

# Fatores relacionados aos principais agravos perinatais evitáveis em um hospital público do Distrito Federal.

Factors related to main preventable perinatal injuries of public hospital in the Brazilian Federal District.

Factores relacionados a los principales enfermedades perinatales evitables en un hospital público del Distrito Federal.

Pamella Padilha BRITO<sup>1</sup>  
Lissandra Martins SOUZA<sup>2</sup>

**RESUMO:** Introdução: A qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido são fatores determinantes da morbimortalidade perinatal. A realização de um pré-natal adequado e assistência ao parto qualificada reduziriam a incidência de agravos e óbitos perinatais, que são em maior parte evitáveis. Objetivo: Identificar os fatores relacionados aos principais agravos perinatais em um centro obstétrico. Método: Pesquisa descritiva e exploratória de natureza quanti-qualitativa. Foram realizadas entrevistas e análise de prontuários de trinta puérperas e recém-nascidos. Os resultados foram tabulados utilizando-se o *Software SPSS*, versão 20.0, para processamento e análise estatística. Foi realizada análise temática das entrevistas, sendo tabuladas de acordo suas frequências, identificando as divergências e convergências entre os dados. Resultados: Os agravos perinatais mais frequentes foram: Prematuridade (74,2%), Desconforto Respiratório (71%), Baixo Peso (51,6%), Infecção ou Sepsis (41,9%), Asfixia Perinatal (19,4%) e Oligodrâmnia (19,4%). Estes agravos foram relacionados a diversos fatores como: pré-natal inadequado, com menos de seis consultas (70%) e início tardio (50%); e presença de agravos maternos como: alterações do líquido amniótico (50%) e trabalho de parto prematuro (50%). As entrevistadas acrescentaram outros fatores como: falhas no cuidado profissional (43%), falhas na assistência e no serviço (33%), dificuldade de acesso (19%) e falhas no autocuidado materno (16,6%). Conclusão: Destacou-se nesse estudo a ocorrência de agravos perinatais em filhos de mães com perfil sócio-demográfico estável e em recém-nascidos a termo, como também a porcentagem de óbitos (16,1%). Os agravos

1 Enfermeira da Secretaria de Saúde do DF, formada em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal.

2 Enfermeira, especialista em Enfermagem Obstétrica. Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília. Coordenadora da Comissão de Residência de Enfermagem do Hospital Materno Infantil de Brasília/SES/DF. Docente do Curso de Enfermagem da ESCS/SES/DF, Brasília, Brasil.

e os óbitos perinatais poderiam ter sido evitados com qualificada assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-natal. Qualidade da Assistência à Saúde. Morbidade. Assistência Perinatal. Mortalidade Perinatal.

**ABSTRACT:** Introduction: The quality of prenatal care, childbirth and newborn are determinants of perinatal morbidity and mortality. The realization of a adequate prenatal care and skilled birth assistance would reduce the incidence of injuries and perinatal deaths that are largely preventable. Method: Descriptive and exploratory study of quantitative and qualitative nature. Interview and review of medical records of thirty mothers and newborns were made. The results were chart using the SPSS software, version 20.0, for processing and statistical analysis. We performed thematic analysis of interviews, and tabulated according to their frequencies, identifying the differences and similarities between data. Results: The most frequent perinatal injuries were prematurity (74.2%), Respiratory Distress (71%), Underweight (51.6%), Infection or Sepsis (41.9%), Perinatal Asphyxia (19.4% ) and Oligohydramnio (19.4%). These injuries were related to several factors such as inadequate prenatal care, with fewer than six prenatal consultations (70%) and late onset (50%), and presence of maternal health problems such as: changes in amniotic fluid (50%) and preterm labor (50%). The interviewees added other factors such as failures in the care professional (43%), failures in care and service (33%), difficulty of access (19%) and breast self-care failures (16.6%). Conclusion: Stood out in this study the occurrence of perinatal injuries in children of mothers with stable socio-demographic profile and in term newborns as also the percentage of deaths (16.1%). The perinatal injuries and deaths could have been avoided with qualified prenatal care, childbirth and newborn care.

**Keywords:** Prenatal Care. Health Care Quality. Morbidity. Perinatal Care. Perinatal Mortality.

**RESUMEN:** Introducción: La calidad de la atención prenatal, el parto y el recién nacido son determinantes de la morbilidad y mortalidad perinatal . El logro de un adecuado cuidado prenatal y parto por personal capacitado se reduciría la incidencia de muertes y lesiones perinatales, que son en gran medida prevenibles. Objetivo: Identificar los factores relacionados con los principales trastornos perinatales en el centro obstétrico. Método: Estudio descriptivo y exploratorio cuantitativo estudio y la naturaleza cualitativa. Se realizaron entrevistas y análisis de los registros de treinta mujeres después del parto y recién nacidos. Los resultados fueron tabulados mediante el programa SPSS versión 20.0 para el procesamiento y análisis estadístico. Se realizó un análisis temático de las entrevistas están tabulados de acuerdo a las frecuencias, la identificación de las diferencias y similitudes entre los datos. Resultados: Las enfermedades perinatales más frecuentes fueron : prematuridad ( 74,2 % ) , dificultad respiratoria ( 71 % ) , De bajo peso ( 51,6 % ) , infección o sepsis ( 41,9 % ) , la asfixia perinatal ( 19,4 % ) y oligohidramnios ( 19,4 % ). Estas quejas se referían a diversos factores, tales como la atención prenatal inadecuada , con menos de seis visitas ( 70 % ) y tardía ( 50 % ); y la presencia de enfermedades de la madre como: cambios en el líquido amniótico ( 50 % ) y parto prematuro ( 50 % ). Los entrevistados añaden otros factores, como los accidentes de cuidado profesional ( 43 % ) , las fallas en la atención y servicio ( 33 % ) , dificultad de acceso (

