicador de mortalidade Infantil pode estar relacionado às condições de desenvolvimento sócio econômico e ao acesso às Políticas Públicas, o que evidencia as diversas localidades do Município de São Luís são vulneráveis em

outros aspectos sociais. Nesse contexto os dados de mortalidade infantil de São Luís se apresentam ainda elevados, o que se observa na realidade. De acordo com o Movimento Nossa São Luís (2014), a mortalidade neonatal precoce foi de 9,65 por mil nascidos vivos e a neonatal tardia, de 2,79. No Brasil estes dados foram de 8,1 e 2,5 respectivamente em 2011 (DATASUS, 2012).

O Município possui 10 maternidades e apenas 4 destas possuem UTI neonatal, números que se mostram desfavoráveis. No ano de 2013 9,48% dos nascidos tiveram baixo peso ao nascer, o que os faz sujeitos à uma possível necessidade de UTI e de um serviço mais especializado. (Projeto Observatório/Movimento Nossa São Luís, 2014).

Os dados também evidenciam que a atenção no puerpério não está consolidada nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e vacinação do recém-nascido. Isso pode indicar que as mulheres não recebem informações suficientes para compreenderem a importância da consulta puerperal e os serviços não estão adequados para atendê-las.

A atenção ao parto e nascimento é marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2001).

A escolha desta temática é fruto das minhas vivências acadêmicas e profissionais. Minha experiência profissional começa pela inserção no curso de Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ. Minha vida acadêmica e profissional foi marcada pela firme determinação de cursar Enfermagem. A Enfermagem é uma profissão que se 'pré-ocupa' com o outro, se ocupa com o cuidado do outro e esse desejo sempre me impulsionou desde o tempo da graduação.

Esta idéia marcou meu caminho ao longo do curso, levando-me a buscar entender a sociedade e o mundo em geral. Nesse caminho, mantive-me firme na busca do conhecimento, procurando aproveitar as oportunidades conquistadas na vida acadêmica. Vasconcelos (2001), citando Samuel Smiles, esclarece este meu

pensamento: “os céus ajudam aqueles que ajudam a si mesmos”.

Pouco tempo depois fui trabalhar na Estratégia Saúde da Família como Enfermeira. Essa experiência me deu as bases para minha formação enquanto enfermeira da Atenção Básica. Logo em seguida fui trabalhar no município de Viana e lá tive a oportunidade de ser Enfermeira do antigo PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), PSF, em seguida Coordenadora da Vigilância Sanitária e Epidemiológica e Enfermeira da Maternidade Municipal. Trabalhar no setor de obstetria foi minha primeira experiência na área materno infantil. Foi o momento que tive experiências com o parto e nascimento, e pude dividir com as mães alegria de ter um filho e a dor da perda.

Em 2010 fui convidada para ser supervisora técnica de um projeto promovido pelo Governo do Estado do Maranhão sobre Redução da Mortalidade Infantil: “Projeto Cuidando do Futuro”, que tinha como objetivo reduzir a mortalidade infantil em 17 municípios do Estado do Maranhão. Essa experiência me proporcionou significativas aprendizagens e crescimento profissional. Considero ter sido um divisor de águas na minha trajetória de vida profissional e pessoal.

Como supervisora técnica do “Projeto Cuidando do Futuro”, pude experienciar a necessidade de aguçar a sensibilidade do olhar e da escuta como estratégias de promover um atendimento humanizado com mulheres gestantes e parturientes. O poeta Guimarães Rosa versa em seus escritos que “o real não está na saída e nem na chegada. O real se apresenta para gente é no meio da travessia”. A essência desses versos representa o significado humano e profissional que me motivou a construção deste objeto de pesquisa.

Em uma das minhas experiências como enfermeira, me deparei com uma pergunta de uma mãe que havia sido informada do óbito do seu bebê. Ao me aproximar daquela mãe, a mesma me indagou, num tom de angústia: “- Enfermeira, o que faço quando eu voltar para o povoado? Lá tá todo mundo me esperando com o bebê e o quartinho tá todo pronto...” A pergunta me sensibilizou de tal forma que fiquei instantes sem resposta. Após refletir na complexidade do questionamento, a única resposta que consegui elaborar para aquela mãe, foi: “-Mãe, eu já estudei 4 anos como enfermeira e mais 2 anos de curso de especialização e não tenho a resposta pronta. Acho que não está em nenhum livro que já li até aqui...”

Aquela pergunta me provocou muitas reflexões. O professor Agostinho

Marques Neto ao falar sobre a relação entre pesquisador e objeto de pesquisa, diz que “no processo de pesquisa não é o pesquisador quem escolhe o objeto de pesquisa, mas o objeto de pesquisa quem escolhe o pesquisador”. Aquele questionamento feito pela mãe me instigou, me desafiou de tal forma que me senti convocada a elaborar um estudo sobre essa temática.

A partir dessas reflexões, o presente trabalho se justifica diante da necessidade de compreender como as mulheres explicam e interpretam a morte de um filho. Nesta proposta, pretende-se discutir algumas questões referentes ao estudo dessa problemática. Para isso, o mesmo está estruturado do seguinte modo: no capítulo 2 apresentamos os objetivos norteadores da pesquisa, considerados o ponto de partida para a tessitura de todas as considerações.

A fundamentação teórica que embasa o referido estudo, demonstrando a historicidade da evolução do parto e das políticas de humanização nesse procedimento, está explicitada no capítulo 3. Nessa parte, trata-se ainda da contextualização e alguns referenciais conceituais sobre a mortalidade infantil e alguns dados sociodemográficos que retratam essa problemática no cenário mundial, brasileiro e ludovicense. Vale ressaltar que esta abordagem da mortalidade infantil no olhar das mulheres que perderam o filho no período neonatal revela a importância de se discutir e propor alternativas de enfrentamento a essa questão que historicamente se configurou como um problema de saúde pública.

A metodologia utilizada e seus componentes estão descritos e categorizados no capítulo 4. O capítulo 5 apresenta os resultados e discussão dos dados coletados e apresenta as categorias analíticas geradas a partir das entrevistas e depoimentos das mulheres que perderam seus filhos no período neonatal. Seguindo os critérios de análises e considerações sobre o objeto de estudo, estão tecidas algumas considerações no capítulo 6 a que chamamos de conclusões.

Por se tratar de um processo complexo no qual estão imbricados vários fatores de risco, o tema requer estudos constantes que busquem compreender o fenômeno e trazer possíveis benefícios de modo a melhor atender as gestantes e puérperas e reduzir o índice de mortalidade infantil.

O tema traz inquietações que deram início a esta pesquisa a qual se justifica por buscar compreender melhor, especialmente, a situação de mulheres que

perderam seus filhos no período neonatal, para que a partir de seus relatos, surjam debates que apontem caminhos para a redução da mortalidade desses bebês e para uma assistência integral que englobe o trabalho técnico com a atenção humanizada às parturientes.

Ressalta-se ainda que esse fenômeno não deve ser compreendido em nível individual e privado, mas sim como uma questão de direitos humanos pois, além de afrontar a dignidade da pessoa humana, impede o desenvolvimento pleno da cidadania e fere os princípios de direito a uma vida saudável e do atendimento integral à saúde da mulher.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os modelos explicativos para o óbito de recém-nascidos na perspectiva de mulheres que perderam seus filhos no período neonatal.

2.2 Específicos

- Identificar características socioculturais e obstétricas das mulheres entrevistadas;
- Identificar características perinatais do recém-nascido;
- Conhecer a dinâmica dos acontecimentos que envolvem o óbito neonatal a partir da perspectiva das mulheres;
- Compreender as formas de enfrentamento materno diante da situação de morte do filho no período neonatal.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para compreender o papel das políticas de humanização da atenção ao parto e ao nascimento e seu surgimento no Brasil é importante ter noção do contexto histórico do parto e seus diversos modos de assistência.

3.1 A evolução histórica do parto e as políticas de humanização nesse procedimento

O processo de nascimento é algo inerente à natureza humana e é permeado por sentimentos, expectativas e medos, porém ao longo dos tempos ocorreram modificações na forma como ele é construído socialmente, tornando-se de grande importância a discussão do tema para a área da Saúde. (FREITAS et al., 2005)

Inicialmente, o parto era exercido por curandeiras, parteiras ou comadres, mulheres de confiança da gestante que, a partir da aprendizagem, desenvolvimento e propagação do conhecimento empírico, se tornaram familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto e com os eventos que acompanhavam a gravidez e o puerpério. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Estimadas pela sociedade, sua assistência era frequentemente solicitada, e aparentemente, apresentava bons resultados com o parto e com o nascimento, mesmo em situações adversas. Essas mulheres desenvolveram habilidades e conhecimentos empíricos sobre a arte de assistir ao parto e ao nascimento, os quais eram passados de geração a geração ou para mulheres mais jovens quando a demanda assim o exigia. (ROOKS 1997 apud SANTOS 2002)

Entretanto, a partir do início do século XX, o progresso do conhecimento científico ocasionou mudança no paradigma do processo de parturição. O hospital tornou-se referência para o atendimento à parturiente. (RNFSDR, 2002) Os médicos apresentavam melhor aceitação na sociedade e as mulheres de todas as classes sociais começaram a procurar a maternidade para os casos mais complicados e,

gradualmente, passaram a considerá-lo mais seguro que o domicílio. Assim, o parto passou de um evento familiar e fisiológico para um procedimento médico. (SANTOS, 2002)

Na segunda metade do século XX, houve uma rápida expansão do uso de muitas tecnologias com a finalidade de desencadear, aumentar, acelerar, regular, ou monitorar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de torná-lo “mais normal” e melhorar a saúde de mães e crianças. Nesse processo, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, as tentativas de melhorar a qualidade da assistência ao parto muitas vezes levaram à adoção acrítica de intervenções inapropriadas, desnecessárias e às vezes arriscadas, sem a devida avaliação de sua efetividade ou segurança. (ENKIN, 1995, 2000; WHO, 1996)

Com essas intervenções, o parto passou a ser visto como ato cirúrgico qualquer, no qual a mulher em trabalho de parto é tratada como doente e impedida de seguir seus instintos e adotar a posição mais cômoda e fisiológica, resultando na desvalorização dos aspectos emocionais e sociais envolvidos na atenção ao parto. (MACHADO et al., 2008)

Esse modelo de atenção ao parto, atualmente predominante no Brasil, com excessiva medicalização, no entanto, tem sido denunciado crescentemente por profissionais e movimentos sociais, articulados em torno de um conjunto de valores e práticas identificadas pela noção de humanização da assistência ao parto e ao nascimento. Considera-se que o modelo predominantemente técnico tem sido apontado como um dos responsáveis pelas altas taxas de mortalidade materno-infantil em vários países. Nele tem-se observado o desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres de modo a reduzir um evento social, cultural e de saúde a um fenômeno patológico, médico e fragmentado. (TORNQUIST, 2003)

O movimento pela humanização do parto e do nascimento luta pela diminuição das intervenções desnecessárias e pela promoção de cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação entendidos como processo singular, natural e fisiológico e que requer o fortalecimento do protagonismo da mulher. (GONÇALVES et al., 2014)

No Brasil, esse movimento não é exatamente novo. Nos últimos anos, pesquisadores, organizações não-governamentais e uma parte da sociedade civil, têm demonstrado preocupações com as intervenções excessivas e desnecessárias

no parto e proposto alterações no modelo de assistência ao parto, sobretudo naqueles de baixo risco. (DIAS; DOMINGUES, 2005). Um exemplo dessa resistência foi a criação, em 1993, da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), uma organização da sociedade civil com importante papel na estruturação desse movimento hoje denominado “humanização do parto/nascimento”.

A Humanização do Parto implica que a atuação do profissional respeite os aspectos da fisiologia da mulher, que não intervenha desnecessariamente, que reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Outros aspectos referem-se à autonomia da mulher durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; de ter um acompanhante de sua escolha, de serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados. (DIAS; DOMINGUES, 2005).

O presente estudo parte do entendimento de Humanização “como oposição à violência física e psicológica expressada nos maus-tratos, impondo aos pacientes o isolamento, a despersonalização e submissão de seus corpos a procedimentos e decisões que sequer compreendem. O modelo proposto agora é centrado na comunicação, numa nova cultura de atendimento.” (DESLANDES, 2005).

Nesse contexto:

A Humanização deve ser vista como Política que transversaliza todo sistema: das rotinas nos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de fomentar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares; implicando gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de produção dos serviços, a partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde, e de enfrentar seus agravos.” (BRASIL, 2008)

Corroborando do conjunto de Legislação que institucionaliza a Humanização o conceito adotado será o de equidade/cidadania. Em que garante que toda gestante terá direito ao atendimento pré-natal integral e completo - mínimo

de seis consultas e a de puerpério, todos os exames preconizados, vacina antitetânica e garantia de vaga para o parto.

Enfatiza-se que dada a complexidade dessa problemática muitos esforços têm se somado no sentido de dá respostas a questão da relação entre cuidado e a falta deste. Por exemplo, em 8 de março de 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, uma parceria entre os diferentes níveis de governo – federal, estaduais e municipais, por meio de suas representações e representações da sociedade civil, que dissemina a consciência da gravidade desses problemas e da necessidade de esforço coletivo para redução da mortalidade infantil evitável.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde o início da década de 1980 (OMS 1985; OMS, 1996) tem proposto, com base em evidências científicas, tecnologias para o parto e o nascimento que contestam práticas preconizadas no modelo biomédico de atenção. Nesse sentido, além do investimento em mudanças de práticas nas maternidades, incorporam-se elementos que buscam qualificar o atendimento pré-natal por intermédio do fortalecimento da Atenção Básica como ordenadora da rede perinatal.

Um dos marcos do movimento de institucionalização da humanização do parto no Brasil ocorreu com a criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Humanização do Parto em 2002 (BRASIL, 2002). Com a constituição da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, a temática da humanização do parto passou a ganhar maior relevância institucional à medida que se compreendia que não é possível alterar os modos de cuidado de atenção sem que se alterem os modos de gestão e organização dos processos de trabalho.

Esse movimento desembocou em uma importante iniciativa denominada Plano de Qualificação das Maternidades (PQM), que teve como principal objetivo alterar os índices de mortalidade materno-infantil nas regiões Nordeste e Amazônia Legal. A PNH em parceria com as Áreas técnicas da Saúde da Mulher e Saúde da Criança e com a sociedade civil organizada, investiu por meio do PQM, na alteração das práticas de cuidado e dos modos de gestão.

Essa experiência serviu de modelo para a atual política de constituição de rede perinatal no âmbito do SUS batizado de Rede Cegonha. O atual desenho institucional da Rede Cegonha evidencia a centralidade e a prioridade da pauta do

parto e do nascimento no Brasil, objetivando garantir melhor qualidade ao atendimento de bebês e gestantes desde o diagnóstico da gravidez até o pós-parto (BRASIL, 2012). Tal iniciativa, tomada como uma das prioridades do atual governo é mais uma demonstração de que as políticas que envolvem a assistência ao nascimento no Brasil estão em plena movimentação. (DIAS, 2011)

A Política de Humanização destaca que a mudança no modelo predominante do parto e do nascimento requer diferentes alterações nos modelos de atenção e de gestão na saúde, de uma mudança na cultura hospitalocêntrica e médico centrada para uma valorização das necessidades e desejos das mulheres e suas famílias. Requer, sobretudo, uma mudança de postura das equipes e profissionais para que a fisiologia do parto seja respeitada e que intervenções desnecessárias sejam evitadas.

Esse movimento deve também estar sensível às novas configurações familiares, como as relações homoafetivas, em que o papel do parceiro não necessariamente é ocupado pela figura do pai. Trata-se, portanto, de processo que deve ocorrer em sintonia com os movimentos subjetivos da atualidade que prezam pelo respeito à temporalidade singular de cada parto, e principalmente, acreditam na potência feminina de parir, seja em ambiente domiciliar ou hospitalar. (GONÇALVES, 2014).

A seguir, faremos uma contextualização histórica e conceitual sobre a mortalidade e apontaremos também algumas estatísticas para substanciar o referido estudo.

3.2 Mortalidade Infantil: contextualização histórica e aproximações conceituais

As pessoas costumam apresentar medo diante de situações desconhecidas e a morte, apesar de sabidamente inevitável, é um evento que desperta angústia. Em nossa sociedade não são poucas as tentativas de afastá-la e esquecê-la. (LIMA et al., 2009).

As formas de lidar com a morte foram se modificando ao longo do tempo, sendo assim, para introduzir o presente objeto de estudo sobre *narrativas de*

mulheres que perderam um filho no período neonatal, aborda-se o tema *morte* através de três recortes históricos: Idade Média, Século XVII e XIX até a atualidade.

Serão demonstradas aqui as mudanças constatadas no enfrentamento da morte desde a Idade Média, denominada por Philippe Áries (1977) de “morte domada” até o morrer contemporâneo: a “morte invertida”. O modo como era vivenciada a morte de uma criança, as situações a ela relacionadas, bem como seu processo de enfrentamento, perda e luto.

A morte tem tido diferentes representações a cada época, sendo assim, os medos e angústias referentes a ela vêm mudando também. Como afirma Philippe Áries (1977, p. 67):

A morte era esperada no leito, numa espécie de cerimônia pública organizada pelo próprio moribundo. Todos podiam entrar no quarto, parentes, amigos, vizinhos, e, inclusive, as crianças. Os rituais de morte eram cumpridos com manifestações de tristeza e dor, que eram aceitas pelos membros daquela comunidade. O maior temor era morrer repentinamente e sem as homenagens cabidas.

Era um evento a ser compartilhado e havia uma familiaridade com a finitude, embora essa mesma ainda fosse acompanhada do medo dos mortos. A “morte domada”, como assim a denominou Ariés era aceita como parte indissociável da vida e eventualmente até desejada. Fazendo um apanhado do “morrer” atual, pode-se verificar a inversão de valores que ocorreu desde então. Kovács (1992, p.47) cita Ariés:

O século XX traz a morte que se esconde, a morte vergonhosa, como fora o sexo na era vitoriana. A morte não pertence mais à pessoa, tira-se sua responsabilidade e depois sua consciência. A sociedade atual expulsou a morte para proteger a vida. Não há mais sinais de que uma morte ocorreu. O grande valor do século é o de dar a impressão que “nada mudou”, a morte não deve ser percebida. A morte boa atual é a que era mais temida na Antiguidade, a morte repentina, não percebida. A morte “boa” é aquela que não se sabe se o sujeito morreu ou não.

O “lugar de morrer” foi transferido para o hospital tirando-o do alcance dos olhos da sociedade, incluindo-se aí as crianças. Dentro dos hospitais o rastro da morte é silenciado de tal forma que tudo o que se quer após uma ocasião a ela ligada é esquecer e fingir que nada aconteceu. (LIMA et al., 2009).

Na história da humanidade, em diversas culturas, as crianças ocuparam distintos lugares. Na idade média, eram pouco valorizadas uma vez que eram

consideravam como adultos em miniatura incompletos e sem personalidade. Nessa época, ao morrer, a criança muitas vezes não tinha nome ou então o seu nome era atribuído imediatamente à outra criança. (CHIATTONE apud GOULART, 2004).

Os maus tratos à criança já se faziam presentes por meio do infanticídio, utilizado para eliminar aquelas que nasciam com defeitos físicos. Para equilíbrio dos sexos, por motivos religiosos, como medida econômica nos grandes flagelos ou por não aguentarem longas caminhadas, crianças também eram mortas ou abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais. Também era direito do pai reconhecer ou não o direito de viver de seu filho. (MARTINS et al. 2010).

No século XVII, a teologia cristã, na pessoa de Santo Agostinho, elaborou uma imagem dramática da infância, onde logo após o nascimento a criança era símbolo da força do mal, um ser imperfeito, esmagado pelo peso do pecado original. Nesse período, a amamentação era considerada prazer ilícito da mãe que causaria perda moral da criança. Ainda nesse século, a criança era incluída nas brincadeiras sexuais do adulto.