19 %) y la insuficiencia en el auto- cuidado de la mama ( 16,6 %). Conclusión: Hacemos hincapié en este estudio la incidencia de problemas de salud perinatales en los niños de madres con el perfil socio- demográfico estable y recién nacidos a término , así como el porcentaje de las muertes ( 16,1 %). Las muertes perinatales y las lesiones podrían haberse evitado con una calificada atención prenatal, del parto y del recién nacido.

**Palabras clave:** Cuidado Prenatal. Calidad de la Atención de la Salud. La morbilidad. Perinatal Care. Mortalidad Perinatal.

## INTRODUÇÃO

A qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido são fatores determinantes da morbimortalidade perinatal. Segundo o Ministério da Saúde, apesar da ampliação da cobertura do pré-natal, há comprometimento da qualidade desta atenção e somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas<sup>1</sup>.

Muitos estudos publicados relacionam a incidência de agravos perinatais evitáveis com a cobertura do pré-natal e ao número de consultas realizadas, mas poucos relacionam à qualidade com que esta assistência é prestada<sup>2</sup>. A realização de um pré-natal, não somente focado no número mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde, mas centrado na qualidade de cada consulta, favoreceria o diagnóstico precoce de doenças e a tomada de condutas oportunas no período gravídico-puerperal e, conseqüentemente, reduziria drasticamente a incidência de agravos e óbitos perinatais, que são em maior parte evitáveis<sup>1,3</sup>.

Dos casos de mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto 92% são evitáveis. Do total de mortes de crianças menores de um ano, 52% ocorrem no período neonatal, sendo que grande parte delas está associada à atenção dispensada à gestação, ao parto e ao puerpério<sup>1</sup>.

Entre as causas da mortalidade infantil no Brasil, nas últimas décadas, as afecções perinatais se mantêm em primeiro lugar, e a maior parte desses óbitos ocorre nos primeiros dias de vida por causas consideradas evitáveis, como infecção, asfixia ao nascer e complicações da prematuridade<sup>3,4</sup>. No Brasil, a maior parte dos óbitos neonatais ocorre no período neonatal precoce e cerca de um quarto dos óbitos ocorre no primeiro dia vida. Isto evidencia a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência ao parto e nascimento, mesmo sendo predominantemente intra-hospitalar<sup>3</sup>.

No mundo todo, em 2009, a taxa de mortalidade neonatal foi de 24 por mil nascidos vivos e, no Brasil foi de 12 por mil nascidos vivos<sup>5</sup>. Já a taxa de mortalidade perinatal (óbitos fetais a partir de 22 semanas de gestação somados aos óbitos neonatais até o sétimo dia de vida) no Distrito Federal em 2008 foi de 14,9 por mil nascidos vivos<sup>6</sup>.

As afecções perinatais são indicadores sensíveis da adequada assistência materna e neonatal. A redução destes indicadores implica, portanto, no acompanhamento por parte dos profissionais de

saúde em todo ciclo de gestação, a atenção adequada no momento do nascimento e os cuidados destinados aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade<sup>7</sup>.

Desta forma, reforça-se a necessidade de melhorar a qualidade da atenção pré-natal, do planejamento reprodutivo e da atenção hospitalar ao parto e ao recém-nascido devido à grande parte dos óbitos ocorrerem principalmente no período perinatal, que está intrinsecamente ligado à qualidade com que assistência materno-infantil é prestada.

O interesse pelo tema originou-se pelas experiências presenciadas em um Centro Obstétrico de Brasília. Foram identificados, muitas vezes, casos de gestantes com o cartão de acompanhamento do pré-natal incompleto, exames não realizados ou sem resultados, a não identificação de riscos, falta de orientações à gestante principalmente para o período periparto, condução terapêutica frágil, peregrinação da gestante/parturiente entre as emergências hospitalares, não adesão ou orientação do seu hospital de referência, entre outros, chamando a atenção para a qualidade da assistência gestacional e parturitiva na rede de saúde do Distrito Federal (DF). O enfoque escolhido para este estudo direciona-se, desta forma, para o período perinatal, compreendido entre a 22<sup>a</sup> semana de gestação e o sétimo dia de vida (ou recém-nascido com peso acima de 500g), devido à maior ocorrência de agravos evitáveis<sup>2</sup>, como já abordado. Assim, objetivou-se identificar os fatores relacionados aos principais agravos perinatais evitáveis em um centro obstétrico de um hospital maternidade da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de caráter retrospectivo e natureza quantitativa. O cenário de estudo escolhido foi um hospital público do Distrito Federal (DF), o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), escolhido por ser referência em assistência à prematuridade, às malformações congênitas e às cirurgias neonatais e pediátricas<sup>8</sup>.

A amostra foi selecionada por conveniência e os participantes deste estudo foram trinta puérperas e seus recém-nascidos vivos elencados pelo estudo com Capurro igual ou acima de 22 semanas de gestação e/ou com peso acima de 500 gramas (período perinatal), com diagnóstico de agravo perinatal de acordo com a lista dos indicadores de morbidade apontados pelo Ministério da Saúde e internados na Unidade Neonatal do HMIB (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)).

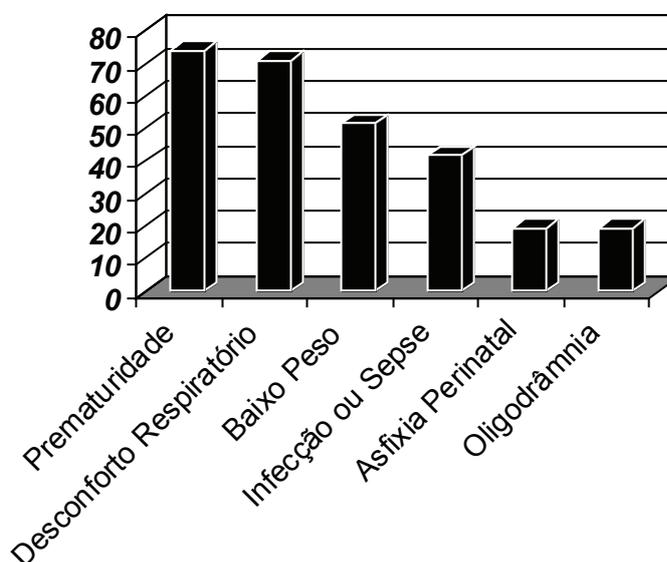
A coleta dos dados foi orientada por um instrumento semi-estruturado, buscando fatores que podiam estar relacionados aos agravos perinatais e que abarcavam questões sobre a gestação: pré-natal, parto, nascimento, qualidade da assistência, além de outras condições relacionadas aos agravos. Para confirmar e complementar os dados, foi realizada entrevista aberta com as mulheres com questões que permitiram identificar dados subjetivos, não registrados e também a percepção da genitora.

Os dados coletados foram tabulados através de um banco de dados utilizando-se o *Software SPSS*, versão 20.0, para processamento e análise estatística. Esta análise foi feita através do cálculo de frequência absoluta e relativa dos agravos perinatais e dos fatores relacionados a esses agravos. Os dados qualitativos foram transcritos e, em seguida, foi realizada análise temática e levantamento de suas frequências. As entrevistas também possibilitaram identificar as convergências e divergências entre os dados. Os problemas levantados foram organizados por fatores relacionados aos agravos perinatais, como período gestacional, período do parto e assistência ao recém-nascido (RN) durante o nascimento, como também referentes à percepção da genitora em relação ao agravo. Todas as colaboradoras da pesquisa após convite, esclarecimento e aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que autorizava a coleta de dados do cartão de pré-natal, dos prontuários (da mãe e do recém-nascido), como também pela entrevista. A pesquisa se deu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e de acordo com o parecer número 496/2011.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Centro Obstétrico do HMIB ocorreram 1524 partos no período de abril a junho de 2012. Destes, 51,3% (n=789) foram partos normais e 48,2% (n=735) partos cesáreos. Neste mesmo período, 12,8% (n=195) dos recém-nascidos (RNs) apresentaram algum tipo de agravo perinatal, necessitando de internação na UCIN ou UTIN. Alguns RNs participantes da pesquisa se encontravam temporariamente na Sala de Parto, onde aguardavam vaga para as referidas unidades. E destes, trinta e um recém-nascidos (RNs), juntamente com suas trinta mães, participaram desta pesquisa. Os agravos perinatais mais frequentes encontrados neste estudo estão distribuídos no Gráfico 1, abaixo:

**Gráfico 1:** Distribuição dos agravos perinatais mais frequentes, por frequência relativa, apresentados na amostra do estudo em um Hospital Público do Distrito Federal, no período de abril a junho de 2012.



A maior parte dos agravos encontrados foi também citada por Lansky<sup>2</sup>, ao afirmar que estes são os agravos que culminam em óbito no período perinatal. Ao analisar os fatores associados a estes agravos, encontramos dados nos prontuários ou falas que reportaram à: falhas no cuidado profissional tanto na condução terapêutica como nas orientações, falta de vínculo, negligência, falta de ética profissional, poucas avaliações de enfermagem especificamente do enfermeiro durante a internação hospitalar; falhas na assistência e no serviço como organização, elevado tempo de espera para atendimento, baixa cobertura e falha na captação precoce das gestantes na atenção básica; falhas no autocuidado materno como a baixa adesão ao pré-natal e às conduções terapêuticas, bem como dificuldade de acesso, discutidos a seguir.

### **O perfil das participantes**

O perfil das mães participantes mostrou predomínio das adultas jovens, entre 18 a 25 anos (53%), de procedência do entorno do DF ou de outros Estados (53%) e de grau de instrução médio completo ou superior (56,7%). Dentre estes dados, não se evidenciou os fatores de risco para os agravos indicados pelo Ministério da Saúde, como extremos de idade e baixa escolaridade<sup>1</sup>. O que chama a atenção é o grande número de mulheres provenientes de outras localidades para o uso do serviço da regional sul de saúde do HMIB, em Brasília/DF.