A partir do século XIX a percepção sobre a morte de crianças começou a mudar. De um descaso quase total na Idade Média, perder um filho, no século XIX, tornou-se um evento de profunda comoção e tristeza (CHIATTONE apud GOULART, 2004).

Ao longo dos séculos, a representação da criança veio adquirindo novos significados. No século XX, a criança passa a ser aceita como fazendo parte da humanidade, sendo transferida para a família a responsabilidade por tudo de mau que lhe pudesse acontecer. Atualmente, nosso século é apontado como o “século da criança”, a qual passa a ser exaltada e a família responsabilizada, por tudo de mal que lhe aconteça, sendo ressaltada a necessidade dos cuidados maternos e a caracterização da infância como período básico e fundamental da existência do homem. (MARTINS et al., 2010).

O século XX marcou avanços significativos sobre a visão da criança como cidadão com capacidade de exercer seus direitos e deveres. A infância passa a ser reconhecida como etapa extraordinária para a formação de uma vida adulta futura. Tais mudanças somam formulações, projetos, programas e políticas, com esforço do

governo e sociedade, de transpor letras e documentos em ações integradas que favoreçam a criança. (FROTA et al., 2010).

Neste cenário o Brasil participa como um dos 160 países da Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança, pactuada em 1990, despontando o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) como evolução da Constituição de 1988. O fundamento da lei está no artigo 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (FROTA et al., 2010).

O estatuto declara como fundamentais os direitos à vida e à saúde. E considera a criança como pessoa humana ainda dentro do ventre materno. Dessa perspectiva, foram contempladas conquistas do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil e do Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco.

Segundo a lei em questão:

Art. 8. É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal. **Art. 9.** O poder público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade; **Art. 10.** Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a: [...] **V** - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe. (FROTA et al., 2010).

Apesar de todos esses avanços na atenção à saúde da criança, ao longo da história, ainda nos deparamos com a dura realidade de mães perdendo seu filho no período neonatal, mais especificamente nas primeiras horas pós-parto, muitas vezes sem compreensão ou justificativas sobre as causas dessa perda.

Tais diferenças no tratamento destes casos revelam uma impossibilidade de atribuir à morte de um bebê o status de morte de filho. Só uma escuta sensível poderá revelar estas diferenças. (LACONELLI, 2007).

A experiência como enfermeira, observando a realidade empírica, mostrou, muitas vezes, que o puerpério é o mesmo para todas as mães de bebês vivos e mortos: elas são colocadas lado a lado sem diferença de cuidado.

Essa questão nos faz refletir que a mãe que vivencia um luto parece não ter autorização social para expressar sua dor e sofrimento nos espaços coletivos. Dito de outra forma: existe uma expectativa social de que o impacto dessa morte não atinge a mulher e não é traumático. Essas questões podem estar assentadas em valores sociais de falar e calar, sentir, esquecer ou lembrar, que compõem a narrativa das mulheres sobre a perda do recém-nascido que este estudo quer acolher, ouvir e registrar dando voz às mães.

Outra questão relevante que aponta em direção às questões deste estudo é que a perspectiva de mães pode desvendar uma face da mortalidade infantil, não revelada nos documentos oficiais de óbito ou nos indicadores numéricos trazendo percepções, significados, explicações, trajetórias, circunstâncias vivenciadas por quem experimentou o fenômeno (GOULART et al., 2005).

Segundo Goulart et al. (2005, p. 716):

Autores como Luz et al., Popim & Barbieri, Martins et al. e Santos et al., em estudos qualitativos sobre a perda fetal na perspectiva das mães, mostraram que o conhecimento dessa perspectiva da mortalidade perinatal pode contribuir significativamente para a reorganização dos serviços com base na humanização do atendimento. Hadad et al. estudando mortes infantis pós-neonatais evitáveis em Belo Horizonte com base nos depoimentos das mães, mostraram que a não valorização da percepção materna da doença da criança por parte dos profissionais de saúde e a insuficiente comunicação com família tiveram influência sobre o óbito.

Um filho anuncia sua existência aos pais muito antes do nascimento, e os projetos e expectativas dos pais preparam o lugar para recebê-lo (PICCININI et al, 2004; RODRIGUES, 2009). Deste modo a relação da mãe com seu filho começa antes do nascimento e esta antecedência de afeto é importante para a garantia da relação mãe-bebê após o nascimento, sendo tecida através das expectativas da mãe para com o seu filho. Essas expectativas se formam através de pequenos movimentos sociais, como a escolha do nome, a descoberta do sexo e a imagem psicológica que a mãe constrói (PICCININI et al., 2004).

Assim, a notícia da morte de um filho é essencialmente traumática para a família, principalmente para a mãe, pela concretude física da gestação em seu corpo e suas decorrentes mudanças hormonais.

Freitas (2000, p. 47) afirma que *a perda de uma pessoa com a qual se mantém vínculos afetivos, como um filho, é uma experiência dolorosa que fere,*

machuca e expõe o ser humano à própria impotência e sabemos que lidar com a sensação de impotência é um dos desafios do ser humano que acarreta, frequentemente, doses altas de ansiedade e de sofrimento.

Para Silva et al. (2007), diante da morte de alguém querido há uma desorganização. O ser humano é essencialmente “conservador” em planos e projetos diante da vida e a obrigação de “reorganizar-se” nestas questões intangíveis acarreta sofrimento.

A morte de um filho é percebida pelos pais como uma perda precoce, pois socialmente, entende-se que os pais deveriam morrer primeiro. Desta forma a compreensão da morte requer a construção de uma nova realidade para a família, cujo filho, investido de grandes expectativas em relação ao futuro, já não existe. (BITTENCOURT et.al, 2011).

Segundo Doca (2012) o luto tem um papel social, porque o enlutado deve corresponder a alguns critérios de reconhecimento social sobre a origem da perda e o vínculo que existia com a pessoa que morreu. O silêncio para não falar sobre o morto, por exemplo, muito comum por parte das pessoas que estão ao redor das famílias enlutadas, pode dar uma conotação de que a morte de um bebê não deve ser considerada como significativa, afinal, “ele” não foi apresentado socialmente. O autor nomeou este fenômeno de “*disenfranchised grief*” ou lutos que possuem características de uma perda não reconhecida socialmente e, assim, não merecendo seu suporte.

Observa-se que as reações das pessoas à notícia da morte de um bebê são sentidas e interpretadas pelos pais como, no mínimo, desconcertantes. Estas mães por vezes ouvem frases como: “calma, você é jovem e poderá ter outros filhos”; “Volte para casa e desmanche o quartinho”; “Foi melhor assim...” (LACONELLI, 2007).

Nesse luto, nem sempre é escutado o desejo dos pais de realizarem procedimentos ritualísticos (o tratamento do corpo do falecido, procedimentos religiosos como depositar flores sobre o túmulo), em suma, o ritual com o cadáver, sua roupa, vestimenta, velório, cremação, ajudam a elaborar a perda. (LACONELLI, 2007).

Segundo Freire (2012) muitas mães não têm acolhimento psíquico após a morte de um filho recém-nascido. Esses autores afirmam ainda que é necessário

que se olhe para essa mulher de forma mais atenta, tendo em vista o sentimento que desenvolverá durante uma nova gestação.

A partir dessas reflexões, o presente estudo pretende conhecer a dinâmica dos acontecimentos que envolvem o óbito neonatal a partir da perspectiva da mãe considerando que existem poucos estudos que buscam compreender esse fenômeno dessa forma.

3.3 Mortalidade Infantil: indicadores sociodemográficos no Brasil

A mortalidade infantil é um problema mundial de saúde pública e representa o indicador clássico dos níveis de desenvolvimento social e econômico e de condições de saúde da população (BRASIL, 2012). A mortalidade infantil pode ser analisada por seus componentes – neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal.

A mortalidade infantil pode ser analisada por seus componentes – **neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal**. Em meados da década de 1990, a mortalidade de crianças de 0 a 6 dias de vida (período neonatal precoce) passou a ser o principal componente das mortes infantis e de crianças abaixo dos 5 anos. Em 2011, um em cada dois óbitos em menores de 1 ano aconteciam nos primeiros seis dias de vida. Entre 1990 e 2011, a taxa de mortalidade pós-neonatal (de 28 a 364 dias após o nascimento) reduziu 80,5%, passando de 24 para 4,7 óbitos por mil nascidos vivos.

Nesse mesmo período, a taxa de mortalidade neonatal precoce caiu de 17,7 para 8,1 óbitos por mil nascidos vivo e a neonatal tardia (7 a 27 dias). Quanto maior a participação dos óbitos no período neonatal precoce, mais complexo atuar sobre as causas das mortes e mais importantes se tornam as ações e os serviços de saúde relacionados ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. Tendo em vista que, de acordo com os dados de 2011, a mortalidade no período pós-neonatal ainda responde por cerca de 30% dos óbitos infantis, intervir nas condições sociais e em outros determinantes da saúde continua sendo essencial.

De acordo com o relatório do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF, 2013) a taxa de mortalidade infantil no mundo apresentou uma queda de 63/1000 para 35/1000 nascidos vivos entre os anos de 1990 e 2012. No Brasil esta queda foi de 52/1000 para 13/1000. O Nordeste, embora ainda com taxas elevadas, se destaca como uma das regiões de maior queda neste índice, 38,4/1000 para 20,1/1000 (BRASIL, 2012) e o Maranhão teve queda de 43,2 em 2000 para 21,9 em 2010 (BRASIL, 1999).

Embora a taxa de mortalidade infantil tenha decrescido, isso se deu em decorrência da redução principalmente no componente pós-neonatal. O período neonatal concentrou 69% dos óbitos infantis em 2010. A prematuridade e as malformações congênitas são as principais causas de morte no período neonatal precoce (BRASIL, 2012).

Segundo dados do Ministério da Saúde a mortalidade no primeiro dia de vida *apresenta relação com a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido durante o período do pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e nas primeiras horas de vida* (BRASIL, 2012, p.166). Esse componente é de mais difícil redução porque depende, principalmente, de ações dirigidas à qualificação da atenção prestada durante o pré-natal e dos serviços de saúde que realizam partos (BRASIL, 2012).

Observa-se mudança na caracterização da mortalidade infantil no país. Os dados sinalizam o impacto das ações de promoção à saúde direcionada a mãe-filho, porém, a população infantil ainda não usufruiu de direitos conquistados e promulgados em documentos oficiais e pactuações realizadas, entre nações, para a melhoria da saúde infantil. Foi criada a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil como estratégia para fazer valer esse direito, que consiste na recomendação para as ações voltadas para criança, ressaltando a importância do cuidado integral e multiprofissional.

Ressalta-se que a Agenda tem por finalidade apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar que os gestores e profissionais de saúde identifiquem as ações prioritárias para a saúde da criança. O Plano Nacional pela Primeira Infância constitui, sobretudo, uma expressão da vontade nacional de cumprir os compromissos internacionais assumidos pelo país em documentos como a Convenção dos Direitos da Criança, das Nações Unidas, o Plano de Educação de

Dacar 2000/2015 e os Objetivos do Milênio, de que o Brasil é signatário e com os quais está comprometido. (FROTA et al., 2010).

Em meados da década de 1990, a mortalidade de crianças de 0 a 6 dias de vida (período neonatal precoce) passou a ser o principal componente das mortes infantis e de crianças abaixo dos 5 anos. Em 2011, um em cada dois óbitos em crianças menores de 1 ano aconteciam nos primeiros seis dias de vida. Entre 1990 e 2011, a taxa de mortalidade pós-neonatal (de 28 a 364 dias após o nascimento) reduziu 80,5%, passando de 24 para 4,7 óbitos por mil nascidos vivos.

A taxa de mortalidade infantil representa o número de óbitos em crianças menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, em determinado ano. O coeficiente de mortalidade infantil é considerado por diversos autores e organismos internacionais como um indicador clássico de saúde e de qualidade de vida de uma população. Este reflete ainda, a eficácia das políticas públicas e qualidade dos serviços das áreas de saúde, educação, saneamento, bem como geração e distribuição de renda (SOUSA; LEITE FILHO, 2008).

Segundo Vidal et al. (2003), as precárias condições socioeconômicas e ambientais, tais como baixo nível de escolaridade, reduzida renda per capita e desigualdade de renda, aliadas à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à qualidade (falta de) dos mesmos constituem os principais fatores condicionantes e/ou determinantes dos óbitos infantis. Estes óbitos estão mais predispostos a determinantes sociais do que os ocorridos na idade adulta, devido ao organismo infantil ser um complexo psicobiológico em amadurecimento, com reduzida capacidade de defesa às agressões externas. (SILVA et al., 2006)

4 METODOLOGIA

O marco teórico escolhido para esta pesquisa se alicerça sobre a necessidade de obter uma perspectiva ampla dos fenômenos para além do aparente. Assim, esta proposta teórico-metodológica nos proporcionou investigar e problematizar um conjunto de determinações para a construção do objeto científico.

Isto pressupõe que apreender a realidade em sua totalidade é considerá-la em um conjunto de relações e particularidades as quais fazem parte de um conjunto de determinações. Dessa forma, buscou-se um marco teórico favorecedor dessa empreitada, um marco teórico que possibilitou captar significativos aspectos da realidade investigada.

Este marco teórico possibilitou superar visão limitada e aparente do real e recompô-la como totalidade rica de determinações, já que *o concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso* (MARX apud CARVALHO, 2004, p.12). A totalidade social se constitui, portanto, do conjunto das determinações, juntamente com o que elas determinam.

Diante dos objetivos estipulados nesta pesquisa, optamos por dividi-la em dois momentos, ambos complementares e que se retroalimentam⁴: pesquisa teórica e pesquisa empírica. No primeiro momento foi realizado um mapeamento de literaturas disponíveis, com levantamento bibliográfico e documental sobre a temática, para o referido estudo. A importância desta etapa pode ser destacada segundo Marques Neto (2001, p. 27) o qual discorre que *é a teoria que constitui o objeto de conhecimento, é através dela que se elaboram os métodos condizentes com a natureza de cada pesquisa*.

No segundo momento da pesquisa, foram realizadas entrevistas e aplicação de questionários, os quais nos proporcionaram dados, informações e relatos de experiências importantes para a análise do objeto de pesquisa.

4.1 Modelos explicativos: uma categoria teórica e analítica

Kleinman (1981) define o Modelo Explicativo da enfermidade como *as noções sobre um episódio de doença e seu tratamento que são empregadas por todos aqueles engajados em um processo clínico*. Este modelo foi desenvolvido para determinar o que é considerado como evidência clínica relevante e como esta evidência é organizada e interpretada para abordagens racionalizadas de tratamento específico.

⁴ Segundo Marques Neto (2001) teoria e prática não representam dois momentos estanques do conhecimento científico, pelo contrário: elas são complementares e se retroalimentam.

Nessa perspectiva, a experiência da doença não é vista como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo. Considera-se que ela conjuga normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir (Kleinman 1981). Assim, as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural. Todo sistema de cuidados em saúde seria constituído pela interação de três setores diferentes (profissional, tradicional e popular). Cada setor veiculando crenças e normas de condutas específicas.

A utilização deste método na pesquisa qualitativa permite múltiplas perspectivas que buscam estudar as pessoas como um todo em seus contextos histórico, biológico e sociocultural, sendo particularmente, aplicável para pesquisas que situam seu objeto de estudo em circunstâncias históricas.

Para Kleinman (1981), esta metodologia objetiva estabelecer um quadro analítico capaz de conduzir comparações entre culturas e sistemas de tratamento. Os modelos explicativos da enfermidade são essencialmente vistos como estando ligados a conjuntos específicos de conhecimentos e valores fundamentados nos diferentes setores do sistema médico.

Os trabalhos de Kleinman reinscrevem as crenças, as normas de comportamento e as expectativas referentes às doenças no contexto mais amplo de normas e valores que predominam em uma sociedade. Há um questionamento sobre o “naturalismo” das interpretações biomédicas, favorecem maior tolerância frente a outras formas de pensar e agir diante da doença e, em consequência, abrem novos caminhos para o reconhecimento e análise dos processos culturais que mediatizam a construção das representações e comportamentos em saúde.

Assim, a ideia dos Modelos Explicativos é um poderoso instrumento teórico que permite explorar questões como aderência a tratamentos, escolha e avaliação de terapias. Eles tendem a explicar os conhecimentos e crenças médicas em termos de um conjunto de estruturas cognitivas subjacentes aos setores do sistema médico, na procura de uma lógica interna dos significados atribuídos à enfermidade. (ALVES, 1993)

Alves (1993) discute de forma interessante o lugar das narrativas e das metáforas como condição e método para entender a experiência da enfermidade, já

apostando em uma circunscrição metodológica, na qual as narrativas expressariam as relações intersubjetivas (e os caminhos de sua produção-reprodução) e os enunciados metafóricos expressariam tensões, conflitos e absurdidades, permitindo a criação de novos significados contra os usos estabelecidos pela linguagem. A narração e a compreensão dos enunciados metafóricos nela presentes, pela própria situação de interlocução, incluem o mundo da intersubjetividade e as situações sociais e suas interações.

A análise de Alves (1993), nos é útil como referência conceitual. Segundo o autor, a experiência da enfermidade é entendida como a forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação. Ele assinala, ainda, que as respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores.

A interpretação que as pessoas elaboram para uma dada experiência de enfermidade é o resultado dos diferentes meios pelos quais elas adquirem seus conhecimentos médicos. Tais conhecimentos são diferentes entre as pessoas, por serem originados em situações biográficas determinadas. O conhecimento médico de indivíduo tem sempre uma história particular, pois é constituído **de e por** experiências diversas. A interpretação da enfermidade tem uma dimensão temporal não apenas porque a doença, em si mesma, muda no decorrer do tempo, mas também porque a sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por familiares, amigos, vizinhos e terapeutas (idem).

Para Young (1981,1982) é esperado que o indivíduo produza mais do que um tipo de explicação sobre sua enfermidade, porque seu conhecimento é sempre recorrente e processual.

Kleinman (1981) disserta sobre cinco aspectos dos Modelos Explicativos para interpretar a enfermidade, quais sejam: Etiologia ou causa; Duração e o modo do início dos sintomas; Processos fisiopatológicos envolvidos; História natural e a severidade da enfermidade; Tratamentos indicados. É válido ressaltar que neste trabalho não usaremos os cinco aspectos dos Modelos Explicativos referenciados sobre a interpretação da enfermidade, uma vez que utilizaremos os Modelos

Explicativos na perspectiva de explicação/interpretação das causas da morte⁵ neonatal.

A grande contribuição desse instrumento analítico é que ele permite abordar sistematicamente, e em seus aspectos plural e dinâmico, o conjunto de valores, crenças e normas de conduta predominantes no campo da saúde. O estudo de modelos explicativos empregados por diferentes categorias de pessoas (profissionais, doentes, famílias e outros) permite uma avaliação da distância que separa os modelos médicos e não médicos, o exame da interação entre eles e a análise dos problemas de comunicação que surgem do encontro entre modelos culturais e modelos médicos durante as atividades clínica, educativa ou de pesquisa.

O conhecimento dos modelos explicativos, que predominam em um grupo, facilita a comunicação com os indivíduos desse grupo e permite a realização de intervenções que sejam compreensíveis e aceitáveis para eles.

O objetivo da metodologia referida é criar um corpo de conhecimentos que ofereça a fundamentação para interpretação e entendimento de uma situação-problema, por meio de uma lógica interna dos significados atribuídos à enfermidade. Mister considerar que a elaboração de uma explicação para uma doença não é apenas individual, mas está ligada ao social e à cultura. Adam e Herzlich (2001, p. 69) discorrem que:

O indivíduo, frente a uma sensação orgânica desagradável e estranha, deve 'decodificá-la', compará-la eventualmente a outras manifestações, decidir se existe algum sinal grave que exija uma tomada de atitude. Ele deve também conseguir explicar aos outros aquilo que sente, se deseja receber ajuda”.

Contextualizando o pensamento dos autores, consideramos que estas análises convergem com os objetivos de compreender as interpretações e explicações elaboradas pelas mães que perderem seus filhos no período neonatal.