Destas mulheres, 76,7% (n=23) se declararam casadas ou em união estável, 40% (n=12) trabalhavam e 86,7% (n=26) referiram renda familiar maior que um salário mínimo, mostrando que o estado civil, a escolaridade e renda familiar também não se relacionaram com a presença dos agravos neste estudo, ao contrário do que afirma outros estudos<sup>1,9,10</sup>.

### **A Assistência ao Pré-natal**

Em relação à paridade, 63,3% (n=19) das mulheres entrevistadas eram primigestas. Esta variável tem se mostrado importante por estar associada às gestações de alto risco, pois a primiparidade e a nuliparidade estão relacionadas a um maior risco de complicações para as mães e RNs<sup>9,10</sup>, como a prematuridade, encontrada em 73,6% (n=14) das primigestas deste estudo. Entretanto, a prematuridade também está relacionada a outras variáveis como a idade materna, onde neste estudo 56,5% (n=13) das mulheres com faixa etária de 18 a 25 anos tiveram filhos prematuros. Estas relações também foram encontradas em outro estudo<sup>11</sup>.

A idade gestacional mais prevalente esteve entre 32 semanas e um dia e 36 semanas e seis dias, com frequência de 40% (n=12), que está em acordo com Ramos<sup>11</sup>, evidenciando que a morbidade perinatal é elevada em recém-nascidos com maiores chances de sobrevivência, e não apenas em prematuros extremos. Os óbitos fetais e neonatais com peso adequado para a idade gestacional, com boas condições de viabilidade e por causas evitáveis evidenciam a grande fragilidade dos serviços, de profissionais de saúde na vigilância materna e perinatal e das condutas assistenciais<sup>12</sup>.

Para que isso seja evitado é necessário que o acompanhamento pré-natal seja adequado

e possibilite a identificação de problemas e riscos em tempo oportuno para intervenção. Das participantes, 70% (n=21) realizaram menos que seis consultas de pré-natal, sendo menos que o preconizado pelo Ministério da Saúde. Entretanto, 74,2% (n=23) dos recém-nascidos foram prematuros, o que favoreceu o baixo número de consultas, já que o calendário prevê três consultas somente no último trimestre. Ou seja, provavelmente, boa parte das mulheres realizou o número de consultas esperadas para o período, entretanto, a qualidade, e não apenas o número de consultas, é atualmente o grande desafio assistencial<sup>7</sup>, e como mostrado neste presente estudo, apenas o número de consultas não foi suficiente para a redução dos agravos maternos e perinatais.

Significativa parte das mulheres (33%) denunciou a falta de organização dos serviços, como remarcações frequentes de consultas e absenteísmo de profissionais, e chegaram até a relacionar os agravos ocorridos à falha na assistência do pré-natal, como é mostrado nas falas abaixo:

*Era difícil, tinha vez que a gente marcava a enfermeira nem ia, o médico nem ia. Era complicado demais. Lá é difícil eles trabalhar. Lá tem médico uma vez por semana, e tem semana que ele não vai. Enfermeira é a que mais vai. (R.S.S. 20 anos)*

*A enfermeira que falou [...] que eu só ia ganhar em maio e só tinha vaga pra mim em abril. [...] Eu pedi pra ela marcar antes, ela falou que não tinha como. Ai eu falei: Quando eu for vir me consultar eu vou vir com meu bebê no colo! (Y.T.S. 19 anos)*

*Muitas crianças estão nascendo prematuras por causa do posto de saúde. Eles deixam pra dar remédio pra gente muito tarde, pergunta muito pouco, consulta remarca demais, não dá a atenção necessária que tem que dar. E a gente não sabe o que ta acontecendo com a criança. (R.S.S. 20 anos)*

Esta falta de organização do processo de trabalho nos serviços de atenção básica contribui também para o início tardio do pré-natal. Esta pesquisa mostrou que 50% das mulheres iniciaram as consultas tardiamente, confirmando a fragilidade do serviço de atenção básica na captação precoce das gestantes, que em sua maioria eram primigestas e jovens. Algumas mulheres, porém, entenderam este início tardio ou baixa adesão ao pré-natal como uma falha no autocuidado (16,6%) e sentiram-se culpadas:

*Eu pensei depois: [...] ai meu Deus que besteira que eu to fazendo com o posto tão próximo. Eu tinha que fazer o pré-natal porque eu sabia que não era certo o que eu tava fazendo. Mas foi minha né [a falha], por eu não ter feito um pré-natal direito [...]. (D.S.S.R. 22 anos)*

*Se a gente adivinhasse o que ia acontecer, não deixava passar tanta coisa. Eu tinha deixado de ficar nervosa, tinha tratado mais a minha infecção, pro meu bebê não correr risco [choro]. (G.A.F. 20 anos)*

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica de Saúde é responsável pela captação precoce das gestantes, através dos meios de comunicação, visitas domiciliares ou atividades educativas coletivas<sup>9</sup>. A qualidade da assistência pré-natal prestada é fundamental para um melhor resultado perinatal e satisfação da mulher e de sua família. Assim, se a cobertura da atenção básica for ampliada e melhor gerenciada, as gestantes com dificuldades diversas ou vulneráveis poderiam ser melhores acolhidas e orientadas, evitando a baixa adesão às consultas e tratamentos.