⁵ Os Modelos Explicativos utilizados por Kleinman partem de interpretações fisiopatológicas da doença. Convém ressaltar que, para efeito de análise desta pesquisa, utilizaremos os Modelos Explicativos apenas como parâmetros de discussão dos resultados, uma vez que o referido estudo objetiva apresentar as explicações dadas pelas mães sobre a morte de seus bebês no período neonatal.

4.2 Tipo de Estudo

Em consonância com os objetivos desta pesquisa, foi utilizada uma abordagem qualitativa, uma vez que a dimensão qualitativa permite refletir sobre a complexidade da realidade desvelando particularidades que passariam despercebidas caso a análise fosse meramente quantitativa.

Minayo (2010), ao refletir a respeito das abordagens na pesquisa, afirma que a investigação qualitativa é a que melhor coaduna ao reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos. Ainda segundo a autora:

A dimensão qualitativa permite refletir sobre complexidade da questão, bem como busca compreender os processos dinâmicos, possibilitando um entendimento de variadas particularidades da questão em estudo. Assim, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações humanas. (MINAYO, 2010, p.17)

A autora aponta a pesquisa qualitativa como um conjunto de técnicas interpretativas que têm como objetivo descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, obtidos a partir da perspectiva dos participantes da situação estudada, através do contato direto e interativo do pesquisador com o entrevistado.

Neste estudo estão as contribuições de Bardin (2011), sobre a Análise de Conteúdo compreendida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativo) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Essa análise é composta por quatro modalidades, dentre elas utilizaremos a análise temática que, segundo Minayo (2010), é uma das mais usadas na área da saúde em pesquisa qualitativa. Pope (2009) coloca que, na Análise Temática o pesquisador agrupa os dados por temas e examina todos os casos do estudo para ter certeza de que todas as manifestações de cada tema foram incluídas e comparadas.

Para realizar a análise dos dados das entrevistas, adotou-se os passos de

pré-análise, categorização-exploração do material e análise dos resultados e interpretação.

Pré-análise: após a transcrição das entrevistas gravadas, as falas são transformadas em texto escrito, agrupadas por meio de unidades de sentido e significado. Para a apreensão das ideias centrais, determinação das unidades de registro e a constituição dos corpos de provas, foi realizada uma leitura exaustiva, flutuante e interrogativa de todo o material estudado.

Fase de categorização-exploração do material: nesse momento o material foi explorado visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, expressões ou palavras significativas em torno das quais as falas se organizam, foram procuradas, para que se faça a ordenação das categorias empíricas.

Análise dos resultados e interpretação sobre as categorias empíricas encontradas exigiu um olhar mais profundo sobre as mesmas, o que tem permitido a realização de inferências e interpretações, relacionando os núcleos de sentido com o quadro em estudo.

Esta última análise permitiu que se fizesse uma interface entre o objeto de estudo e os dados encontrados, funcionando como resposta para os objetivos propostos. Nessa análise houve uma preocupação em “entender o conteúdo e o significado das falas no contexto individual” de cada entrevistada. (MINAYO, 2010)

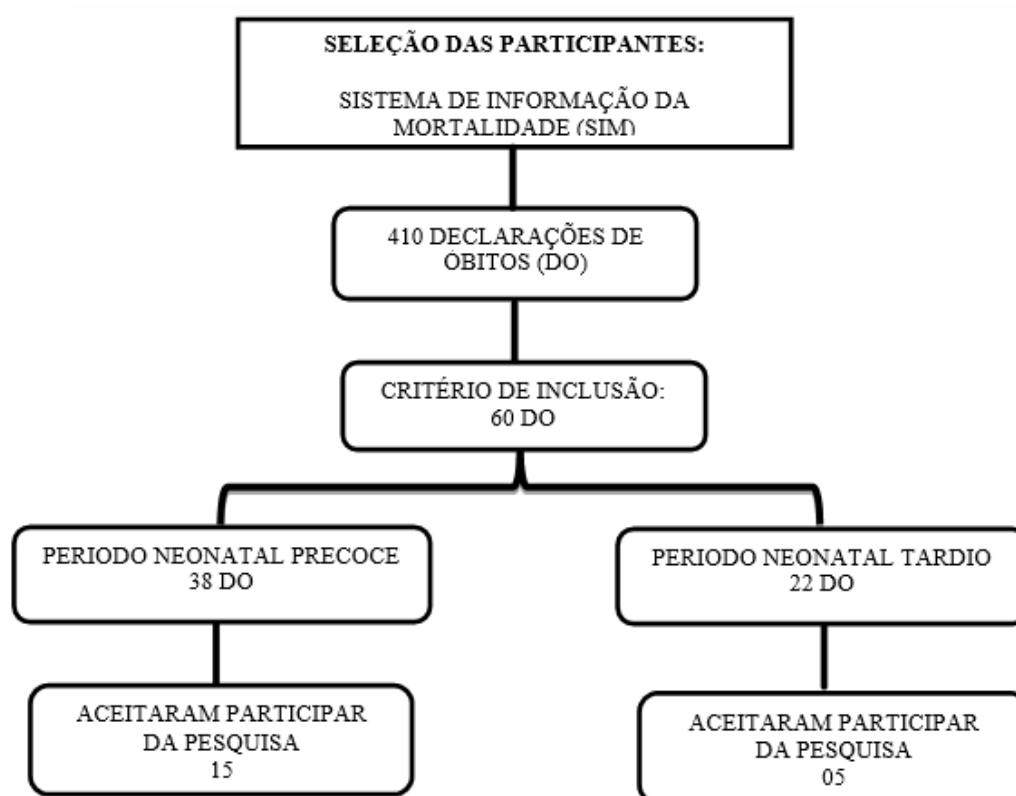
4.3 A Entrada no Campo de Pesquisa: aproximações com o universo pesquisado

A pesquisa foi realizada no Município de São Luís, capital do Maranhão, cuja população é de um milhão e quatorze mil habitantes (IBGE, 2010). As mulheres foram identificadas a partir das Declarações de Óbitos (DO)⁶, de recém-nascidos,

⁶ É o documento padrão do Sistema de Informações sobre Mortalidade, que tem como finalidade cumprir as exigências legais de registro de óbitos, atender aos princípios de cidadania e servir como fonte de dados para as estatísticas de saúde. A legislação vigente sobre eventos vitais (como o nascimento e o óbito) determina que “nenhum enterramento será feito sem certidão do oficial do registro do lugar do falecimento, extraída após lavratura do assento do óbito, em vista do atestado médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte” (Lei nº 6015, de 31 de dezembro de 1973, Artigo 77). A Declaração de Óbito (DO) deve, portanto, ser preenchida para todos os óbitos, inclusive os fetais, ocorridos em estabelecimento de saúde, domicílios ou outros locais. (BRASIL, 2009)

cadastradas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no período de julho de 2012 a julho de 2014.

Por meio desse cadastro foi possível identificar 410 mulheres que perderam o filho no período neonatal. Restringimos essa população às que residiam no referido município, cujos partos foram realizados em maternidades desta capital. Partindo desse critério, foram identificadas mulheres com gestação igual ou superior a 32 semanas, cujos filhos recém-nascidos apresentaram peso igual ou superior a 2500g no momento do parto, exceto as que, mesmo possuindo tais características, fossem mulheres com deficiência e/ou transtorno mental. As participantes foram selecionadas de acordo com o fluxograma abaixo:



A partir da lista de nomes e dos endereços por meio das declarações de óbitos (DO) cedidas pelo Sistema de Informação da Mortalidade - SIM, iniciou-se um processo de distribuição das mães por Distrito Sanitário, conforme está organizada a Atenção Básica do Município de São Luís. Nesta existem 07 Distritos Sanitários com suas respectivas Unidades Básicas de Saúde - UBS: Bequimão (02 UBS), Centro

(04 UBS), Coroadinho (05 UBS), Cohab (04 UBS), Vila Esperança (10 UBS), Itaqui Bacanga (08 UBS), Tirirical (17 UBS).

Dessa forma, a partir das DO, as mulheres foram identificadas nos 07 distritos do modo a seguir: Bequimão (01 mulher), Centro (03 mulheres), Cohab (02 mulheres), Coroadinho (04 mulheres), Itaqui-Bacanga (05 mulheres), Tirirical (14 mulheres) e Vila Esperança (07 mulheres). Existiram 09 mulheres cujas informações como o endereço não constavam na declaração de óbito e 15 mulheres residiam em áreas sem cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Inicialmente foi realizado o contato com os Diretores e Enfermeiros das UBS através de reunião agendada pela Coordenação da Atenção⁷ Básica do Município. Após esse contato e explicação sobre o objetivo da pesquisa, esses profissionais solicitaram que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fizessem a busca das mães a partir do endereço informado nas DO.

De posse da lista de endereços, os ACS visitavam⁸ algumas mulheres em suas casas explicavam o motivo da visita residencial, e solicitavam autorização para repassar o número de telefone para a pesquisadora. Algumas vezes os ACS já deixavam a entrevista agendada; em outros momentos, a pesquisadora telefonava para as mulheres para fazer o agendamento.

Durante a fase de busca ativa das mulheres, houve muitas dificuldades como: endereços não identificados, mudança de endereço da mulher, retorno da mulher para o interior do Estado, recusa para realização da entrevista, e residências em locais de difícil acesso ou em áreas consideradas de risco.

Seguindo os trâmites éticos da pesquisa científica, ao convidar essas mulheres para serem colaboradoras, esclareceu-se que a participação delas seria voluntária e que lhes estariam garantidos o anonimato e uso científico das informações, bem como a liberdade em participar ou não do estudo. Após os devidos informes, havendo concordância para a participação, foram agendados o local e ora da entrevista. A seguir, procedeu-se a leitura do Termo de Consentimento

⁷ É importante destacar que os Agentes Comunitários de Saúde foram determinantes para a realização da pesquisa de campo, uma vez que foram a mediação entre o contato da pesquisadora com as mulheres participantes da pesquisa.

⁸ Sendo a visita domiciliar uma atividade específica realizada pelo ACS, nesta pesquisa este instrumento de trabalho foi determinante porque permitiu que eu tivesse acesso ao cotidiano da vida das mulheres. Ênfase, portanto, que a visita domiciliar é essencial para o processo de trabalho destes profissionais, assim como é uma forte estratégia de alcance e aproximação da Política de Atenção Básica em relação aos usuários. Dessa forma, se o usuário não chega até o serviço, a visita domiciliar pode permitir que o serviço alcance o usuário em suas necessidades.

Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo) e, caso não houvesse dúvida, as mulheres o assinavam, formalizando sua participação.

As entrevistas foram realizadas na residência de cada participante, por escolha delas⁹. Utilizou-se um gravador MP3, para melhor garantir os registros globais dos dados. Antes do início de cada entrevista, novamente, cada mulher foi comunicada sobre os critérios de sua participação no estudo e sobre a finalidade do trabalho.

Para realizar a presente pesquisa a técnica utilizada foi entrevista semiestruturada. O instrumento para a entrevista foi questionário estruturado (Apêndice I) e roteiro de entrevista (Apêndice II).

O primeiro instrumento utilizado foi o questionário estruturado que foi aplicado individualmente, antes da entrevista semiestruturada, visando captar aspectos sociodemográficos, história obstétrica e da gestação atual.

O segundo instrumento foi o roteiro com perguntas abertas que, segundo Minayo (2010), permite ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador e, ao entrevistador, realizar perguntas a partir de tópicos definidos previamente de modo a garantir maior compreensão do objeto de estudo.

Desse modo, tais tópicos questionaram acerca da gravidez e do contexto em que estavam inseridas as pesquisadas durante esse período: pré-natal, pessoas significativas com quem contaram durante o pré-natal, como percebeu que estava chegando a hora do parto e sua experiência a partir desse momento, como percebeu que o filho estava doente e como reagiu à notícia, que condutas tiveram, como foi voltar para casa sem o bebê, se soube o(s) motivo(s) da morte do seu filho, qual o momento mais difícil dessa experiência, quais as pessoas que mais ajudaram nesse momento.

Durante a pesquisa, a análise aconteceu em três etapas. Na primeira etapa procedeu-se à escuta e à transcrição do material gravado em áudio. Na segunda etapa, de exploração do material, realizaram-se oficinas de análise com o grupo de alunos de graduação e pós-graduação da Universidade Federal do

⁹ Como pesquisadora, estava disponível a realizar a entrevista em qualquer lugar de escolha das participantes (domicílio, praça, calçada, varanda da casa, UBS). Ressalto que a oportunidade de “ir até a casa das mulheres” possibilitou, em muitas entrevistas, uma riqueza de vivências e percepções e em outras entrevistas isso se apresentou como limites para a realização da pesquisa, uma vez que o domicílio como “espaço protegido”, limitou a livre manifestação da narrativa das mulheres.

Maranhão envolvidos na pesquisa e com a orientadora. Primeiramente, o grupo de pesquisa realizou a leitura flutuante das transcrições, identificando, a partir daí as categorias analíticas, que são mutuamente excludentes e são geradas pelos pesquisadores: *Vivência do pré-natal, Hora do parto, Algo está errado, Modelos Explicativos, Notícia da morte.*

Seguindo a análise, deu-se nova leitura do material transcrito e as falas foram marcadas de acordo com a categoria analítica a que pertenciam. Um mapa de análise foi confeccionado e as falas foram nele distribuídas por categoria.

A partir desse agrupamento, buscaram-se, na terceira etapa, as falas mais relevantes em cada categoria analítica. As categorias empíricas foram identificadas e evidenciaram-se aos núcleos de sentido a serem trabalhados: *Modelos explicativos e Encarando o processo de luto.*

O trabalho de campo, na pesquisa qualitativa, é um “recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação”. Assim, em nosso trabalho de campo utilizamos as técnicas de aplicação de questionários e da realização de entrevistas. Entendemos que esses recursos seriam capazes de construir um acervo para a análise proposta.

A inserção no universo de pesquisa é um processo que sempre provoca expectativas acerca das possíveis descobertas ou confirmações de informações e/ou relatos. Em se tratando de um assunto que pode remeter à recordação de uma experiência de dor ou sentimento de perda, já esperava que para algumas mães não fosse fácil falar sobre tal situação. Pelos relatos verbais e não verbais, ficou evidente quão difícil e dolorosa foi a experiência. Tanto que as mães se emocionaram muito durante as entrevistas.

Nas primeiras entrevistas, em que foi permitida a participação de familiares (namorado, esposo, mães e avós), percebi que as mulheres não se sentiam a vontade para falar. Nessa fase de coleta de dados, sempre me reportava a minha orientadora as dificuldades vivenciadas e realizava os ajustes necessários.

Na opinião de Kelle (2003), em pesquisa qualitativa “testar e confirmar os dados” significa “[...] retornar aos dados (reler as transcrições ou as anotações de campo), ou retornar ao campo (fazer novas observações e entrevistas), a fim de encontrar alguma evidência que confirme ou desconfirme os resultados”. Durante

esse processo, à medida que aprofundava minha relação investigativa com os relatos, tornava-se indispensável voltar muitas vezes aos dados coletados.

Numa das entrevistas, uma mãe chegou a me preocupar. Realizei a entrevista dela em uma sala de uma Unidade Básica de Saúde. Durante a entrevista, possibilitei que falasse livremente. A entrevistada começou a chorar e interrompi a entrevista. Chamei o enfermeiro da Unidade Básica para que providenciasse um copo de água. Várias mulheres durante as entrevistas interrompiam o relato, aos prantos, e nesse momento parava a gravação.

Do total das 16 entrevistas apenas uma não demonstrou sua dor através do choro. Em todas as situações deixava claro que poderíamos interromper a qualquer momento e mesmo antes entrevista, durante o convite, elas ficavam livres para recusar. Em situações em que percebesse alguma dúvida ou insegurança, a opção era não realizar a entrevista. Era ofertado um atendimento com um psicólogo, mas em nenhuma situação este apoio foi utilizado.

Apesar de sentir certa preocupação por produzir lembranças de um acontecimento ruim, percebia que ao final das entrevistas, todas as mulheres pareciam aliviadas e calmas, como se o fato de poder falar sobre esta experiência, de alguma forma, as ajudasse a elaborar o luto. Para muitas, essa foi a única oportunidade de falar sobre a experiência da perda.

Uma das entrevistas se estendeu até o horário do almoço. Essa mulher preparou um delicioso cozidão e pediu que eu ficasse para almoçar com ela e sua família. Era recorrente o convite para que retornasse.

Percebia demonstração de carinho e gratidão nos seus gestos e expressões, no manuseio dos alimentos que me ofereciam e na maneira de se despedirem. Parecia que agradeciam a oportunidade de poder relatar suas experiências de sofrimentos a alguém que tinha se disposto a ouvi-las e a registrarem para sempre as suas palavras, compartilhando uma “dor” que estava calada há muitos dias, meses e anos.

Nesse processo, busquei ampliar minhas percepções sobre essa problemática e descobri o quanto meu olhar precisava ser resgatado da insensibilidade, da obviedade e da indiferença. O trabalho de campo me despertou para aquilo que Bourdieu (1998), chama de “conversão do olhar”, postura essencial

para exercitar a sensibilidade e penetrar nas especificidades e singularidades do objeto de estudo.

4.4 Aspectos Éticos

A referida pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFMA conforme a nova resolução de nº 466/12 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde e somente teve início após sua aprovação.

A identidade dos entrevistados foi preservada assegurando seu anonimato, e garantido o acordo registrado no texto do TCLE.

4.5 Conhecendo as Mulheres Entrevistadas

Foram entrevistadas 16 mulheres com idade entre 20 e 33 anos, a maioria de cor parda. Quanto à escolaridade, sete entrevistadas estudaram de 4 a 7 anos, seis de 08 a 11 anos e três 12 anos ou mais. No que se refere à ocupação, as entrevistadas dividem-se em donas de casa (06), pedagogas (02), empregadas domésticas (02), vendedoras de comércio varejista (02), uma autônoma e uma estudante. No que diz respeito à religião 08 se definiram como católicas.

Sobre a história obstétrica das mulheres, 08 tiveram duas gestações; 04, uma gestação; 02, três gestações; 01, quatro gestações e 01, cinco gestações. No que se refere ao número de partos 10 tiveram dois partos, 4 tiveram um parto e 02, quatro partos. Ao pesquisar sobre a gestação com ocorrência da morte do filho duas mulheres informaram não ter realizado o pré-natal.

Das mulheres que realizaram o pré-natal 11 informaram ter realizado seis consultas. Quanto ao local de realização do pré-natal 08 mulheres realizaram o pré-natal na Unidade Básica de Saúde. No tocante ao profissional que realizou o pré-

natal 08 mulheres relataram que terem sido assistidas por enfermeiro e/ou médico. Nenhuma relatou qualquer tentativa de abortamento, apesar de um relato citar que o companheiro comprou remédio para tal fim.

Quanto à visita domiciliar, realizada por algum profissional da saúde durante o pré-natal, apenas duas mulheres relataram ter recebido visita do ACS. Nove mulheres receberam a orientação acerca do serviço que deveria procurar no momento do parto. No que se refere ao planejamento da gravidez, a maioria das mulheres (10) relatou que não planejou a gravidez.

Dez mulheres referiram que viram o bebê antes e após a morte, nove mulheres tiveram a oportunidade de pegar o bebê no colo. No que se refere ao velório do filho, somente sete mulheres participaram das cerimônias (velório e enterro). Todas as mulheres ficaram na mesma enfermaria de puerpério que as parturientes que estavam com os filhos vivos.

A seguir, segue a história de vida dessas mulheres e como foi a entrevista. Todos os nomes utilizados para cada mulher foram fictícios.

EVA

Eva é uma mulher de 21 anos, solteira, dona de casa, frequentou a escola até o ensino fundamental menor¹⁰. Essa foi sua primeira gestação e segundo seus relatos, foi uma gravidez planejada. Eva realizou o pré-natal na UBS e apresentou alguns problemas durante a gestação. Sobre as informações recebidas durante o pré-natal, Eva destacou que recebeu orientação sobre o local do parto. O tipo de parto de Eva foi normal e ela estava com a idade gestacional entre 37 a 41 semanas¹¹. O peso do recém-nascido de Eva ao nascer foi de 2.875g. Ela relatou que viu o bebê antes e após a morte, mas não pegou o bebê no colo, e afirmou ter participado do velório.

¹⁰ Para efeitos de definição do nível de escolaridade das mulheres participantes desta pesquisa, foi utilizada a classificação do Ministério da Educação, que divide a educação básica como primeiro nível do ensino escolar no Brasil. Estão compreendidas três etapas: a educação infantil (para crianças com até 5 anos de idade), o ensino fundamental (para alunos de 6 a 14 anos) e o ensino médio (para alunos de 15 a 17 anos). A etapa do ensino fundamental se subdivide em outras duas: ensino fundamental menor (do 1º ao 4º ano) e ensino fundamental maior (do 5º ao 9º ano).

¹¹ Nesta pesquisa, para mensurar a idade gestacional das mulheres adotou-se a classificação da duração da gestação que consta na Declaração de Óbitos (DO), segundo a qual divide-se em semanas: I) menos de 22 semanas; II) de 22 a 27 semanas; III) de 28 a 31 semanas; IV) de 32 a 36 semanas; V) de 37 a 41 semanas; VI) 42 e mais semanas e VII) ignorada.

Relatou também que ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e bebês vivos. Quando o bebê de Eva foi a óbito tinha 15 dias de vida. A causa da morte constada na DO foi insuficiência cardíaca neonatal e Eva relatou que “o coração tinha uma deformação e os remédios não estavam mais fazendo efeito.”

Eva: Entrevista

Essa foi minha segunda entrevista. Eva me recebeu bem. Pediu para eu fazer a entrevista na varanda da casa, comentou que “lá dentro de casa está uma confusão”. Durante a entrevista, eu seguia o roteiro de forma sistemática e, por ser uma das primeiras entrevistas, não consegui explorar alguns aspectos implícitos na fala dela como, por exemplo, quando não perguntei para ela o porquê que “dentro da casa estava uma confusão”.

Sentamos cada uma numa cadeira, uma de frente para outra. Percebia-a muito tímida. Ela disse para mim: “que falava pouco” e respondeu as perguntas sempre de forma objetiva.

Em alguns momentos, as perguntas da entrevista fizeram-na chorar. Ressalto que nestes momentos, eu parava a gravação e perguntava se a mesma queria continuar a entrevista. Num dado momento da entrevista, sua avó passou pela varanda onde estávamos e eu percebia que isso a fazia parar de falar e também que se sentia incomodada pelo abrir e fechar do portão da casa. Esse incômodo era manifestado através de expressões faciais de rejeição e por vocábulos monossilábicos de negação.

Ao término da entrevista, a avó de Eva se aproximou e perguntou para ela se havia contado todo o ocorrido. A partir de então a avó iniciou uma fala carregada de muita revolta, como se estivesse desabafando. Chorou. Disse também que o quarto do bebê ainda estava todo arrumado. Perguntou para mim o que eu iria “fazer com a entrevista”, se eu ia denunciar o hospital e os profissionais. Expliquei que os relatos das mulheres iriam compor uma pesquisa para ajudar outras mães a não passar pela mesma situação. Nesse momento, me senti constrangida. Tive uma misto de sentimentos de medo, mal estar, principalmente depois de ouvir o discurso de desabafo e revolta da avó.

SARA

Sara é uma mulher de 22 anos, solteira, dona de casa, frequentou a escola até o ensino fundamental menor. Teve 04 gestações e segundo seus relatos essa última não foi planejada. Sara fez pré-natal na UBS. O tipo de parto de Sara foi normal e ela estava com a idade gestacional entre 37 a 41 semanas. O peso do recém-nascido de Sara ao nascer foi de 3070g. Ela relatou que viu o bebê antes e após a morte e o pegou no colo, mas não participou do velório. Relatou que ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e bebês vivos. Quando o bebê de Sara foi a óbito ele tinha 08 horas de vida. A causa da morte constada no DO foi septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido e Sara relatou que “acha que foi a bomba que o rapaz jogou no quintal da casa dela, levando a ter um susto”.

Sara: Entrevista

Realizei a entrevista na casa de Sara. Ao chegar na sua casa os vizinhos das casas mais próximas foram para porta observar o movimento. Eu não imaginava, e só fui saber após o término da entrevista, mas comentava-se que eu era da polícia, que tinha vindo prender o rapaz que jogou a bomba e causou o processo de trabalho de parto da mulher. A entrevista foi realizada no quintal da casa, a mãe de Sara tentou nos deixar a sós, no entanto, esteve todo tempo por perto, para acompanhar a entrevista. Tive muitas dificuldades de realizar as perguntas, pois não me sentia à vontade e percebia também que Sara se sentia intimidada com a presença da mãe.

A entrevista transcorreu de forma rápida. Sara não chorou em nenhum momento durante a entrevista. Ao terminar a entrevista, ao sair da casa percebi que a rua estava com muitas pessoas na porta, os familiares do rapaz que havia jogado a bomba no quintal da casa da mulher, me olhavam com um olhar de medo e ao mesmo tempo de ameaça. Já no carro com a ACS e seu esposo, este comentou que enquanto eu fazia a entrevista, ele que ficou sentado na porta da casa da entrevistada e ouviu os comentários sobre a presença da policial, “que era eu”.

A partir daquele momento, percebi os riscos que corria, mas a presença do esposo da ACS e a própria ACS me dava certo sentimento de segurança. A partir

de então, comecei a realizar as entrevistas de jaleco, para me identificar como uma profissional da área de saúde e não passar a impressão de ser “alguém da polícia”.

REBECA

Rebeca é uma mulher de 27 anos, casada, vendedora ambulante, frequentou a escola até o ensino fundamental menor. Teve 04 gestações, sendo essa última não planejada. Rebeca relatou que não fez pré-natal. O tipo de parto de Rebeca foi cesáreo e ela estava com idade gestacional entre 37 a 41 semanas. O peso do recém-nascido de Rebeca ao nascer foi de 3955g. Ela relatou que não viu o bebê antes e após a morte e não pegou o bebê no colo, também não participou do velório. Relatou que ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e bebês vivos. Quando o bebê de Rebeca foi a óbito tinha 10h de vida. A causa da morte constada na DO foi hidropsia fetal não-devida a doença hemolítica e Rebeca relatou que “acha que foi negligência médica porque quando teve os 03 filhos já tinha pressão alta”.

Rebeca: Entrevista

Realizei a entrevista na casa da sogra de Rebeca, pois a mesma morava numa área de risco e não me aconselhou que fosse até sua residência para a entrevista.

Cheguei à casa de sua sogra e esperei um pouco por sua chegada. Quando chegou, Rebeca veio acompanhada de suas 03 crianças. A entrevista foi realizada na sala, na presença da sogra e das crianças. Tive muitas dificuldades de realizar as perguntas, pois não me sentia a vontade, percebia também porque Rebeca se sentia intimidada, com a presença da sogra.

A entrevista transcorreu de forma rápida, ela chorou durante a entrevista e apresentava, em seus relatos, algumas justificativas por não ter realizado o pré-natal. Já no carro com a ACS e seu esposo, ela comentou que aquela área era uma área de risco e que o esposo da mulher era envolvido com o tráfico.

RUTE

Rute é uma mulher de 26 anos, solteira, auxiliar de depósito, frequentou a escola até o ensino fundamental menor. Essa foi sua primeira gestação e segundo seus relatos, foi uma gravidez planejada. Fez pré-natal na UBS. Sobre as informações recebidas durante o pré-natal, Rute destacou que recebeu orientação sobre o local do parto. O tipo de parto de Rute foi normal e ela estava com a idade gestacional entre 37 a 41 semanas. O peso do recém-nascido de Rute ao nascer foi 2700g. Ela viu o bebê antes e após a morte, pegou o bebê no colo, mas não participou do velório. Rute relatou que ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e bebês vivos. Quando o bebê de Rute foi a óbito ele tinha 1 hora de vida. A causa da morte constada na DO foi insuficiência respiratória do recém-nascido, e Rute relatou: “acha que eles deveriam ter observado antes dos 6 meses que ela tinha hidrocefalia”.

Rute: Entrevista

A entrevista foi realizada na sala da casa de Rute. Quando cheguei havia um rapaz sentado no sofá, ela não me apresentou, mas tive a impressão que era seu namorado. Ele ficou na sala acompanhando toda a entrevista. Mostrou-se receptiva, porém muita tímida. No início demonstrou nervosismo, pedindo até para eu pegar em sua mão e perceber como estava suando frio. Perguntei se queria desistir de realizar a entrevista, a mesma disse que não. Durante toda a entrevista falou pouco e seu tom de voz era baixo.

No final da entrevista perguntou se eu queria ver os exames laboratoriais e as ultrassonografias. Respondi afirmativamente e ela foi buscar um envelope onde estava tudo guardado: cartão da gestante, e todas as USGs. Ela disse para mim: “tenho tudo guardado”. Perguntou se eu trabalhava na Maternidade Marly Sarney, respondi-lhe que não. Como ela morava em uma área de risco e uma zona de tráfico de drogas fui fazer a entrevista com medo e isso fez com que eu realizasse a entrevista de forma rápida.

MIRIÃ

Miriã é uma mulher de 22 anos, casada, comerciante, frequentou a escola até o ensino fundamental menor. Essa foi sua segunda gestação e segundo seus relatos essa última não foi planejada. Miriã realizou pré-natal na UBS e apresentou problemas de infecção urinária durante a gestação. Sobre as informações recebidas durante o pré-natal, Miriã destacou que não recebeu orientação sobre o local do parto e ela estava com a idade gestacional entre 37 a 41 semanas. O peso do recém-nascido de Miriã ao nascer foi de 2790g. Ela relatou que viu o bebê antes e após a morte, pegou o bebê no colo e afirmou não ter participado do velório. Relatou também que ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e bebês vivos. Quando o bebê de Miriã foi a óbito tinha 5 dias de vida. A causa da morte constada na DO foi septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido e Miriã relatou: “ele nasceu com um negócio no coração”.

Miriã: Entrevista

Realizei a entrevista na casa da sogra de Miriã. Ao chegar na sala, a encontrei amamentando seu bebê de 01 mês. Naquele momento, me senti constrangida e me questionei: “como seria possível conduzir uma entrevista para uma mãe falar de um filho já morto, estando ela amamentando outro bebê?” Fiquei pensando nos efeitos negativos de alguns sentimentos, como a tristeza, que poderiam interferir na amamentação. Mas quando coloquei a possibilidade de realizar ou não a entrevista, ela se mostrou muito tranquila e com desejo de falar sobre a experiência vivenciada.

Após fazer a leitura do TCLE, ela pediu que eu falasse mais sobre os objetivos da pesquisa e sobre de que forma as informações prestadas poderiam ajudá-la.

A entrevista foi realizada na sala de sua casa e sua irmã também acompanhou. Percebi que a mesma estava somente de toalha, como se estivesse preparada para o banho, mas ficou o todo tempo ali, e por vezes respondia as perguntas, em voz alta, demonstrando revolta e indignação. Durante a entrevista Miriã falou de forma tranquila e espontânea, relatando detalhes de sua vivência.

A tranquilidade com que relatou os acontecimentos que sucederam a morte de seu bebê e a indignação demonstrada pela fala da sua irmã, me fez perceber que para Miriã e seus familiares, aquela foi a primeira oportunidade de externar a vivência de dor, perda e revolta diante daquela situação.

DÉBORA

Débora é uma mulher de 27 anos, casada, vendedora, frequentou a escola até o ensino fundamental menor. Essa foi sua segunda gestação e segundo seus relatos foi planejada. Débora realizou pré-natal na UBS. Sobre as informações recebidas durante o pré-natal, Débora destacou que recebeu orientação quanto ao local de realização do parto, estava com a idade gestacional entre 37 a 41 semanas e o tipo de parto foi cesáreo. O peso do recém-nascido de Débora ao nascer foi de 3335g. Ela relatou que viu o bebê antes e após a morte, não pegou o bebê no colo e afirmou ter participado do velório. Relatou também que ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e bebês vivos. Quando o bebê de Débora foi a óbito ele tinha 3 dias de vida. A causa da morte constada na DO foi afecções originadas no período perinatal não especificadas, e Débora relatou: “demora no atendimento”.

Débora: Entrevista

Essa entrevista foi realizada na casa de Débora num dia de domingo. Sua mãe estava presente, pois vendia bolos na porta de casa. Ao iniciar a entrevista, a mãe da entrevistada se aproximou e ficou acompanhando toda conversa. Débora foi muito receptiva e me disse que nesse dia da entrevista, fazia 3 meses que o bebê havia falecido. O ambiente era de muito ruídos.

Percebi que a acompanhante falava mais que Débora. No entanto, também percebia que quando a acompanhante falava, Débora começava a falar mais e começava a detalhar melhor os fatos.

A mãe de Débora relatou que a filha sofreu tortura dos profissionais: “a técnica de enfermagem dizia, ‘vamos minha filha, todas que chegaram já pariram, só falta você’”. Débora acrescentou: “era uma tortura para mim”. Débora chorou muito durante a entrevista.

NOEMI

Noemi é uma mulher de 22 anos, casada, dona de casa, frequentou a escola até o ensino fundamental menor. Essa foi sua segunda gestação e segundo seus relatos foi planejada. Noemi realizou o pré-natal na UBS. Sobre as informações recebidas no pré-natal relatou que não teve problemas na gravidez e destacou que não recebeu orientação quanto ao local de realização do parto. Estava com a idade gestacional entre 37 a 41 semanas e o tipo de parto foi cesáreo. O peso do recém-nascido de Noemi ao nascer foi de 3735g. Ela relatou que viu o bebê antes e após a morte, não pegou o bebê no colo e afirmou ter participado do velório. Relatou que ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e bebês vivos. Quando o bebê de Noemi foi a óbito ele tinha 27 dias de vida. A causa da morte constatada na DO foi Insuficiência respiratória do recém-nascido ao nascer e Noemi relatou que “o cirurgião furou o baço (da criança) dela e deu hemorragia”.

Noemi: Entrevista

Noemi mostrou-se receptiva. A entrevista foi realizada na casa de sua tia, que também foi muito receptiva. Durante a entrevista estava acompanhada de seu filho de 1 ano e 3 meses.

Ao longo de toda a entrevista falou em detalhes de tudo que havia ocorrido. Chorou bastante. Pegou o álbum de retratos onde tinha várias fotos do bebê falecido e me mostrou dizendo o quanto ele era grande. No álbum tinha muitas fotos no hospital. Para Noemi, ter aquela lembrança parecia bom.

ESTER

Ester é uma mulher de 24 anos, casada, dona de casa, frequentou a escola até o ensino fundamental menor. Teve duas gestações, planejada. Ester fez o pré-natal na UBS, não teve problemas na gravidez. Sobre as informações recebidas durante o pré-natal destacou que não recebeu orientação quanto ao local de realização do parto. O tipo de parto de Ester foi normal e ela estava com a idade gestacional entre

37 a 41 semanas. O peso do recém-nascido de Ester ao nascer foi de 3675g. Ela relatou que não viu o bebê antes e após a morte, não pegou o bebê no colo e não participou do velório. Relatou que ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e bebês vivos. Quando o bebê de Ester foi a óbito ele tinha 3 horas de vida. A causa da morte constada na DO foi asfixia grave ao nascer e Ester relatou “que era para o médico ter feito uma cesariana, o médico ter feito um corte para a criança ter descido”.

Ester: Entrevista

A entrevista foi realizada na casa da sogra de Ester. Realizei a entrevista a sós com ela. Durante a entrevista ficou segurando a Bíblia, como uma forma de se sentir mais confortável e segura para falar sobre a morte do bebê. Mostrou-se receptiva, falou livremente durante toda a entrevista, mas, em alguns momentos demonstrou certa indignação pela morte do bebê.

MADALENA

Madalena é uma mulher de 23 anos, casada, dona de casa, frequentou a escola até o ensino fundamental menor. Teve duas gestações, sendo a última planejada. Madalena fez pré-natal na UBS e apresentou alguns problemas durante a gestação. Sobre as informações recebidas durante o pré-natal, Madalena destacou que recebeu orientação quanto ao local de realização do parto. O tipo de parto de Madalena foi normal e ela estava com a idade gestacional entre 37 a 41 semanas. O peso do recém-nascido de Madalena ao nascer foi de 2980g. Ela relatou que viu o bebê antes e após a morte, não pegou o bebê no colo e afirmou ter participado do velório. Relatou que ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e bebês vivos. Quando o bebê de Madalena foi a óbito ele tinha 25 dias de vida. A causa da morte constada na DO foi septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido, e Madalena relatou “que acha que foi negligência médica”.

Madalena: Entrevista

A entrevista foi realizada na casa da mãe de Madalena. Fui recebida por sua mãe. Ela disse que Madalena estava descansando após o almoço. Fiquei na sala aguardando. Quando ela aproximou eu vi que estava com uma fralda sobre seus seios. Ela me disse que estava com um bebê de 2 meses e que estava amamentando.

Durante a entrevista estava com a fala chorosa, perguntei se queria parar, Madalena disse que não, que queria falar. Muito embora apresentasse muita dificuldade para se expressar. Durante a entrevista Madalena pediu um copo de água para se acalmar. Chorou várias vezes durante a entrevista.

ABIGAIL

Abigail é uma mulher de 21 anos, solteira, dona de casa, frequentou a escola até o fundamental menor. Teve duas gestações, sendo a última planejada. Abigail fez pré-natal na UBS e não apresentou problemas na gravidez. Sobre as informações recebidas durante o pré-natal, Abigail destacou que não recebeu orientação quanto ao local de realização do parto. O tipo de parto de Abigail foi cesáreo e ela estava com a idade gestacional entre 32 a 36 semanas. O peso do recém-nascido ao nascer foi de 3735g. Ela relatou que viu o bebê antes e após a morte, não pegou o bebê no colo e não participou do velório. Relatou que ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e bebês vivos. Quando o bebê de Abigail foi a óbito ele tinha 1 dia de vida. A causa da morte constada na DO foi malformações congênitas múltiplas, não classificadas em outra parte e Abigail relatou: “falta de aparelhos no hospital”.

Abigail: Entrevista

Fiz a entrevista na casa da Abigail. Ela se mostrou muito receptiva. Só estava em casa, ela e seu pai. Ele nos deixou a sós. A entrevista transcorreu de forma tranquila, eu me senti a vontade e Abigail também.

JOANA

Joana é uma mulher de 21 anos, solteira, dona de casa, frequentou o ensino fundamental menor. Teve duas gestações, sendo a última planejada. Joana fez pré-natal na UBS e teve problema de infecção urinária durante a gestação. Sobre as informações recebidas durante o pré-natal, Joana destacou que não recebeu orientação quanto ao local de realização do parto. O tipo de parto de Joana foi normal e ela estava com a idade gestacional entre 32 a 36 semanas. O peso do recém-nascido de Joana ao nascer foi de 3000g. Ela relatou que viu o bebê antes e após a morte, não pegou o bebê no colo e não participou do velório do bebê. Relatou que ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e bebês vivos. Quando o bebê de Joana foi a óbito ele tinha 1 hora de vida. A causa da morte constada na DO foi malformações congênitas múltiplas, não classificadas em outra parte e Joana relatou: “falta de aparelhos no hospital”.

Joana: Entrevista

Mostrou-se receptiva. A entrevista transcorreu de forma tranquila, mesmo que em alguns momentos Joana tenha se emocionado e chorado. Mas na maior parte da entrevista Joana demonstrava estar a vontade e eu também.