A qualidade do pré-natal também está relacionada aos métodos diagnósticos para tratamento oportuno das doenças. Quanto aos exames de rotina do pré-natal, 60% (n=18) das mulheres possuíam resultados de exames incompletos no primeiro trimestre, 30% (n=9) no segundo trimestre e 80% (n=24) no terceiro trimestre. Ou seja, estas mulheres chegaram à maternidade ao final da gestação sem dados importantes sobre as condições de saúde delas e dos fetos, prejudicando a avaliação de risco inicial e tomada de condutas direcionadas e oportunas. Este elevado número de exames não realizados durante o pré-natal também foi encontrado em outro estudo<sup>10</sup>. E o prejuízo se estende ao recém-nascido que só poderá amamentar ao seio materno após resultado do exame anti-HIV, como também deverá aguardar resultados de novos exames para rastrear possíveis infecções congênitas que poderiam ter sido diagnosticadas e tratadas precocemente.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, a atenção com qualidade e humanizada no pré-natal depende da provisão dos recursos necessários e da organização de rotinas, evitando-se intervenções desnecessárias, e para isso é preciso a realização dos exames complementares<sup>1</sup>. No entanto, isto depende muitas vezes do comprometimento e da organização dos profissionais em solicitar estes exames às gestantes de acordo com o protocolo instituído, como também da regulação destes exames na rede, direcionando e garantindo a sua realização.

É comum o discurso de muitos profissionais em apontar a falha da assistência do pré-natal do entorno e de outros estados que colaborariam para a ocorrência dos agravos maternos e perinatais. Entretanto, ao realizar um comparativo entre os exames solicitados na assistência pré-natal dentro e fora do Distrito Federal, os resultados mostraram que as mulheres que realizaram o pré-natal no DF também apresentavam exames incompletos no primeiro trimestre (50%), segundo trimestre (66,7%) e terceiro trimestre (44%). Observa-se que estes elevados números de exames faltantes na realização das consultas estavam consideravelmente sob a responsabilidade da atenção à saúde do Distrito Federal.

Para atingir uma assistência adequada no pré-natal, além das consultas e dos exames, é imprescindível a condução terapêutica apropriada e a qualidade das orientações profissionais. Das mulheres entrevistadas, 43% (n=13) apontaram falhas nesta etapa. Muitas relataram que suas queixas foram subestimadas, que havia pouca relação de confiança entre o profissional e a gestante e que as orientações eram superficiais, sem explicações sobre o significado dos termos utilizados.

Esse médico não explicava e não gostava que a gente perguntava, ele dava má resposta. *Meu*

*marido uma vez foi conversar com ele porque eu tava muito preocupada, e ai ele não quis responder. Eu não sabia o que era CIUR, meu marido perguntou pra ele e ele não quis explicar. Ele disse que não tinha nada pra falar no momento. (E.P.S. 22 anos)*

*Eu acho assim que elas não conversava muito com a gente se a gente não perguntasse. Não dava pra se informar tanto, e eu tava precisando de apoio. Ai eu não achei muito legal não. Eu acho que deveria ter um médico que informasse mais pra gente, ainda mais eu que não tenho experiência. (K.F.S. 19 anos)*

As orientações no pré-natal devem ser valorizadas por todos os profissionais de saúde e suas atitudes e posturas podem influenciar sobremaneira no autocuidado da gestante. O estabelecimento de vínculo favorece a adesão ao pré-natal e às condutas terapêuticas. Da mesma forma, as orientações não devem levar em conta apenas às condições de saúde física. Informações sobre as diferentes experiências devem ser trocadas entre as próprias mulheres e os profissionais de saúde, através de grupos de vivências, já que é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação<sup>1</sup>. As falas nos mostram que grande parte das mulheres sente falta desta forma de cuidado mais integral. Muitas deixam de perguntar por não se sentirem à vontade e queixam de pouca interação com o profissional, como mostrado nestas falas:

*Meu pré-natal foi uma porcaria. Não gostei, não fui acompanhada. Eu esperava mais atenção, mais acompanhamento, mais explicação por eu ser mãezinha de primeira viagem. (Y.T.S. 19 anos)*

*Lá eles não conversam não, você pesa, mede, só. Você entra lá, eles vão, examina, vê a barriga, vê tudo. Só isso. Conversa só se tiver passando mal, sentindo alguma coisa. Tem vez que eles abrem uma exceção, tem vez que não. (R.S.S. 20 anos)*

Além da falta de confiança e de vínculo com a paciente, a fragilidade na ética profissional e as orientações pouco precisas também podem influenciar nas condições psicoemocionais da gestante, levando ao sofrimento e sentimento de impotência, conforme acrescentado por esta participante:

*Ele falou que era bolsa rota. [...] Ai ele falou: Você perdeu seu bebê, porque aqui não tem condições. Eu vou te transferir pro HMIB, vou colocar você lá, mas eu to te falando pra não enganar. [...] Ai eu fiquei chorando, chorando, chorando. Ai a moça me chamou lá dentro e falou a mesma coisa: [...] que não tinha chance nenhuma. Ai eu enlouqueci. Chegou lá e fizeram a cesárea, e o menino nasceu vivo. (F.L.S. 19 anos)*

Estas demandas estão relacionadas não somente às necessidades emocionais, mas também físicas, pois a falta de diálogo, de orientações adequadas e comunicação efetiva podem trazer riscos à saúde da mulher e de seu bebê. Isso foi evidenciado no caso de uma das puérperas que foi contaminada pela toxoplasmose na gestação mesmo após a identificação de susceptibilidade em exame anterior: “Eu não sabia como contraía a doença, eu não fui orientada a esses cuidados. Eles

nunca nem tinham me falado a respeito da toxoplasmose” (M.A.F.G. 41 anos).