MARTA

Marta é uma mulher de 25 anos, solteira, dona de casa, frequentou a escola até o ensino fundamental menor. Teve duas gestações sendo a última planejada. Fez pré-natal na UBS, não teve problemas na gravidez. Sobre as informações recebidas no pré-natal, Marta destacou que recebeu orientação quanto ao local de realização do parto. O tipo de parto de Marta foi normal e ela estava com a idade gestacional entre 32 a 36 semanas. O peso do recém-nascido de Marta ao nascer foi de 2920g. Relatou que viu o bebê antes e após a morte, pegou o bebê no colo e participou do velório. Relatou que ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e

bebês vivos. Quando o bebê de Marta foi a óbito ele tinha 12 dias de vida. A causa da morte constada na DO foi insuficiência respiratória do recém-nascido, e Marta relatou: “acha que desde que ele nasceu ele teve doente”.

Marta: Entrevista

Fiz a entrevista na sala da UBS de Itapera no Quebra Pote. Marta mostrou-se muito receptiva, porém relatou medo e receio de falar sobre algo que lhe causava tanta dor. Marta relatou toda a história com detalhes do pré-natal e a morte do bebê.

Marta chorou várias vezes durante a entrevista. Ficou muito nervosa. Chorava tanto, que ficou com o rosto ruborizado (vermelho). Pedi um copo de água para oferecer para Marta. Relatou que ainda chora muito a noite pela morte do bebê. Perguntei se gostaria de atendimento psicológico¹², pois em caso afirmativo, a pesquisa poderia oferecer o acompanhamento psicoterapêutico, mas Marta não aceitou. Disse que naquele momento não havia necessidade.

Essa entrevista foi uma das mais difíceis, dado o estado emocional de Marta porém foi a entrevista que eu considerei mais completa porque deixei a entrevistada falar livremente.

EUNICE

Eunice é uma mulher de 30 anos, casada, professora, com formação superior em Pedagogia. Fez pré-natal na UBS, não teve problemas na gravidez. Sobre as informações recebidas no pré-natal destacou que não recebeu orientação quanto ao local de realização do parto. O tipo de parto de Eunice foi cesáreo e ela estava com a idade gestacional entre 37 a 41 semanas. O peso do recém-nascido de Eunice ao nascer foi de 3500g. Relatou que não viu o bebê antes e após a morte, não pegou o bebê no colo e não participou do velório. Relatou que ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e bebês vivos. Quando o bebê de Eunice foi a óbito ele

¹² É importante ressaltar que em todas as entrevistas era informado, a partir da leitura do TCLE, a possibilidade de acompanhamento psicológico no Hospital Materno Infantil. A equipe da pesquisa entrou em contato com uma psicóloga do referido hospital e falou sobre os objetivos da pesquisa e esta se dispôs a atender qualquer demanda de atendimento às mulheres participantes da pesquisa.

tinha 1 hora de vida. A causa da morte constada na DO foi asfixia grave ao nascer e Eunice relatou: “a demora deles para fazer o parto”.

Eunice: Entrevista

A entrevista foi realizada na casa da mãe da de Eunice. Ela estava com 8 dias pós-parto. A entrevista foi agendada em consentimento com ela. Mas no primeiro momento disse que não queria falar mais sobre a morte do seu bebê. Eu disse que tinha o direito de se recusar a realizar a entrevista. Ao me despedir, Eunice pediu para eu ficar, que agora queria falar. Naquele momento percebia uma mistura de sentimentos: revolta, tristeza e também de oscilação do humor: sorria e depois chorava. Informei que poderíamos reagendar, mas Eunice não quis, disse que queria falar naquela hora.

Eunice pediu que a entrevista fosse realizada no quarto de sua mãe para ter mais privacidade, no entanto, às vezes, a mãe de Eunice entrava no quarto, e fazia alguns comentários. Percebia que ela não gostava. Eunice chorou em vários momentos durante a entrevista, mas falou que queria continuar.

No final da entrevista, conversei com a mãe e a irmã de Eunice e pedi para que estivessem observando o humor dela, pois percebi que estava oscilando muito e orientei quanto aos riscos da depressão pós-parto.

SAFIRA

Safira é uma mulher de 31 anos, solteira, professora, nível de escolaridade ensino superior. Teve duas gestações, sendo a última não planejada. Fez pré-natal na UBS e relatou não apresentar problemas na gravidez. Sobre as informações recebidas durante o pré-natal relatou que recebeu orientação quanto ao local do parto. O tipo de parto de Safira foi cesáreo e ela estava com a idade gestacional entre 37 a 41 semanas e o peso do recém-nascido ao nascer foi de 2660g. Relatou que não viu o bebê antes e nem após a morte mas pegou o bebê no colo. E não participou do velório. Relatou que ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e

bebês vivos. Quando o bebê de Safira foi a óbito ele tinha 10 minutos de vida. A causa da morte constada na DO foi hipóxia intrauterina não especificada e Safira relatou: “foi da minha parte: falta de carinho, do toque”.

Safira: entrevista

Essa entrevista foi agendada e reagendada várias vezes. Sentia que Safira queria falar e ao mesmo tempo queria evitar lembrar do assunto. Dizia sempre que estava sozinha, cuidado do filho de 3 anos e não tinha ninguém para ficar com ele, e não queria que ele ouvisse a conversa.

A entrevista foi realizada numa praça próximo a casa de Safira porque ela não queria que alguém ouvisse a conversa. Durante a entrevista se mostrou muito receptiva e a vontade para falar. Chorou em vários momentos. Seu discurso demonstrava auto culpa pela morte da filha.

No final da entrevista Safira quis explicar porque queria tanto olhar o bebê após a morte para ver se tinha o mesmo sinal que o pai tem na região glútea, parece que existia uma desconfiança quanto a paternidade, sendo que em muitos momentos ela relatou que não queria falar sobre essa situação, mas ao final fez questão de tocar no assunto para justificar a necessidade de olhar o bebê após a morte.

PRISCILA

Priscila é uma mulher de 25 anos, divorciada, autônoma, frequentou a escola até o ensino fundamental menor. Teve três gestações, sendo a última planejada. Fez pré-natal na UBS e não apresentou problemas na gravidez. Sobre as informações recebidas no pré-natal relatou que não recebeu orientação quanto ao local de realização do parto. O tipo de parto de Priscila foi normal e ela estava com a idade gestacional entre 37 a 41 semanas. O peso do recém-nascido de Priscila ao nascer foi de 2870g. Relatou que viu o bebê antes e após a morte, pegou o bebê no colo mas destacou que não participou do velório. Relatou que ficou na mesma

enfermaria de puerpério com outras mães e bebês vivos. Quando o bebê de Priscila foi a óbito ele tinha a idade de 1 hora. A causa da morte constada na DO foi septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido, e Priscila relatou: “acha que o bebê morreu através de algum erro, alguma coisa”.

Priscila: Entrevista

Iniciei a entrevista com Priscila sentada no sofá de sua casa. Ela me disse que estava aguardando para eu tomar um café com ela, (tinha agendado a entrevista para as 9h da manhã, no entanto, por problemas de engarrafamento no trânsito cheguei as 10:30h) mas que não tinha problema, me convidou para eu ficar para o almoço.

A entrevista com a Priscila durou quase 2 horas, pois ela quis contar todos os detalhes desde o pré-natal até o parto e pós-parto. Após a entrevista almoçamos juntas com toda sua família. Sua mãe e seus irmãos foram todos receptivos comigo.

MICAL

Mical é uma mulher de 20 anos, casada, estudante, frequentou a escola até o ensino fundamental menor. Teve uma gestação, planejada. Fez pré-natal na UBS e não teve problemas na gravidez. Quanto às orientações sobre o pré-natal, Mical relatou que não recebeu orientação quanto ao local de realização do parto. O tipo de parto de Mical foi normal e ela estava com a idade gestacional entre 37 a 41 semanas. O peso do recém-nascido ao nascer foi de 2790g. Relatou que viu o bebê antes e após a morte e destacou que pegou o bebê no colo mas não participou do velório. Relatou que ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e bebês vivos. Quando o bebê de Mical foi a óbito ele estava com 5 dias de vida. A causa da morte constatada na DO foi septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido, e Mical relatou: “atendimento na maternidade, falha na hora do parto ou na hora da alta”.

Mical: Entrevista

Mical morava muito distante. Quando cheguei em sua casa ela estava com seu esposo e outros vizinhos limpando uma área de campo. Eu fiquei na porta de sua casa, aguardando-a. Ela veio, e sentamos ali mesmo num banco em frente a sua casa.

Mical era uma jovem. Disse-me que estava fazendo faculdade de pedagogia à noite. A entrevista ocorreu de forma tranquila, porém em alguns momentos chorou. Percebi que seu esposo estava acompanhando de longe a Mical. Ele se aproximou e ficou ao lado dela, fazendo carinho no seu ombro como se estivesse confortando-a. Aquele foi um momento muito difícil para mim, pois me senti tão constrangida, porque aquele homem olhava para mim, com um olhar de desaprovação. Confesso que me senti intimidada. Mas a entrevista teve um bom desfecho.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Durante o processo de categorização e análise das entrevistas, sistematizamos os modelos explicativos enunciados pelas mulheres e comparamos com as informações extraídas das declarações de óbitos no que se refere as causas de óbitos dos recém nascidos. A comparação entre os modelos explicativos das mulheres e as informações presentes nas declarações de óbitos, foram sistematizadas em uma tabela (vide apêndice IV – Tabela de dados da pesquisa, pág.104).

Ressalta-se ao se analisar o comparativo de explicação das mulheres e da explicação biomédica, parte-se do pressuposto de se reforçar a importância de ambas explicações para se entender as causas do fenômeno da mortalidade infantil. Com isso, entende-se que uma não deve estar subalterna e nem se sobrepor a outra.

A interpretação das falas levou a classificação das seguintes categorias:
PERCEBENDO O PERIGO, EXPLICANDO AS CAUSAS DA MORTE E ENCARANDO O PROCESSO DE LUTO.

As interpretações são analisadas seguindo os parâmetros de categorização e análise temática das falas. Quando lhes foram feitas perguntas sobre as causas do óbito de seu filho no período neonatal, as mulheres relataram, a sua maneira, algumas interpretações e explicações. A seguir, serão apresentadas as categorias que foram objeto de análise dos resultados deste estudo. As três categorias apresentadas constituem as percepções, explicações, interpretações e vivências que as mães relataram na experiência de morte neonatal.

5.1 Percebendo o perigo

A categoria “Percebendo o perigo” representa a desconfiança das mulheres de que algo errado possa estar acontecendo com ela ou com o bebê. Observou-se, através dos relatos, que a percepção de que algo poderia estar errado evidencia-se em quatro momentos: pré-natal, parto, pós-parto e nas alterações comportamentais do recém-nascido.

As falas das entrevistadas, em maior ou menor conotação, revelam que algumas mulheres já tinham percebido que algo não estava bem desde o início da gravidez. Para estas entrevistadas o indicativo de que alguma coisa estava errada com seus bebês insere-se como importante variável do processo gravídico-puerperal e na culminância do óbito.

“Não foi planejada e de início escondida. Minha gravidez não foi muito boa... Porque foi... Eu estava com medo de dizer pra minha família. Não foi bom. Meu pré-natal não foi bom”. (E3)

“Até o quinto mês foi tudo bem e no sexto que descobriram, com seis meses que ela estava com esses problemas”. (E9)

Foi bom, foi tudo direitinho, só que nesse pré-natal que eu fiz, o médico não passou nada, porque toda mulher grávida toma esse sulfato ferroso essas coisas, né? “(E 5)

Quando eu estava gestante eu sentia muita dorzinha de cólica na barriga. (e as vezes) as vezes era normal. Ele mexia muito na minha barriga, chutava muito. Mas também não, eu tinha sonhos com ele, eu perdendo ele. Toda

vez... eu tinha sonhos. Ai eu ficava pensando: meu Deus será que meu fio vai nascer só pra...só pra morrer? (se fica, se fica...) eu sonhava que tava perdendo ele. Ai quando chegou a hora do parto.” (E14)

Sabe-se que o objetivo do pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impactos para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Neste sentido, em 2011 a Rede Cegonha foi criada e definida como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

Apesar da ampliação da assistência à saúde e, conseqüentemente da melhoria na cobertura de serviços pré-natais no Brasil, devido à implantação e ao avanço do Programa Saúde da Família, as desigualdades na atenção e acesso oferecidos ainda permanecem vigentes (ALMEIDA; BARROS, 2005). Recomenda-se que a gestante inicie a atenção ao pré-natal tão logo seja identificada a gravidez, com o objetivo de fortalecer a adesão e acesso ao pré-natal de qualidade, garantir a realização de exames complementares, e diagnosticar mais precocemente aquelas gestantes com fatores de risco (PEDROSA; SARINHO; ORDONHA, 2005; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Sem desconsiderar a singularidade de cada caso, pode-se argumentar com base no cenário das narrativas descritas até aqui, que a maioria das situações de mortalidade neonatal vividas por mulheres no ciclo gravídico puerperal ocorrem por causas evitáveis, o que remete à análise da qualidade da atenção em saúde ofertada às mulheres. Assim, é preciso ampliar e qualificar a atenção ao pré-natal, desenvolver ações de produção de cidadania das mulheres. Partindo do pressuposto de que a atenção pré-natal preconizada pela Política Nacional de Humanização considera o acolhimento da gestante na integralidade do cuidado, incluindo a recepção da usuária com escuta qualificada, o favorecimento do vínculo e a avaliação de vulnerabilidades de acordo com o contexto social (BRASIL, 2012a).

A cidade de São Luís, não foge à realidade apresentada em nível nacional no que refere à precariedade dos serviços de atenção ao pré-natal. Um refere-se à “cultura de não valorização do pré-natal”, conforme dados do Instituto de Cidadania Empresarial do Maranhão (ICE-MA), “60% das mulheres na capital São

Luís não fazem pré-natal” (Relatório ICE-MA, 2014). Ademais, percebe-se ainda que tal indicador aponta também a fragilidade da rede de apoio e a falta de estrutura dos serviços básicos de saúde e acompanhamento para a mulher gestante. Situação essa que colabora de alguma forma para a não-adesão do acompanhamento especializado.

A percepção do perigo também se evidencia no momento do parto. As mulheres recebem informações, escutam comentários, percebem comportamentos pouco usuais por parte do médico e, assim, começam a desconfiar que algo errado possa estar acontecendo com ela ou com o bebê.

“Eu tive assim uma impressão, porque eu não senti nada... Assim, eles não me disseram nada. Aí, no caso, a médica estava conversando, conversou comigo e falou... Na sala do parto... Que... o menino tinha... Não falou nada sobre o menino. Falou que tinha tido uma rotura uterina, né, o útero rompeu... E ele sofreu uma asfixia... Mas não falaram, né, no caso, eu só senti assim algo estranho, porque eu não vi a criança”. (E7)

“‘Doutor, eu não vou ter bebê normal’, eu não sentia mais minha filha mexendo, e a ansiedade estava tão grande de eu olhar ela, que eu estava tipo pressentindo que ia acontecer uma coisa ruim... (...) ‘Mãe, tiramos sua bebê’, aí eu disse: ‘Mas, o que foi que aconteceu que ela não chorou?’ Aí, ele, a pediatra levou pra examinar. Fiquei nervosa”. (E8)

“Na hora que a gente olhou que daqui [pescoço] pra cá [corpo] estava branco e daqui [pescoço] pra cima estava preto... E eles não deixaram eu ver, saíram correndo. A criança não chorou, nada, nada. Saíram correndo lá pra enfermaria, pra primeiros socorros, que eles chamam. E depois eu nunca mais vi. Até hoje. Entendeu? Aí minha irmã foi atrás lá, disseram que ela não podia entrar porque estava tendo os primeiros socorros e a criança estava tendo um risco de vida, porque foi muito grave. [O médico] disse que passou da hora de nascer. Aí eles ficaram com a criança pra lá. Disse que analisando e dando os primeiros socorros...” (E9)

“Só que quando eu cheguei no centro cirúrgico eu tive problema. Eu tive choque de informação e meu filho ia ser normal. Aquilo me fez sofrer muito. Eu sofri muito ali. Eu fiquei muito preocupada. Estava chorando e falei ‘meu filho precisa sair daqui pra ir pra UTI neonatal,’ a gente sabe que está tudo preparado pro seu filho, tá tudo preparado pro seu filho, nada impede de você ter seu filho normal. Nada impede! “Aí ela pegou, olhou tudinho. Examinou, examinou, falou tudinho. Aí eu percebi assim, que é, no jeito dela, que era sério, né, o caso do neném. Aí, quando... aí eles ficaram lá. Veio muita gente, veio muito médico”. (E16)

“Estava diferente para mim é que o coração dela estava batendo menos, eu estava sentindo que ela estava sofrendo, ela queria sair de qualquer forma, eu senti que ela estava sofrendo. Aí chamaram a doutora e falaram: ‘Nossa! Vamos internar essa menina agora!’ Aí eu comecei a chorar. Aí o esposo da doutora estava lá e disse: ‘não, essa menina tem que fazer o parto dela agora!’ aí me levaram para o Centro Cirúrgico”. (E18)

O fato de a assistência ao parto no Brasil ser essencialmente institucionalizada, ou seja, realizada principalmente em hospitais e por profissionais de saúde habilitados, a interpretação atribuída pelas mulheres entrevistadas revela que a oferta e a disponibilização dos saberes técnico-operativos dos profissionais, em muitas situações, não conseguem responder às demandas em situações de complicações no parto.

Apesar das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), que enfatizam boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas e afirmam que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados. Ainda que boa parte dos avanços científico e tecnológico adotados pelo hospital apresente condições reais de prevenir morbidade e mortalidade na assistência aos partos de risco, segundo Sodr e e Lacerda (2007), a contradição que se evidencia   que as complicações não v em diminuindo e, muitas vezes, são causadas justamente por esse avanço, por meio da generalização de sua necessidade e uso abusivo de técnicas e procedimentos.

Outro momento da percepção do perigo surge na experiência do puerpério imediato. Essa experiência   carregada de sentimentos de incertezas e insegurança para as mulheres em relaça o ao estado de saúde dos seus bebês. Algumas vivenciam este momento no próprio hospital que foi realizado o parto, ou mesmo tendo que se locomover do local do atendimento para outro hospital.

“O quê que aconteceu? Aí ela disse: olha o seu bebê nasceu com um problema de saúde muito forte, muito grave, problema de respiraça o n ? Aí eu só disse,, eu pediatra, até pelo amor de Deus, me diga o que está acontecendo, aí ela disse: “Olha, a gente vai transferir ela, porque aqui não tendo UTI pra ela, aí eu fiquei já desesperada, aí ela me conformando l , aí eu fiquei, quando eu já olhei, foi ela passando de relance na porta n ? Aí a ambulância saiu, apitando doida, quando eu já fui ver ela, já tava com treze dias, que eu fui ver ela que ela foi internada l  no Hospital (Sim-sobreposiça o de fala), aí s  meu marido n ? Que ia visitar, aí eu não pode ir, porque como me forçaram muito, eu fiz muita força pra mim ter ela, isso aqui meu ficou muito inflamado, eu não aguentava nem deitar direito, de tanto inflamando por dentro de mim, pareceu assim que tudo apodreceu, aí quando meu marido, a gente tava sem condiça o também, de pagar um táxi, porque eles cobram muito caro, aí de ônibus pra me ir, também não era muito legal (Tira a da boca, filha). Aí quando que fui já tava com treze dias, aí quando eu olhei ela l , aí a partir daquele momento, eu passei a ir todos os dias, ia pela manhã e vinha s  de tardezinha”, (E8)

"Porque a enfermeira chegou pra mim e disse assim: 'mãe, o seu neném, ele não tá bem', na mesma hora né?! Aí ela disse pra mim que ele não estava bem, que ele ia ter que ficar na UTI tomando medicamento pra melhorar. Aí ela disse que ele nasceu com esse negócio né?! Esse negócio no coração, disse que estava com negócio no coração, daí eu já fiquei preocupada com ele.. A gente não dorme mais, fica pensando. (E6)

Diante do que foi relatado pelas mulheres, vê-se que há uma dificuldade por parte dos profissionais em comunicar a situação de alteração na saúde do recém-nascido. Isso porque os profissionais de saúde se deparam diante do desafio de assistir a mulher e sua família e a dar sentido à sua experiência. Para isso é preciso ajudá-los, não só dando o máximo de informações para que possam processá-las cognitivamente, explicando o que pode ter causado a intercorrência na saúde do bebê. É preciso, portanto, estar atento às reações verbais e não verbais apresentadas tanto pelas mulheres quanto pelos familiares.