Acrescida às falhas acerca das orientações gerais de promoção à saúde, a própria prevenção das infecções comuns à gestação também foi evidenciada neste estudo. De todas as puérperas entrevistadas, 83,3% (n=25) tiveram intercorrências na gestação, sendo as infecções do trato genitourinário o problema mais mencionado, com 56,7% (n=17) dos casos. A Infecção do Trato Urinário (ITU) é o problema urinário mais comum da gestação e é a segunda maior causa de morbidade materna, agravando tanto o prognóstico materno quanto o perinatal<sup>9</sup>. Neste estudo, 41,9% (n=13) dos RNs apresentaram infecção ou sepse, o que mostram os possíveis desfechos negativos das infecções genitourinárias maternas e sua relação com o tratamento inadequado, seja pela falta de adesão materna ou pela condução terapêutica e controle inapropriados do profissional.

Isto está de acordo outros estudos<sup>9,13</sup>, que afirmam que a ITU está associada às complicações como abortamento, rotura prematura de membranas, parto prematuro, sepse materna e neonatal, como também baixo peso. No caso deste estudo, este último agravo foi encontrado em 51,6% (n=16) dos RNs. E em relação ao tratamento destas infecções maternas, a falta de orientação e do controle profissional foi novamente determinante para o desfecho negativo na gestação. Muitas entrevistadas justificaram a não adesão ao tratamento indicado por medo de prejudicar o feto:

*Foi através da infecção de urina que ele nasceu fora da hora, por causa da infecção ele nasceu prematuro. Eu não tomei [a medicação] porque achei que podia prejudicar a criança e não ia adiantar nada também, porque toda vez que eu tomava o remédio pra infecção nunca adiantava nada. (E.M.S. 18 anos)*

*Ele [o profissional] até chegou a passar uma pomada, mas eu nem cheguei a usar. Tem que colocar com o tubinho, né? Ai eu fiquei com medo de usar. (S.S.S., 28 anos)*

A relação risco-benefício do uso das medicações confunde as futuras mães que estão preocupadas com a segurança de seus filhos<sup>13</sup>. A falta de orientações do profissional quanto aos riscos do tratamento inadequado das infecções, a falta de acompanhamento dessa gestante no tratamento, somado aos tabus da antibioticoterapia e aplicação de medicações intravaginais na gestação, resultam em tratamento ineficaz e conseqüentemente em maior vulnerabilidade aos agravos na gestação, como encontrado neste estudo.

Além dos exames laboratoriais de rotina do pré-natal com objetivos de detectar e tratar as infecções, como o exame de Urina Tipo 1 e sorologia para Toxoplasmose, a avaliação física e obstétrica minuciosa é imprescindível para a manutenção da saúde materno-fetal, prevenção de patologias e tratamento oportuno. Durante a avaliação obstétrica deve-se realizar a avaliação da vitalidade fetal, que dentre os principais métodos pode-se citar: a verificação da frequência cardíaca fetal (FCF) e o registro diário da movimentação fetal (mobilograma), realizado pela gestante<sup>1</sup>.

Verificou-se que no pré-natal, a ausculta dos batimentos cardíacos fetais foi pouco valorizada

e muitas anotações no cartão mostraram somente se estavam presentes ou não com símbolos de positivo ou negativo, o que se pode concluir que a avaliação correta da vitalidade fetal não era realizada. Uma participante referiu esta percepção da falta de avaliação fetal:

*Ela [a profissional] ouvia o coração do bebê, mas não era toda vez que ela ouvia não. [...] Ai até o enfermeiro passou um 'liquidozinho', colocou um negócio no ouvido dele assim... E ficou [...] tentando achar ele [o batimento cardíaco fetal], né! Ai eu até achei estranho [...], a doutora nunca fez isso. (K.F.S. 19 anos)*

Da mesma forma, apenas 6,7% (n=2) das mulheres entrevistadas referiram terem sido orientadas sobre o controle dos movimentos fetais (mobilograma), sendo que uma delas ainda foi orientada de forma errônea, e a outra foi orientada por enfermeira. De acordo com o Ministério da Saúde, a presença de movimentos fetais ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal. Este controle é realizado pela gestante, é simples, sem contra-indicações e de baixo custo<sup>1</sup>. A alteração deste teste serve como sinal de alerta e a busca precoce dos serviços de saúde pode ser determinante nos desfechos perinatais. Este dado mostrou grande falha nas orientações durante as consultas de pré-natal, convergindo com a percepção da grande maioria das mulheres entrevistadas.

### **Assistência ao parto**

Após toda a jornada do pré-natal, a gestante ainda não está livre dos riscos. A vigilância materna e fetal deve continuar durante as internações hospitalares e durante o trabalho de parto. Neste estudo, a dificuldade de acesso (tempo de chegada ao posto de saúde ou hospital) foi encontrada em 19% (n=6) das mulheres, que até justificaram o baixo número de consultas de pré-natal: “Eu ia a pé, demorava uma hora mais ou menos, era bem longe. Eu fiz só as duas primeiras consultas.” (R.S.S. 20 anos).