As mulheres entrevistadas narram as alterações comportamentais como importante indicativo de que havia algo de diferente com seus bebês. Neste sentido, o choro (a presença ou ausência dele) é frequentemente citado por elas como um indicativo de algum problema, tendo em vista a sua notável relevância enquanto ferramenta de comunicação na fase pré-verbal e conseqüente importância na construção da díade mãe-bebê.

"Eu percebi logo, porque...a respiração de criança não são iguais as de todos, né...só que a dele era diferente. Porque ele todo tempo cansado, cansado, quando ele respirava isso aqui dele afundava e as costela dele aparecia. Aí eu digo assim, só () meu filho não tá bem, meu filho nasceu doente". (E14)

"Devido à falta de choro eu olhei logo o jeito. Porque toda criança que nasce chora logo, ela ficou caladinha". (E3)

"Passado os, os quatro dias eu senti diferença na neném; ela era muito agitada, apesar dela ser novinha e tal. Ela chorava muito, um choro bem mesmo anormal das outras crianças, não acertava dar o peito a ela, né? Aí do quarto dia eu percebi que ela não chorava, não queria comer, tava aquela coisa pela manhã, também não dei nenhum alarme, eu achava que era coisa de neném, quando deu ao meio-dia eu percebi que ela estava com febre, aí eu disse pro meu marido assim: Ela não está bem". (E20)

"Na hora que a gente olhou que daqui pra cá tava branco [falou indicando o lugar no corpo], que do pescoço pra baixo tava branco, e daqui pra cima tava preto... E eles não deixaram eu ver, saíram correndo. A criança não chorou, nada, nada. Saíram correndo lá pra enfermaria, pra primeiros socorros, que eles chamam. E depois eu nunca mais vi. Até hoje.

Entendeu? Aí minha irmã foi atrás lá, disseram que ela não podia entrar porque tava tendo os primeiros socorros e a criança tava tendo um risco de vida, porque ela, foi muito grave . O... Disse que passou da hora de nascer. Aí eles ficaram com a criança pra lá. Disse que analisando e dando os primeiros socorros..." (E9)

"Foi com... uma semana que ele tava espirrando. Espirrando muito e tossia demais. ([voz chorosa]). Ele tava tossindo, espirrando e às vezes ele ficava meio roxinho. Aí eu levei ele na... Com uma semana, lá no infantil. Aí consultei [...] passou uma nebulização... [...] passou um remédio pra... Gripe. Daí... V viemos, fizemos nebulização durante... Uns cinco dias, quase uma semana. Aí num, num melhorou. Aí de noite ele ficou roxinho, roxinho, não respirava. Aí voltamos pra o Infantil." (E10)

"Foi quando ele nasceu porque quando eles botaram ele perto de mim, foi quando eles trouxeram que eu tava quase dormindo lá na maca, na cama la no corredor eu tava quase dormindo, eles trouxeram ele e disse: 'ô, tá aqui seu bebê'. Ai eles botaram pra perto de mim pra criança mamar, né. Eu percebi logo, porque...a respiração de criança não são iguais as de todos, né...só que a dele era diferente. Porque ele todo tempo cansado, cansado, quando ele respirava isso aqui dele afundava e as costela dele aparecia. Ai eu digo assim, só (...) meu filho não ta tá bem, meu filho nasceu doente. Com algum problema tá" (E14)

"Passado os, os quatro dias eu senti diferença na neném: ela era muito agitada, apesar dela ser novinha e tal. Ela chorava muito, um choro bem mesmo anormal das outras crianças, não acertava dar o peito a ela, né? Aí do quarto dia eu percebi que ela não chorava, não queria comer, tava aquela coisa pela manhã..., também não dei nenhum alarme., Eeu achava que era coisa de neném., Qquando deu ao meio-dia eu percebi que ela estava com febre, aí eu disse pro meu marido assim: "Ela não tá bem'.." Aí ele: "Não, dá aí, é a temperatura'.." Mas eu comigo,: 'Ela não tá bem'. "Quando ela acordava, ela já chorava, e nesse dia ela não choro "e Eu já achei estranho, só que até então eu achava que era uma, questão de bebezinho novinho. "Mas eu comigo: 'ela Ela não ta tá bem', Aí quando... corpinho quente, aí ela era bem branquinha, a bochechinha dela ficou bem vermelhinha. Quando eu botei ela no peito que eu tava tentando dar de mamar a ela, ela sentia a boca quente, aí 'ela Ela não ta tá bem', ... eu comigo mesma: "Ela não ta tá bem'. ." Aí eu liguei pra minha mãe falei e tal, aí mamãe: "Não, deve ser, né?" Eu tenho pra mim e eu o tempo todo: "Ela não tá bem." Aí minha sogra, ainda vieram uma moça benzer, pra dizer, pensando que era mau olhado, aquela coisa. Aí: "Não, ela não ta tá bem." '. Quando deu duas horas da tarde minha sogra, melhor, então, 'não Não ela ta tá achando que é, ... "Bora levar ela pro médico." !'" (E20)

As narrativas descritas retratam os sentimentos das mulheres durante o contato com o bebê logo após o parto. A espera ansiosa pelo choro do bebê evidencia que no exato momento da saída do bebê de dentro da mulher, a preocupação preponderante desta era com relação ao choro. Percebe-se uma preocupação das mulheres com relação à escuta do choro do bebê como sinal que ele está bem ou não (ROSA et al. 2010). Percebemos que esta representação não

equivalia a receber informações dos membros da equipe de que a criança estava bem ou que iria ficar bem, mas, sim, de ouvir com os próprios recursos sensoriais o choro da criança.

Em alguns momentos observamos que os profissionais referiam que o bebê nascera bem, mas a expressão facial da mulher era de interrogação, até que ouvisse o choro. Para as mulheres, as reações de alegria e orgulho ao ouvirem o choro dos bebês parecem estar voltadas quase exclusivamente para a certeza de que a criança “nasceu bem”.

A ‘percepção de perigo’ relatada mulheres entrevistadas também fazem referências a outras alterações comportamentais como indicativo de que havia algo diferente acontecendo com seus com seus bebês. Observa-se que a preocupação demonstrada pelas mulheres, era em relação ao aspecto físico, em que citam: corpo roxo, tosse, espirros, respiração e agitação.

5.2 Explicando a(s) causa(s) da morte

A seguir serão apresentadas explicações dadas pelas mulheres sobre as causas da morte dos bebês, ressalta-se que as explicações representam a maneira como a mulher reage às experiências de perda dos bebês e que dependem de significados e percepções, por vezes, particulares. Notadamente, estas explicações são atribuídas às seguintes causas: o atendimento prestado (falta de recurso e equipamentos, demora no atendimento, negligência médica, falta de humanização) e explicação biológica da morte.

“Foi uma ignorante lá... ela chegou pra mim... soube nem falar: ‘- Quem é do leito tal?’ Eu disse: - Sou eu. ‘- Ah, seu filho acabou de falecer, vai preparando o velório (...)’ Essa hora eu me desesperai”. (E4)

“É, eu acho que foi por isso [...] que esses aparelhos tinha só no hospital x. Aí como já tava lá e a respiração tava muito pouca, não tinha como, né? Chegar até lá. Foi isso que me disseram, né? Que se tivesse esse equipamento era melhor, mas não tinha, só tinha no hospital. Aí pra chegar até lá. Cinco minutos, logo morreu.” (E11)

“Eu acho que foi negligência médica! Porque eu tive esses três meninos e nunca morreram nenhum. E eu já tinha pressão alta.” (E4)

“Eu acho que foi a demora no atendimento, né. A demora no atendimento. Quando a data já tava bem... Já tava bem adiantada. Já tinha completado as quarenta semanas [Sim.] e não vinha nenhum sintoma [Sim.]. Aí eu procurei a maternidade dia vinte e seis. Um dia antes de ter a criança (pequeninha). Segundo a doutora, eu ia ter dia/ eu ia ter... ele dia vinte e seis. [Certo.] Aí quando eu vim pra casa, no dia vinte e sete que eu senti as dores. [Certo.] As dores normais, né? De... de... contrações...” (E7)

“O mais difícil foi eu ter perdido minha filha.” Eu acho que o mais difícil foi eu ter perdido minha filha, e o atendimento que me deram foi péssimo naquele hospital, e justamente por causa disso, aconteceu o que aconteceu né, eu ter perdido a minha filha...” (E8)

“O médico matou. O médico matou. Tenho certeza. Porque até o momento, era pra essa criança ter nascido, uma, cesária. Pelo menos tido um corte pra ele ter descido. Porque não tive nada disso. Naturalmente o médico meteu a mão dentro de mim e puxou a criança. Não tem como”. (E9)

“Foi muito difícil, né? Porque quem é a mãe que vai gostar de uma coisa dessa? Eu não esperava sair de lá sem filho. Eu esperava sair com meu filho de lá de dentro. O atendimento lá não foi nada bom. [...]” (E9)

“Acho que houve um pouco de negligência dele porque eles pediram o medicamento. Já que lá não tinha, eles deram a guia pra comprar. A gente comprou. Mas só que eles não administraram. Porque eu acho se... Eles pelo menos tentassem administrado, ia ter uma chance”. (E10)

“Quando eles falaram assim “Nós temos que nos apressar”. [...] [começa a chorar] Não sei... pensei “eles mataram meu filho”. Ai, culpo muito eles né? Que eles poderiam né? Pelo menos ter feito logo isso [...] Ter feito logo esse... Porque eles tão lidando com duas vidas né? Que sou eu e o meu filho. Eles deveriam... Ter esse amor pelo menos assim. A demora né? A demora por parte deles, dos profissionais lá.” (E17)

“Na minha opinião foi questão do atendimento na maternidade. Falha foi lá na hora do parto, ou na hora da alta que não observaram que ela não tava bem. Porque primeiro, foi uma alta precoce. [...] Não fizeram nem, nenhum exame nela, não fizeram teste do olhinho, da orelhinha, do coraçãozinho, não fizeram nada, nada, nada, só fizeram pesar mesmo, só pesar. [...] Ninguém chegava, até depois do parto ninguém, nenhuma médica foi me examinar, nem a mim, nem ao bebê no dia da alta.” (E20)

“Ele [o marido] pediu pra me ver e disseram que não podia me colocar numa sala de repouso. Por que não me levaram pra enfermaria que tinha leito vago e não deixaram ele ficar lá comigo? Ai disseram que não podia. Só trazer a criança pra mim, daí eu percebi que o bebê morreu através de alguma coisa, algum erro”. (E19)

Outro aspecto importante que podemos destacar das falas das mães entrevistadas refere-se aos profissionais de saúde que as acompanharam diretamente o momento de perda, e que se mostram muito marcantes para a vivência destas mulheres nos primeiros contatos com o bebê. Ressalta-se aqui que o modo de atuação desses profissionais serviu como indicativo para algumas dessas mulheres de que havia algo de errado acontecendo, conforme é evidenciado em algumas falas:

Os relatos descritos apontam algumas falhas no atendimento puerperal. Um estudo desenvolvido por Montero et al (2011) mostrou que os profissionais de saúde ainda apresentam certo despreparo na prática assistencial diante da perda perinatal. Os achados desta pesquisa indicam que muitos acabam agindo friamente diante da situação principalmente devido à falta de estratégias e destrezas em relação às demandas apresentadas pelos pais, além de não reconhecerem seu papel para o manejo desta experiência traumática nestes momentos iniciais.

A possibilidade de dar voz a estas mulheres permitiu não somente a expressão de uma “dor calada”, mas a evidência de falhas nos serviços de saúde como a falta de **humanização** da assistência e o despreparo dos profissionais no manejo do cuidado prestado a essas mulheres.

As ações norteadoras da Política Pública de Saúde no que se refere ao combate à mortalidade infantil no período neonatal, bem como as ações norteadoras da assistência integral à saúde da mulher, têm um alvo mais abrangente a ser perseguido do que a redução da mortalidade infantil como problema de saúde pública: **humanização no atendimento da saúde da mulher.**

Esta meta torna-se mais claramente expressa no compromisso com os três aspectos explicitados por Deslandes (2004) como demandas antigas na saúde: a democratização das relações que envolvem atendimento em saúde, um maior diálogo e melhoria na comunicação entre profissional e paciente e o reconhecimento das expectativas e anseios dos pacientes. Assim, romper a desigualdade na relação dos profissionais de saúde com usuárias(os) pode abrir caminhos para uma repercussão positiva na melhoria da qualidade das ações de saúde.

Nas últimas décadas muitos avanços tecnológicos têm sido empreendidos visando uma melhor assistência ao parto e puerpério, porém a redução da

mortalidade perinatal ainda é um desafio para a Saúde Pública e tem sido foco de muitas Políticas de Saúde brasileira.

Segundo o último Relatório Anual, ODM (2014) em 2011, as afecções perinatais, relacionadas ao período que se estende das 22 semanas completas de gravidez até sete dias completos após o nascimento, respondiam por 59% do total de óbitos em menores de 1 ano no Brasil. O segundo principal grupo de causas seriam as malformações congênitas, responsáveis por 20% do total de óbitos nessa faixa etária. Saber a causa da morte do recém-nascido não é apenas de interesse estatístico. Segundo Rodrigues (2009) após a notícia de falecimento, saber a causa e o motivo é uma preocupação comum entre as mães o que é também corroborado a partir do relato das mulheres entrevistadas.

Os relatos descritos corroboram resultado de outras pesquisas que afirmam que a precariedade dos recursos disponíveis às mulheres gestantes que podem trazer consequência graves para a gestação e saúde do bebê. Segundo Testa et al. (1992), a realidade de práticas institucionais precarizadas pela falta de recursos devem ser examinadas em todos os terrenos onde a realidade adquire a consistência, através de sua organização, suas ações cotidianas, entendidas como uma intermediação de direitos, próprio na definição das ações de saúde e das políticas sociais.

Neste sentido, os relatos acima reportam à necessidade de um redirecionamento das práticas de assistência à mulher parturiente. As recomendações da OMS visam à busca de soluções para esta mudança, evidenciando a importância de se devolver à mulher o papel de protagonista do parto, respeitando a fisiologia do trabalho de parto e oferecendo o devido suporte à mulher e à sua família.

Este parece ser um importante caminho para uma assistência que terá melhores resultados, expressos, não apenas nas taxas de mortalidade infantil, materna e perinatal, como também na garantia dos direitos básicos a um atendimento integral da saúde e da condição de estruturação e funcionamento adequados de seus recursos.

As mulheres, através de modelos explicativos para a morte, tentam encontrar justificativas para a perda do bebê. Observa-se que há evidências de uma

localização da explicação em bases orgânicas, fisiológicas, que está presente em várias falas.

“Os remédios não estava mais fazendo efeito, o coração tinha uma deformação e era uma deformação que não podia fechar senão ele morria, aí foi fechando devagar e ele acabou falecendo”. (E2)

“Aí ela foi me falar. ‘Olha, ontem na cirurgia o cirurgião furou o baço dela. Não conseguiu romper o sangramento, então deu hemorragia.’ Aí ela foi pegando na mão dela: ‘tá toda molinha, né?’ Quando eu cheguei, eu já fiquei em pânico que praticamente eu já senti que minha filha tava morta”. (E8)

“No sexto mês descobriram que ela tinha problemas, que eu acho que deveria ter, que eles podiam ter observado isso antes, né? Porque teria alguma cura, né? Pro problema dela, [...] Aí eu fiquei depressiva, né? Depois que eu, eu, que eu tive ela, eu tive acompanhamento com psicólogo lá também e ela nasceu com rins policísticos, hidrocefalia.” (E5)

“Então foi o que veio na cabeça da gente foi: erro médico. Então porque a primeira...a.... o morfológico é um exame detalhado. Então eu fiz as duas, fiz no primeiro ciclo, fiz no segundo ciclo. Entendeu? Então nenhuma amostrou. Então o medico não observou? Não viu? Então isso ficou como uma interrogação. Então como o problema dele, o problema dele era de...a artéria dele era muito fininha, de bombear o sangue pro resto do corpo, pro pulmão...ele tinha problema pulmonar.” (E16)

Ai eles me deram uma roupa própria pra ta na UTI () ai ela disse assim “mae”... depois ela me disse que era o pulmão, que uma via do pulmão tinha trancado por falta de ar e por isso que ficou assim. Eu disse, “eu não acredito nesse () como é que uma dor de peito vai fazer tudo isso aí numa criança?”. Porque tinha vez que ele mamava, com o leite do peito ele já se engasgava. (). Sem mamar, ele. Ai a medica disse assim, ai ela disse que se ele sobrevivesse, ela disse que a () deve ficar com....deve ficar com algum problema, entendeu? E ela falou que a doença dele era grave. ‘Se a senhora sabe que a doença dele é grave, porque que a senhora não diz qual é o problema que meu filho tem, porque nem eu mesmo sei, eu sei que doente ele ta, desde quando ele nasceu ele teve doente’. (E14)

“Teu bebê passou dos dias, da hora, que a tua cessaria era onze, era pra ele ter nascido naquela hora, se ele tivesse nascido ele tinha sobrevivido, mas como passou dos dias e das horas ele defecou dentro de você, e quando a criança defeca o líquido, que as fezes viram um líquido é um veneno pra criança, ela ingeriu, engoliu o líquido e deu contra, contraimento nos pulmões, ai eu lembrei do peito alto, inchou, inchou.” (E19)

Utilizando os parâmetros dos Modelos Explicativos descritos por Kleinman (1981) na perspectiva de explicação da morte neonatal, foram identificados relatos

de mulheres que nos levam a refletir que as mesmas têm compreensão dos processos de fisiopatologização da morte. Em alguns depoimentos, nota-se que a explicação atribuída a causa da morte vem fundamentada em conceitos de tratamentos e intervenções de saberes médicos que foram apropriados ao longo do tempo pelas mulheres;

Ao partir dessa análise, destaca – se que a mulher ao enfatizar que “o bebê era bem pequenininho, que era magrinho, que a cabeça era tortinha”, ou outras falas semelhantes pode apontar uma localização da explicação em bases orgânicas, fisiológicas... mas isso se faz pelo senso comum, com apropriação de um saber inicialmente científico

5.3 Encarando o processo de luto

A categoria “Encarando o processo de luto” expressa o sofrimento e a angústia das mulheres diante da situação de perda do bebê. Os depoimentos abordam, dentre outras questões, como as mulheres lidam com a elaboração do luto neonatal assim como expressa o quanto foi difícil ter que deixar o bebê após a morte. Os relatos evidenciam aspectos como: ***recebendo a notícia da morte do bebê, ter que deixar o bebê após a morte, ir para casa sem a criança/deixar o bebê na maternidade, dificuldades de conviver com as lembranças/objetos do bebê/sentimentos de saudade e encarando o luto social.***

Receber a notícia da morte do bebê pode representar o princípio da trajetória da mulher que vivencia a morte do seu filho no período neonatal. Para Silva et al. (2007), a morte de um bebê pode representar uma perda de futuro, esperança e sonhos para os pais.

A mulher é surpreendida pela má notícia de que o bebê está morto e precisa aguardar a realização dos procedimentos de preparação do corpo. Este é um momento de muito sofrimento para mulher e a família, pois saber da morte do bebê pode desencadear uma sensação de impossibilidade da realização dos seus sonhos de ter um bebê.