Foi encontrado também elevado tempo de espera para o atendimento hospitalar, referido como falha da assistência e do serviço: “Eu cheguei aqui domingo 11 horas da manhã, o médico não tava atendendo. Eu consegui ser atendida 8 horas da noite, sentindo dor, sem ser atendida porque não tinha médico”. (M.G.M. 17 anos). O tempo de chegada ao hospital é influenciado também pela falta de orientação à gestante em relação ao seu hospital de referência, como mostrado nesta fala:

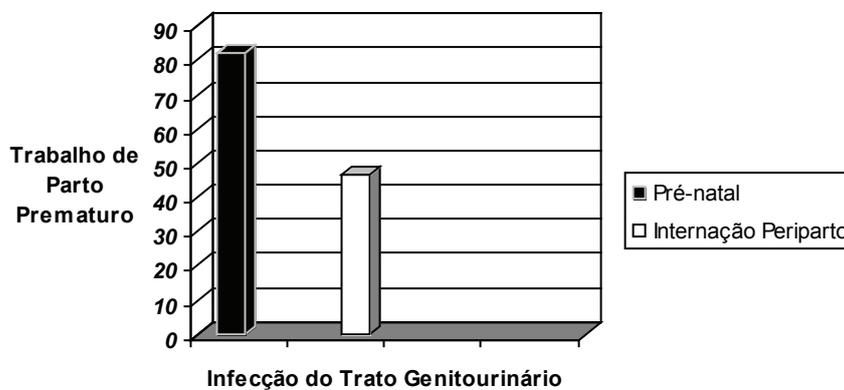
*Na sexta eu fui no hospital (...) ai o medico falou que já tava escorrendo o líquido, ai ele falou que não ia me internar porque não tinha UTI neonatal. Nesse dia eu tinha ido de ônibus, ai ele pegou e falou pra eu voltar pra casa ou então que eu (...) procurasse outro hospital. Mas ai não tinha condições de procurar um hospital escorrendo aquele líquido e pegar o ônibus só. Se eu tivesse perdido meu bebê, se tivesse nascido morto, então a falha também é do serviço. (D.S.S.R. 22 anos)*

A falta de orientação do sistema de referência e contra-referência, a falta do funcionamento do serviço de saúde em rede, acrescidas à dificuldade de acesso resultam em maior peregrinação da

gestante no período periparto e conseqüentemente aumentam os riscos para os agravos maternos e perinatais.

No período periparto, 93,3% (n=28) das participantes apresentaram algum tipo de agravo materno, entre os mais freqüentes as alterações do Líquido Amniótico (oligodrâmnia, polidrâmnia, adrâmnia e amiorrexe prematura) em 50% (n=15) dos casos e o Trabalho de Parto Prematuro, também em 50% (n=15) dos casos. O Gráfico 2 traz as relações das infecções do trato genitourinário (ITGU) com o trabalho de parto prematuro.

**Gráfico 2:** Infecções do Trato Genitourinário (ITGU) diagnosticadas no pré-natal e no período periparto em relação à ocorrência do agravo Trabalho de Parto Prematuro.



Cabe também aqui destacar que, das mulheres que apresentaram ITGU na internação hospitalar no período periparto, 71,4% (n=5) já haviam apresentado a infecção durante o pré-natal, reforçando as falhas da assistência. Estes agravos maternos estão relacionados diretamente com os agravos perinatais encontrados também neste trabalho, como a prematuridade, que chegou a freqüência de 74% (n=23) dos casos. Isto está de acordo com Silva, que encontrou relação entre as infecções genitourinárias e a prematuridade<sup>14</sup>.

Desta forma, como é elevado o número de parturientes com algum tipo de agravo, é necessário que os profissionais de enfermagem também contribuam para a vigilância da saúde materno-fetal. Porém, ao analisar os prontuários das participantes, verificaram-se poucos registros de avaliações realizadas por enfermeiros (16,6%), sendo a maioria realizada pelos profissionais médicos (93,3%). Encontraram-se também registros realizados por internos de enfermagem (13,3%), residentes de enfermagem (13,3%) e apenas 3,3% (n=1) por *staff* de enfermagem (enfermeira assistencial). Questiona-se, portanto, a atuação dos enfermeiros, já que este Centro Obstétrico conta com a presença de enfermeiras especialistas em Obstetrícia, enfermeiras residentes e internos de enfermagem.

No serviço em questão, evidencia-se uma dicotomia na atuação das enfermeiras especialistas e generalistas que desenvolvem duas vertentes em suas atividades: a de cuidado e a de gestão/

administração<sup>15</sup>. Entretanto, atualmente, as atividades das enfermeiras focam a atividade de administração, talvez porque este centro obstétrico conte com um quadro reduzido de enfermeiros que devem atender toda a demanda de serviço da unidade, ficando estes profissionais na maior parte do tempo sobrecarregados. Esta ruptura interfere na definição de papel do enfermeiro, e a assistência de enfermagem à saúde materno-fetal acaba prejudicada em detrimento do gerenciamento do serviço.

As parturientes também recebem assistência e vigilância das residentes de enfermagem, porém com foco nas gestantes de baixo risco. No entanto, na maior parte das vezes as parturientes de risco recebem assistência apenas dos médicos, muitos deles residentes, ficando as mesmas com o cuidado de enfermagem comprometido, principalmente na prevenção e identificação precoce dos agravos. Como afirma Cabral, a atenção deve estar voltada para a frequência de urgências e emergências materno-fetais através da vigilância, tendo em vista que a intervenção dos profissionais de enfermagem contribui para a redução dos índices de agravos maternos e perinatais<sup>16</sup>.