"Receber a notícia, né? Da morte dele... Não queria isso não. Assim, acho que, mas... Ninguém vai tirar isso de mim. 'Ah, tu tá chorando porquê?' Chorando porquê??? Que pergunta é essa? Eu sinto falta, uma pessoa que se cuidou, né? Fez as coisas tudo direitinho: tomou as vacinas, esperou o nenê, comprou as coisas dele... Eu queria... Eu queria, ter meu bebê. [pausa] Eu não digo que tô 100% não, nem 99%. Eu digo ... Só Deus sabe como é que eu tô aqui". (E 17)

"Eu fiquei desesperada nessa hora, comecei a chorar, enfim. (E5)

"Quando ela disse meu nome que eu comecei a chorar, ela disse: 'Vixe ela já tá chorando, eu nem disse ainda pra ela o que é'. Aí, quando ela chegou perto de mim, ela disse: 'Olha, mãe, Deus sabe o que faz.' Não, não é assim! Foi isso que me abalou mais, sabe? Foi várias coisas que, depois disso que veio acontecendo, porque quando ele tava na barriga, que os médicos foram dizendo que ele tava bem, tudo bem. Mas vai passando isso, vai passando aquilo, e começam a dizer: 'Deus sabe o que faz?' 'Olha mãe Deus levou ele mas é assim mesmo'. Não! Você, ninguém não entende?" (E19)

"Ah... foi uma notícia muito... muito ruim, né? No caso, eles me chamaram... ainda não tinha... o coração ainda não tinha parado, tava já, a gente tava já, entendeu? tava... para/ paralisação. Aí eles me chamaram pra acompanhar lá na UTI." (E 9)

"Mas eu presenciei ele já... sem vida. Alguns segundos depois." (E7)

"Mermã, nessa hora eu dei um grito. Eu dei...porque eu não tava acreditando [...]. que ele tinha falecido [mãe para e começa a chorar]." (E14)

"É eh... quando a minha irmã apareceu, eu falei assim "E aí, minha irmã, cadê meu filho?" Aí ela foi, demorou a falar... Depois ela começou a chorar, os olhos cheio de lágrima, ficou fazendo carinho em mim "Ah, tem que ser forte." Nem saiu lágrima de dentro dos meus olhos, porque eu não tava acreditando muito. Mas depois de uns minutinhos caiu a ficha em mim." Receber a notícia, né? Da morte dele... Não queria isso não." (E17)

O nascimento de um bebê é um momento importante na vida de uma mulher, bem como na vida dos familiares também, que já esperam pela chegada do novo membro. Durante esse período, criam-se sonhos, projetos e expectativas para a vida do filho que está por vir. A sua existência é anunciada antes mesmo do nascimento (RODRIGUES, 2009). Dessa forma, a notícia da morte do filho recém-nascido traz consigo o trauma e a necessidade de reavaliar os planos e o seguimento da vida.

Para a mulher, a aceitação da notícia da morte se torna muito mais difícil, uma vez que durante a gestação o contato entre ela e a criança já se faz presente por meio das interações: ela sente ela mexer, ouve seu coração, para ela, a criança já existe como realidade. Tudo isso faz parte de um processo de construção da maternidade e a notícia repentina da perda de um filho coloca esta mulher diante de um processo doloroso de enfrentamento.

Outro momento para mulher de “enfrentamento do luto” refere-se a: ir para casa sem a criança / deixar o bebê na maternidade. Este momento reproduz a experiência da mulher voltando para casa de mãos vazias. É a constatação de que perdeu o filho. A mulher carrega consigo uma sensação de vazio e sente uma impossibilidade de início de uma nova fase da família, que ocorreria com a chegada do bebê em casa. Nos relatos, as mulheres narram suas dificuldades em entender ou aceitar a experiência, pois significa a perda de alguém que ela não ainda conheceu.

Este pode ser um evento traumatizante de sair da maternidade sem o filho esperado podem desencadear uma sensação de impossibilidade de superação da experiência de perda vivenciada.

“O mais difícil [...] o mais difícil [...] foi ter o bebê, ter que vim e deixar ele lá e após a morte, foi o momento mais difícil”. (E2)

“É vir pra casa sem a criança. É isso que é o ruim, o que dói mais, que tu chegar em casa tu olhar as coisinha tudim, tu já comprou tudo isso, aí cadê? Isso que é ruim”. (E6)

“Sair sem a criança.Foi... sair da maternidade, sem a criança”. (E7)

“A gente teve que vir embora e deixar ele. Foi muito ruim isso daí. Foi a primeira sensação que eu tive. Aquele negócio de querer tá perto, né? Então eu queria ter ficado lá no ambiente, assim, ter, ter resolvido e ter trago o meu filho.” (E 16)

“Ah, o mais difícil... Foi sair de lá. De dentro do hospital. Sozinha. Esse foi a parte mais difícil. Porque, não, e teve outra parte [...] E a pior parte foi sair de lá sem ele.” (E9)

Ir para casa sem a criança / deixar o bebê na maternidade pode representar à mulher que vivencia luto neonatal como uma fase de transição na qual precisará trabalhar seu luto, seu sofrimento e assim levar a vida adiante.

Expectativas não correspondidas em ocasião do falecimento do bebê podem ser ainda mais frustrantes para a mãe a família no momento da saída maternidade. A partir desse momento a mãe e a família terá a necessidade de reorganização da vida devido a rupturas que a esta perda desta ocasiona.

A morte representa o início de uma difícil trajetória a ser percorrida (RODRIGUES, 2009) já que quando sai do hospital é confrontada com a realidade do mundo concreto cotidiano e a experiência do luto é vivenciada de forma mais forte.

O “sair da maternidade sem a criança” desencadeia uma sensação de vazio e frustração. Destarte Bittencourt et al. (2011), *compreender a morte do filho recém-nascido, para os pais, requer a construção de uma nova realidade, levando em conta o investimento em expectativas relacionadas ao futuro de um filho que já não existe*. Dessa forma, a saída da maternidade sem o bebê passa a ser uma das representações mais doloridas dessa perda.

As dificuldades de conviver com as lembranças/objetos do bebê também são narradas pelas mulheres como uma um desafio para aceitação da experiência de morte, pois significa a perda de alguém que ela não conheceu e que ainda tem uma história real presente, representada pelas roupinhas, objetos, malinhas com roupas, álbuns de fotografias e lembranças.

“Ah, as lembranças assim, eu ainda tenho tudo dela, né? "Tenho as roupinhas, tenho uma foto dela no quadro, tudo, aí sempre que eu vejo eu to, to chorando, no dia das mães eu também choro muito. " (E 20)

“Na hora da roupinha eu chorei, chegou uma amiga minha que estava me ajudando no baby fralda, aí me abracei com ela, eu chorei, disse para ela que o Senhor tinha levado e aí... eu separando as roupinhas...” (E7).

“Eu ainda... Eu ainda não dei as coisas dele tudo. Algumas coisas eu vendi, outras ainda estão lá em casa”. (E8).

Para as mulheres, deparar-se com o berço vazio, as roupinhas, os objetos e lembranças poderá fazê-las sentirem-se com a memória preservada que a convivência com o bebê poderia lhes ter proporcionado. Segundos estudos de Pandolfi (2012), o costume de guardar objetos dos bebês pode ser uma espécie de imortalidade que a mãe transfere ao filho. Assim sendo, a perda de um filho

representa a ruptura de um ciclo natural esperado. Uma vez que há a ruptura desse ciclo, a mãe busca estratégias de “manter a imortalidade” através de objetos e lembranças que caracterizem a presença do filho em seu ambiente.

Uma das mulheres destaca em seu relato que sente uma “saudade diferente”. Esta fala é simbólica para compreendermos que a saudade narrada é parte de uma experiência projetada, do bebê que estava ‘por vir’. Essa expectativa foi interrompida em razão da experiência de morte.

“A saudade é diferente. Quando a gente perde uma pessoa que a gente conviveu, a gente sente saudade. Da pessoa, da convivência da pessoa. Quando a gente perde uma pessoa que a gente não chegou a conviver a gente sente saudade daquilo que a gente podia fazer. Dar de mamar, de passear, de levar no shopping, de comprar roupinha. Essas coisas, entendeu? A gente vai no shopping, olha, olha uma pessoa com o bebezinho. A gente fica se lembrando”. (E 16)

A narrativa descrita pela mãe aponta claramente a diferença da saudade e dá ênfase naquilo que a sociedade legitima como concreto vivido. Quando a mulher relata “a saudade do que não foi vivido”, ela expressa uma dificuldade do reconhecimento do luto social, porque a mesma não conviveu com o filho. Essa mulher tá falando de uma saudade em outra dimensão, que não pode ser percebida com a limitação do concreto, do real.

Outro aspecto diz respeito à dificuldade de enfrentamento do luto. Nestas situações é fundamental que a mulher perceba que não está sozinha nesse processo de enfrentamento e que pode compartilhar os sentimentos de tristeza, sofrimento e angústia com familiares e amigos. E nessa situação, até o incentivo para que mãe ‘processe a maternidade’ pode se configurar uma forma de incentivo para que a mãe supere a dor e a perda.

“Quando ela disse meu nome que eu comecei a chorar, ela disse : ‘Vixe ela já tá chorando, eu nem disse ainda pra ela o que é’. Aí, quando ela chegou perto de mim, ela disse: ‘Olha, mãe, Deus sabe o que faz’ Não, não é assim! Foi isso que me abalou mais, sabe? Foi várias coisas que, depois disso que veio acontecendo, porque quando ele tava na barriga, que os médicos foram dizendo que ele tava bem, tudo bem. Mas vai passando isso, vai passando aquilo, e começam a dizer: ‘Deus sabe o que faz’??? ‘Olha mãe Deus levou ele mais é assim mesmo’. Não! Você, ninguém não entende?! Foi só minha mãe. Aí, parece que quando eu olhei minha mãe, parece assim, foi embora a vontade de tudo sabe? Quando eu olhei ela, eu não chorei porque ela já teve AVC, começo de derrame, então eu não vou chorar pra mamãe não chorar. Aí eu peguei firme ali, doída pra chorar por dentro. Estava tudo despedaçado, aí minha mãe: ‘Minha filha como tu

está?’, Bem? Bem eu não tô! Por fora dá pra demonstrar que eu tô bem, posso até sorrir, mas por dentro acho que nunca mais. Aí ela: ‘Vai, minha filha, logo tu vai ter outro filho, deixa passar um ano, com um ano tu pode engravidar de novo’. Eu acho que foi de ter ele morto em cima de mim, acho que esse foi um dos primeiros, mais difícil mesmo foi sentir ele morto pegar nele, ficar ali, que podia tá ali chorando pra mamar, sabe!? [chorando]. Aí tu vê, ali, que era perfeito, não tinha uma falha, bem desenhado, aí a gente imagina assim, como Deus faz as coisas entendeu?! (...) no outro dia fui para sala de enfermaria, pro meu leito mesmo, não tinha ninguém pra me receber, só companheiras de quarto. Eu fiquei feliz porque não tinha nenhum bebê, entendeu? (voz de choro)? Até ali não tinha nenhum, eles me botaram num quarto que não tinha nenhum bebê”. (E 19)

“Sim, principalmente porque a gente sempre lembra, né? As lembranças... São permanentes”. (E9)

“Ele perceber, que eu estou triste... Em depressão, porque é difícil... Superar é difícil”. (E7)

“Total ainda não, mas eu fiquei um pouco depressiva com tudo isso. Sim. E um pouco de medo de uma outra gestação e o bebê não nascer normal, é isso”. (E9)

Freitas (2000) pontua que há uma relação de forte dependência emocional nos vínculos estabelecidos entre os pais e os filhos. Tanto que em situações de perda, as dificuldades de assimilação de um desligamento se tornam mais difíceis considerando a não aceitação da situação.

O não reconhecimento social do luto neonatal também é evidenciado nos relatos das mulheres. Socialmente, a perda de um filho é considerada algo não natural e bastante dolorida, em se tratando de luto neonatal o reconhecimento da perda não é legitimado socialmente.

“Quando ela disse meu nome que eu comecei a chorar, ela disse : ‘Vixe ela já tá chorando, eu nem disse ainda pra ela o que é’. Aí, quando ela chegou perto de mim, ela disse: ‘Olha, mãe, Deus sabe o que faz’ Não, não é assim! Foi isso que me abalou mais, sabe? Foi várias coisas que, depois disso que veio acontecendo, porque quando ele tava na barriga, que os médicos foram dizendo que ele tava bem, tudo bem. Mas vai passando isso, vai passando aquilo, e começam a dizer: ‘Deus sabe o que faz’??? ‘Olha mãe Deus levou ele mais é assim mesmo’. Não! Você, ninguém não entende?! Foi só minha mãe. Aí, parece que quando eu olhei minha mãe, parece assim, foi embora a vontade de tudo sabe? Quando eu olhei ela, eu não chorei porque ela já teve AVC, começo de derrame, então eu não vou chorar pra mamãe não chorar. Aí eu peguei firme ali, doida pra chorar por dentro. Estava tudo despedaçado, aí minha mãe: ‘Minha filha como tu está?’, Bem? Bem eu não tô! Por fora dá pra demonstrar que eu tô bem, posso até sorrir, mais por dentro acho que nunca mais. Aí ela: ‘Vai, minha filha, logo tu vai ter outro filho, deixa passar um ano, com um ano tu pode

engravidar de novo'. Eu acho que foi de ter ele morto em cima de mim, acho que esse foi um dos primeiros, mais difícil mesmo foi sentir ele morto pegar nele, ficar ali, que podia tá ali chorando pra mamar, sabe!?! [chorando]. Aí tu vê, ali, que era perfeito, não tinha uma falha, bem desenhado, aí a gente imagina assim, como Deus faz as coisas entendeu?! (...) no outro dia fui para sala de enfermaria, pro meu leito mesmo, não tinha ninguém pra me receber, só companheiras de quarto. Eu fiquei feliz porque não tinha nenhum bebê, entendeu? (voz de choro)? Até ali não tinha nenhum, eles me botaram num quarto que não tinha nenhum bebê". (E 19)

"Assim, acho que, mas... Ninguém vai tirar isso de mim. "Ah, tu tá chorando porquê?" Chorando porquê? Que pergunta é essa? Eu sinto falta, uma pessoa que se cuidou, né? Fez as coisas tudo direitinho: tomou as vacinas, esperou o nenê, comprou as coisas dele... Eu queria... Eu queria, ter meu bebê. [pausa] Eu não digo que tô 100% não, nem 99%. Eu digo ... Só Deus sabe como é que eu tô aqui." (E17)

O luto tem, pois, um papel social: o indivíduo enlutado deve corresponder a alguns critérios de reconhecimento social sobre a origem da perda e o vínculo que existia com a pessoa que morreu (DOKA, 2012). Sendo o reconhecimento social da perda um fator que favorece a elaboração do luto percebe-se que no caso da morte no período neonatal esse reconhecimento nem sempre está presente.

Ademais, se percebe ainda pelo relato a não aceitação das pessoas diante da situação do luto vivenciado pela mãe. Questionavam o porquê do choro como uma forma de descaracterizar a sensação de luto e dor que a mãe demonstrava. Podemos inferir que um dos motivos para tal atitude seja a dificuldade também de amigos e familiares em lidarem com uma situação tão difícil e, sobretudo, com a dificuldade de entrarem em contato com a tristeza dessa mãe.

"Mas quando outras mães chegavam e tinham filhos gêmeos... Com seus filhos... Eu começava a chorar... No momento, apesar de eu estar rodeada de gente, eu me sentia só, sozinha. Eu começava a chorar... Chorar... E me aquietava. Aí, depois, eu chorava novamente. Mas assim, da minha vinda para casa... As pessoas... Como sabiam que eu tinha perdido a criança... Então, eles deram um tempo – os vizinhos, mas depois eles começaram a me visitar e falar da minha filha. Aí eu começava a chorar". (E1)

Os relatos ressaltam o quanto era difícil para esta mãe ver outras mães com seus filhos vivos. Segundo ela, a sensação de solidão e angústia eram frequentes. Freud (1916) afirma em sua obra "Luto e Melancolia" que o luto é uma reação a uma perda, seja ela da pessoa amada ou de certas abstrações.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo traz importantes contribuições na compreensão como as mulheres interpretam e explicam a morte de seu filho no período neonatal. Os resultados apontaram que as mesmas constroem Modelos Explicativos para a morte dos seus filhos.

Os relatos apontam situações vivenciadas pelas mulheres desde a descoberta da gravidez, acompanhamento do pré-natal, hora do parto até o puerpério. As circunstâncias narradas reportam para um reconhecimento de uma realidade marcada pelas mais diversas falhas no cuidado com essas mães nessa situação tão delicada e sofrida de perda de um neonato.

Tal aspecto remonta às situações em que as mulheres mencionaram a falta de informações durante o acompanhamento de pré-natal e até no momento do parto. Sabe-se que este é um contexto que revela a realidade vivenciada por muitas mulheres brasileiras na sua trajetória gravídico-puerperal.

Destacam também à fragilidade da rede de atendimento no que se refere as dificuldades de acesso ao pré-natal qualificado. Tal fragilidade, conforme narrado pelas mulheres, se insere num cenário de falta de recursos e falhas do atendimento prestado. Em muitos relatos existe uma explicação da causa da morte do filho diretamente relacionada com situações em que não havia equipamentos disponíveis ou até mesmo medicamentos apropriados e ainda a suspeita de “erro médico”.

Considerando que os depoimentos relatam situações recorrentes em que o despreparo da equipe é apontado como uma das causas que contribuíram para a morte do bebê cita-se a falta de humanização do atendimento expressada nos maus-tratos, impondo às mulheres grávidas a despersonalização e submissão de seus corpos a procedimentos e decisões que sequer compreendem.

Isso se evidencia tanto em relação ao acompanhamento da mulher grávida como também em situações de luto neonatal. Fica evidente que as situações de luto neonatal passam despercebidas no cotidiano de trabalho da equipe de saúde principalmente dentro das maternidades.

As narrativas retratam também as formas de enfrentamento materno diante da morte do filho. Dos relatos, foram identificadas as situações que representaram as dificuldades de lidar com essa experiência. Percebeu-se que para muitas mães situações como “deixar o bebê após a morte”, “a notícia da morte”, “as lembranças”, “o sair da maternidade sem o bebê” desencadearam sensações de vazio, dor, frustração e invisibilidade do luto vivenciado.

Outro aspecto importante evidenciado nesta pesquisa se refere as declarações de óbitos e como seu preenchimento (adequado ou não) refletem a qualidade de assistência prestada a dupla mãe-bebê. A omissão dos antecedentes obstétricos em óbitos neonatais pode ocasionar sub-estimativa dos eventos ocorridos na gestação e parto, que culminam com as causas maternas, na maioria, evitáveis.

A Declaração de óbito não pode ser vista apenas como instrumento legal, pois seus dados geram indicadores que subsidiam não apenas os programas locais de atenção à saúde, como estatísticas no âmbito local, nacional e mundial.

Diante da realidade estudada, reforça-se a necessidade de um olhar mais sensível para o enfrentamento dessa problemática. Destaca-se assim a importância de se criar estratégias para promover e assegurar o cuidado humanizado no atendimento à mulher que vivencia a situação de luto neonatal.

E dentro dessas estratégias deve-se pensar alternativas de inserção de informações e conhecimentos sobre assistência puerperal qualificada, acompanhamentos e apoio as mulheres que vivenciam essa experiência. Partindo do entendimento da assistência integral à saúde deve-se buscar o fortalecimento de Políticas Públicas integralizadas que contemplem as demandas de atenção à saúde da mulher e da criança.

Espera-se, pois, que este trabalho possa de alguma maneira contribuir para uma melhor compreensão da situação de mulheres que perderam seus filhos no período neonatal, e que a partir de seus relatos, surjam debates que apontem caminhos para a redução da mortalidade desses bebês e para uma assistência integral que englobe o trabalho técnico com a atenção humanizada às parturientes.

Este estudo evidencia o quanto a mortalidade neonatal representa um problema de caráter prioritário no que se refere à necessidade de implementação de ações e medidas que visem responder a essa problemática. Assim, a garantia de

acesso, de boa qualidade de atenção, de atenção integral à saúde, de cuidados preventivos e esquemas de tratamento para mulheres gestantes e puérperas tem efeito positivo de ação de Saúde Pública e na garantia dos direitos humanos.

É válido ressaltar também, que as considerações aqui tecidas não pretendem ser conclusivas, mas destacam pontos que podem possibilitar novas reflexões sobre essa temática tão vasta, tão complexa e multidimensional, e que também estimule a elaboração de pesquisas posteriores.

REFERÊNCIAS

- ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da Doença e da Medicina**. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001. 144 p.
- ALVES, P.C. **A experiência da enfermidade**: considerações teóricas. Cad. Saúde Publ., Rio de Janeiro, 9(3):263- 271, jul/sep. 1993.
- ARIÉS, P. **História social da criança e da família**, 2ª edição. Rio de Janeiro: LTC (Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.); 1981.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARROS FC, MATIJASEVICH A, REQUEJO JH, GIUGLIANI E, MARANHÃO AG, MONTEIRO CA. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward millennium development goals 4 and 5. **Am Public Health**. 2010; 100:1877-89.
- BITTENCOURT, A.L.P et al. A perda do filho: luto e doação de órgãos. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.28, n.4, p. 435 – 442, out – dez.2011.
- BRASIL. **Banco de Dados do Sistema Único de Saúde**. Datasus. 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 28 abr. 2013.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Bertrand, Brasil, 1998.
- BRASIL. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Centro de Documentação e Disseminação de Informações em meio digital/IBGE, 1999.
- BRASIL. **Informações sobre os municípios brasileiros**. IBGE. 2013. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 out. 2013.
- BRASIL. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. **Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimentos para vacinação. Brasília: Funasa; 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Programa Humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao>. Acesso em: 18 out. 2012.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, A. M. P. de. “Tu me ensinas a fazer renda que eu te ensino a namorar”: Tecendo rendas na descoberta do muno cada dia – reflexões sobre o ofício da pesquisa. 2004.

DESLANDES, S.F. Análise do Discurso Oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.9, n.1, p. 7-14, jan./mar. 2004.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.12, p. 2647-55, Dez. 2006.

DINIZ, Carmen Simone Brito. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciências de Saúde Coletiva. 2005; 10 (3): 627-37.

DOKA KJ. **Diserfranchised grief**: new directions, challenges and strategies for practice. Ilions: Research Press, 2002.

DRACHLER, Maria de Lourdes. Medindo o desenvolvimento infantil em estudos epidemiológicos: dificuldades adjacentes. **Jornal de Pediatria**, v.76, n.6, p.401, 2010.

ENKIN, M. et al. **A guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth**. Oxford, Oxford University Press, 2000.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FLORA, F.L. et al. A criança e a morte. **Sociedade Brasileira de Psico – oncologia – SBPO**. Edição 3, 2009.

FREIRE, T. C. G. P. **Transparência psíquica em nova gestação após natimorto**. 2012. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília: 2012.

FREITAS, N. K. **Luto materno e psicoterapia breve**. São Paulo: Summus Editorial, 2000.

FREUD, S. A história do movimento psicanalítico: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. **Luto e Melancolia**, v. XIV, p. 245-263, Rio de Janeiro, 2006.

FRIAS, P.G. de. **Adequação das informações sobre nascidos vivos e óbitos e a estimação da mortalidade infantil no Brasil**. Tese de doutorado. Universidade Federal de Pernambuco. 155 f. 2013. Disponível em <https://www.ufpe.br/posca/images/documentos/teses_e_dissertacoes/paulo%20frias.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2014.

FRIAS, P. G.; PEREIRA, P. M. H.; GIUGLIANI, E. R. J. **Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras**: breve histórico com enfoque na oferta de serviços a partir de traçadores. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008**. Brasília, 2009.

FROTA, M. A. et al. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em foco**. Rio de Janeiro, v 1, n.3, p. 129 – 132, 2010.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação Mundial da Infância**: caderno Brasil. Nova Iorque, 2008. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf>. Acesso em: set. 2014.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, L. et al. Parto domiciliar como um dispositivo de humanização das práticas de saúde no Brasil. **Caderno HumanizaSUS**. v.4, 2014.

GOULART, L. M. H. F. et al. A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 715-723, mai. 2005.

KELLE, U. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2003.

KLEINMAN, A. "O contexto significado da doença e cuidados: reflexões sobre um tema central na Antropologia da medicina." Na Edição Especial: "Ciências e Culturas: Antropológicos e Historical Studies das Ciências" E. Mendelsohn e Y. Elkana, eds . Sociologia das Ciências: 1981

KOVÁCKS, MJ. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LACONELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Revista Latino Americana Psicopatologia**. São Paulo, v.10, n.4, p. 614-623, dez. 2007.

LAMY, Z.C. **Morbidade Neonatal near miss na pesquisa Nascer no Brasil**. Cad. Saúde Pública vol. 30 suppl.1 Rio de Janeiro Aug. 2014.

LIMA, F. F; CARVALHO, L. V. A criança e a morte. Boletim Eletrônico da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia. Ano IV, Ed 3 – Jul, Ago, Set, 2009. Disponível em: <http://www.sbpo.org.br/_newsletter/boletins/boletim_julho_agosto_setembro_2009/a_crianca_e_a_morte.pdf> Acesso em 10 de agosto de 2014.

LOYOLA, C. ROCHA, T. **Cuidando do Futuro: redução da mortalidade materna e infantil no Maranhão**, Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento. Belo Horizonte: 2012.

MARQUES NETO, Agostinho Ramalho. **A Ciência do Direito: Conceito, Objeto, Método**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

M. A. et al. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em foco**. Rio de Janeiro, v 1, n.3, p. 129 – 132, 2010.

MABUCHI, A. S.; FUSTINONI, S.M. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n.3, p. 420-6. 2008.

MARTINS, C.B.G. et al. Maus – tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 23, n.3, p. 423 – 428, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. (Saúde em debate).

MURRAY, C.J.L. & LOPEZ, A. 1996. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard School of Public Health, Harvard.

NAGAHAMA, E. E. I, SANTIAGO S. M. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciências de Saúde Coletiva. 2005; 10 (3): 651-9.

NOVACZYK AB; DIAS NS; GAÍVA MAM. **Atenção à saúde da criança na rede básica**: análise de dissertações e teses de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a25.htm>>. Acesso em 06 de janeiro de 2015.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO: Relatório Nacional de Acompanhamento/ Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Rattner, Daphne. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas**. Revista Comunicação, Saúde, Educação. v.13, supl.1, p.759-68, 2009. il., gráfs., mapas color.

PANDOLFI, Aghata. **O que a morte não destruiu daquele que partiu: a construção de significados no processo de luto materno**. 2012. Dissertação de mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: 2012.

PICCININI, C. A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 223-232, set. 2004.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RATTNER, Daphne. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas**. Revista Comunicação, Saúde, Educação. v.13, supl.1, p.759-68, 2009 .

RNFDR (Rede Nacional Feminista de Saúde) **Dossiê Humanização do Parto/ Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EA s/Dossi%EA%20Humaniza%E7%E3%20do%20Parto.pdf>>. Acesso em: Agosto de 2014.

RODRIGUES, M. M. C. **A experiência da mãe por ter um filho natimorto**. 2009. 78 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo: 2009.

ROSA, R; MARTINS, F.E; GASPERI B.L; MONTICELLI, M; SIEBERT E.R.C; MARTINS N.M. Mãe E filho: os primeiros laços. Rev Enferm 2010 jan-mar; 14 (1): 105-12 108. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a16>>. Acesso: 03 de março 2015.

SILVA, C.A. et al. Vivendo após a Morte de Amigos: história oral de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 97-104, jan. 2007.

SILVA, L. J. Luto em neonatologia. **Acta Pediátrica Portuguesa**, Lisboa, v. 41, n. 6, p. 281-284, 2010.

SITUAÇÃO MUNDIAL DA INFÂNCIA 2009. Disponível em:
<<http://www.unicef.org/brazil/sowc9pt/cap1.htm>>. Acesso em: 06 de março 2015.

TESTA, M. et al. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, Supl. 2, p.419-427, 2003.

UNICEF. **Commiting to child survivor: a promise renewed progress report**. Unicef. 2013. Disponível em: <<http://www.unicef.org/publications/>>. Acesso em: 13 out. 2013.

WOLFF L. R, MOURA, M. A. V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. Escola Anna Nery. **Revista Enfermagem**, 2004, Agosto, 8 (2): 279-85.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in Normal Birth: A Practical Guide**. Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood Unit. Geneva: WHO, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Avaliação do perfil sociodemográfico das mulheres

PESQUISA: NARRATIVA DE MULHERES QUE PERDERAM O FILHO NO PERÍODO NEONATAL

1. Nome: _____		
2. Idade: _____		
3. Cor da Pele da Mãe (1) branca (2) preta (3) parda (4) amarelo (5) indígena (6) não sabe		
4. Endereço: _____ _____		
5. Telefone: _____		
6. Escolaridade (2) de 4 a 7 anos (0) nenhuma (3) 8 a 11 anos (1) de 1 a 3 anos (5) 12 anos ou mais		
7. Ocupação: _____		
8. Religião: (0) nenhuma (1) católica		(2) protestante (3) espírita (4) outros
9. Situação Conjugal: (1) Casada (2) Solteira (3) União consensual (4) Separada/desquitada/divorciada (5) Outros		
10. Você vive com o companheiro em casa própria? (1) sim (2) não		
11. Você vive com o companheiro em casa de outras pessoas. (1) sim (2) não Se sim, onde? _____		
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:		
12. Número de Gestações: (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 ou mais	13. Número de Partos: (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 ou mais	14. Número de Abortos: (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 ou mais

15. Número de Cesarianas: _____	
16. Número de parto Normal: _____	
17. Doenças/intercorrências em gestações anteriores: _____	
HISTÓRIA DA GESTAÇÃO ATUAL	
18. PESO DO RN:	
19. IDADE GESTACIONAL:	
20. DIAGNÓSTICO:	
21. Você fez pré-natal? (1) sim (2) não	
22. Se sim, quantas consultas? (1) 1 (2) 2 (3) 3	(4) 4 (5) 5 (6) 6 ou mais
23. Qual o local de pré-natal? _____	
24. Durante o pré-natal, você fez consulta com enfermeiro (a)? (1) sim (2) não	
25. Se sim, quantas consultas foram realizadas com enfermeiros? _____	
26. Durante o pré-natal, você fez consulta com medico (a)? (1) sim (2) não	
27. Se sim, quantas consultas foram realizadas com médico? _____	
28. Durante a gravidez, você recebeu visita domiciliar? (1) sim (2) não	
29. Você teve algum problema durante a gravidez? (1) sim (2) não	
30.. Você orientada, durante a gravidez, sobre qual serviço deveria procurar para o parto? (1) sim (2) não	
31. Você foi atendida neste serviço que orientaram? (1) sim (2) não	
32. Esta última gravidez foi planejada? (1) sim (2) não	
33. Você fez alguma tentativa de abortamento? (1) sim (2) não	
34. Você viu o bebê antes e após a morte? (1) sim (2) não	
35. Você pode pegar o bebê no colo? (1) sim (2) não	
36. Você participou do velório/enterro do bebê? (1) sim (2) não	
37. Você ficou na mesma enfermaria de puerpério com outras mães e seus bebês? (1) sim (2) não	
38. Você engravidou depois disso? (1) sim (2) não	

APÊNDICE II – Roteiro da entrevista semiestruturada das mulheres

PESQUISA: NARRATIVA DE MULHERES QUE PERDERAM O FILHO NO PERÍODO NEONATAL

Roteiro da entrevista semiestruturada com as mulheres

1. Fale sobre sua gravidez.
2. Fale sobre o seu pré-natal
3. Fale sobre pessoas com quem você contou durante a gravidez e o pré-natal
4. Como você percebeu que estava chegando a hora do parto?
5. O que fez em seguida?
6. Fale sobre sua experiência a partir desse momento
 - Saída de casa;
 - Chegada ao hospital;
 - Durante a internação;
 - Sala de parto;
 - Contato com o bebê;
 - Acompanhante.
7. Como você percebeu que seu filho estava doente?
8. Você pode falar sobre o que aconteceu depois disso?
9. O que você acha que causou a morte do seu filho?
10. Quem deu a notícia da morte do bebê?
11. Onde você estava quando recebeu a notícia?
12. Quem estava com você no momento da notícia da morte do bebê?
13. Você pode falar sobre o momento da notícia da morte do seu filho?
14. Como o pai do bebê soube da notícia?
15. Você pode falar sobre as pessoas que mais te ajudaram nesse momento?
16. Conte qual foi o momento mais difícil dessa experiência.
17. Você pode descrever o que aconteceu depois dessa notícia?
18. Já perdeu outro filho? Se sim, quantos? Que idade morreu? Você sabe por que morreram?
19. Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

APÊNDICE III

**Universidade Federal do Maranhão
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Saúde Pública**

TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa:

Narrativa de Mulheres que Perderam o Filho no Período Neonatal

Prezada Participante,

Você está sendo convidada a participar voluntariamente de uma pesquisa sobre a experiência de mulheres que perderam o filho no período neonatal, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Zeni Carvalho Lamy. A pesquisa tem como objetivo estudar o óbito infantil a partir da perspectiva das mães o que poderá desvendar uma face da mortalidade infantil, não revelada nos documentos oficiais de óbito ou nos indicadores numéricos trazendo percepções, significados, explicações, trajetórias, circunstâncias vivenciadas por quem experimentou o fenômeno. A participação no estudo é voluntária, não implica em gastos e não há remuneração. Você será entrevistada sobre o tema da pesquisa. Responderá a um questionário e participará de uma entrevista semiestruturada. Em qualquer momento poderá deixar de responder a qualquer pergunta que não se sinta à vontade e inclusive, poderá deixar de participar da pesquisa. Os riscos em participar da pesquisa serão por desconforto ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos sentir incômodo em falar. A pesquisa poderá trazer benefícios para melhorar o cuidado à saúde da mulher e da criança, proporcionando, maior resolutividade aos serviços de atenção ao parto, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde efetivas na prevenção e na redução da mortalidade no componente neonatal. Seu nome nunca será revelado. Os resultados serão publicados e apresentados à comunidade científica sem revelar a identidade de nenhum participante. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso exclusivo dos pesquisadores com garantia do anonimato. Você pode perguntar o que quiser da pesquisa, a qualquer momento. Tem direito de ouvir a gravação da sua entrevista e, caso queira, pode solicitar que seja apagada toda a gravação ou

partes dela. Tem também o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso acarrete nenhum prejuízo para você. Em caso de denúncias e questões éticas relacionadas à pesquisa, você poderá procurar o CEP para buscar ajuda e esclarecimentos. CEP – Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Universitário Presidente Dutra (CEP-HUUFMA). Endereço: Rua Barão de Itapary, 227, 4º andar, Centro, São Luís. CEP:65020 – 070. Fone: (98) 2109-1242.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contém duas vias idênticas, uma delas ficará com o profissional. Cada via contém duas páginas, cada página será rubricada tanto pelo pesquisador responsável quanto por você.

Eu, _____, concordo em participar do Projeto de Pesquisa da Prof.^a Dr.^a Zeni Carvalho Lamy, “**Narrativa de Mulheres que Perderam o Filho no Período Neonatal**”, como sujeito, após ter sido esclarecido (a) sobre o objetivo da pesquisa e como ela será realizada. Ficaram claros os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Estou ciente que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Contato com a pesquisadora responsável:

Pesquisador (a): Zeni Carvalho Lamy

Endereço: Rua Barão de Itapary, 155, Centro, São Luís. CEP: 65020-070
Fone: (98)3232-5495 e-mail: zenilamy@gmail.com.br

São Luís, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste profissional para a participação neste estudo.

Responsável pela Pesquisa

APÊNDICE IV - TABELA DE DADOS DA PESQUISA

RN	NOME DA MÃE	CAUSA DO ÓBITO	CAUSA PELA PERSPECTIVA DA MÃE
NÃO INFORMADO Nº 20	A. K. B. P	P369 - Septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido	Atendimento na maternidade, falha na hora do parto ou na hora da alta.
NÃO INFORMADO Nº 17	R.O.B	P210 - Asfixia grave ao nascer	A demora deles para fazer o parto.
Nº 18	A.P.D.S	P209 - Hipóxia intrauterina não especificada	Foi da minha parte. Falta de carinho, do toque.
Nº 05	C.P.D	P285 - Insuficiência respiratória do recém-nascido	Acha que eles deveriam ter observado antes dos 6 meses que ela tinha hidrocefalia.
Nº 14	C.S	P285 - Insuficiência respiratória do recém-nascido	Acha que desde que ele nasceu ele esteve doente.
Nº 03	D.M.S	P369 - Septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido	Foi o susto da bomba que o rapaz jogou.
Nº07	G.F.S	P969 - Afecções originadas no período perinatal não especificadas	Demora no atendimento.
Nº 08	I.S.A	P285 - insuficiência respiratória do recém-nascido	O cirurgião furou o baço dela e deu hemorragia.
Nº 04	J.S.S	P832 - Hidropisia fetal não-devida a doença hemolítica	Acha que foi negligência médica porque quando teve os 3 filhos já tinha pressão alta.
Nº 13	K.K.C	P369 - Septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido	Acha que foi negligência médica porque eles pediram para comprar o medicamento e não deram.
Nº 11	L.S.C	Q897 - Malformações congênitas múltiplas, não classificadas em outra parte	Falta de aparelhos no hospital.
Nº 06	K.S.P	P369 - Septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido	Ele nasceu com um negócio no coração.
Nº 09	L.S	P210 - Asfixia grave ao nascer	Achava que era para o médico ter feito uma cesariana, o médico ter feito um corte para criança ter descido.
Nº 19	L.G.S	P369 - Septicemia bacteriana não especificada do recém-nascido	Acha que o bebê morreu através de algum erro, alguma coisa.
Nº 02	W.M.M	P290 - Insuficiência cardíaca neonatal	O coração tinha uma deformação e os remédios não estavam mais fazendo efeito.
Nº 16	M.C.P.P	P968 - Outras afecções especificadas originadas no período perinatal	Acha que foi erro médico.

ANEXOS

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que assumimos o compromisso na realização do projeto de pesquisa: **“Narrativas de mulheres que perderam o filho no período neonatal”** com a garantia de iniciar a coleta de dados somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

São Luís, 14 de novembro de 2013.

Pesquisador
Patricia Sampaio da Anunciação

Orientadora
Prof.^a Dr.^a Zeni Carvalho Lamy

Coorientadora
Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Douat Loyola

Pesquisador
Prof. Dr. Fernando Lamy Filho

Bolsista
Gabriela Cirqueira de Souza Barros

Bolsista
Marina Uchoa Lopes Pereira

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO NA UTILIZAÇÃO DOS DADOS, DIVULGAÇÃO E PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.

Os pesquisadores do projeto de pesquisa: **“Narrativas de mulheres que perderam o filho no período neonatal”** se comprometem a utilizar os dados coletados na pesquisa somente para fins científicos, garantindo em divulgar os resultados encontrados sejam eles favoráveis ou não, resguardando os interesses dos sujeitos envolvidos, quanto ao sigilo e a confidencialidade.

São Luís, 14 de novembro de 2013.

Pesquisador
Patricia Sampaio da Anunciação

Orientadora
Prof.^a Dr.^a Zeni Carvalho Lamy

Coorientadora
Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Douat Loyola

Pesquisador
Prof. Dr. Fernando Lamy Filho

Bolsista
Gabriela Cirqueira de Souza Barros

Bolsista
Marina Uchoa Lopes Pereira

ANEXO C - DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA

Declaramos para os devidos fins que a responsabilidade financeira para a execução do projeto de pesquisa: **“Narrativas de mulheres que perderam o filho no período neonatal”** é de inteira responsabilidade do pesquisador Patricia Sampaio da Anunciação e da orientadora Prof.^a Dr.^a Zeni Carvalho Lamy garantindo não haver utilização de recursos da instituição.

São Luís, 14 de novembro de 2013.

Pesquisador
Patricia Sampaio da Anunciação

Orientadora
Prof.^a Dr.^a Zeni Carvalho Lamy

Coorientadora
Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Douat Loyola

Pesquisador
Prof. Dr. Fernando Lamy Filho

Bolsista
Gabriela Cirqueira de Souza Barros

Bolsista
Marina Uchoa Lopes Pereira