Devido a este grande déficit de avaliações de enfermagem, das parturientes internadas no centro obstétrico, 80% (n=24), em algum momento, ficaram sem avaliação da ausculta dos batimentos cardíacos fetais por mais de sessenta minutos, sendo que o restante (20%) realizou o parto num menor intervalo de tempo. Segundo o Ministério da Saúde, mesmo a gestação de baixo risco não prescinde do controle periódico da FCF, devendo este controle ser realizado a cada 60 minutos na fase latente do trabalho de parto e no início da fase ativa, reduzindo-se esse intervalo para 30 minutos conforme progride a fase ativa<sup>1</sup>. A avaliação da vitalidade fetal (parâmetros específicos) também foi realizada em apenas 6,7 % das pacientes. Estes resultados mostram a fragilidade do serviço em relação à vigilância materno-fetal nos momentos críticos do processo parturitivo.

A falta de vigilância no período periparto está intrinsecamente relacionada aos agravos perinatais como asfixia, sofrimento fetal agudo, lesões fetais e também com necessidades de manobras de reanimação e cuidados intensivos ao RN, como encontrado neste trabalho. Esta falha fica evidente quando os desfechos perinatais desfavoráveis ocorrem em RN de termo (RNT). A Tabela 1 mostra a relação do índice de Apgar menor que 7, da Asfixia Perinatal, do Desconforto Respiratório e das necessidades de Manobras de Reanimação com os RNs de termo e de pré-termos.

**Tabela 1:** Classificação do recém-nascido (RN) (pré-termo ou termo) em relação ao Índice de Apgar menor que 7, Asfixia Perinatal, Desconforto Respiratório (DR) e necessidades de Manobras de Reanimação.

Classificação do RN Total	Apgar < 7		Asfixia Perinatal		DR		Manobras de reanimação	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pré-termo 100	14	60,8	2	8,6	16	69,5	18	78,2
Termo 100	5	62,5	4	50	6	75	8	100

Em relação à assistência no pré-natal, estes mesmos RNT também são filhos de mães que realizaram menos que seis consultas de pré-natal (62,5%), com início tardio (50%), como já mencionado anteriormente. Estes dados são preocupantes, pois ocorreram entre os RNs de gestações de baixo risco que teriam, a priori, menor probabilidade de complicações e agravos. Estes agravos são considerados evitáveis pela adequada assistência ao pré-natal e ao parto, através da vigilância materno-fetal e da assistência de qualidade. Isto se configura em um grave problema de saúde pública, destacando-se a Asfixia Perinatal, que é ainda a maior responsável pela morbidade em longo prazo para os recém-nascidos a termo<sup>17</sup>.

Outra falha importante na assistência hospitalar, além da avaliação da vitalidade fetal, é a falta de registros em Partograma da evolução do trabalho de parto em 100% das pacientes. Isso vai de encontro com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que determina como obrigatória a utilização do instrumento em todas as maternidades públicas e privadas do país para melhorar a qualidade da assistência e evitar agravos à saúde da mulher e do RN. O uso desta ferramenta também é reforçado pela estratégia Rede Cegonha, pacto de proteção materno-infantil, aprovado em 2011<sup>18,19</sup>.

Tanto o intervalo de avaliação fetal maior que o recomendado e a falta de registro da evolução do trabalho de parto em partograma evidenciam a negligência do profissional, trazendo prejuízos diretos à mulher e ao feto/neonato. Estas falhas também podem estar relacionadas com os agravos perinatais encontrados no trabalho. Setenta e cinco por cento dos RNT necessitaram de Ventilação com Pressão Positiva ao nascer. Sabe-se que a maioria dos RNT nasce com boa vitalidade, e o risco de haver necessidade de procedimentos de reanimação é maior quanto menor a IG e o peso ao nascer<sup>7</sup>. Isto reafirma as prováveis falhas do cuidado profissional.

É considerada também falha do cuidado profissional, se durante a assistência prestada ao parto, o estudante (residente/interno) encontra-se sem o acompanhamento do preceptor ou *staff*. Este acompanhamento é essencial para o processo de aprendizagem, para a segurança da paciente e

para a qualidade da assistência. Neste estudo, encontrou-se este acompanhamento em apenas 15% dos partos normais realizados pelos médicos residentes. A ausência do profissional especializado durante o parto implica em riscos e na identificação destes, que estão presentes principalmente no período expulsivo. Este momento é crítico pelos riscos inerentes à compressão do pólo cefálico fetal no canal do parto e pela à diminuição da circulação uteroplacentária devido às contrações uterinas<sup>18</sup>. E por isso, a tomada de condutas oportunas por um profissional experiente é determinante para evitar a incidência dos agravos perinatais, como a hipóxia e a asfixia perinatal<sup>18</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos casos analisados, vinte e cinco (80,6%) recém-nascidos receberam alta hospitalar, cinco (16,1%) evoluíram para óbito e um ainda está internado na UTIN. De acordo com os resultados encontrados neste trabalho, estes óbitos poderiam ter sido evitados com qualificada assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Os indicadores e as percepções das entrevistadas mostraram falhas importantes que devem ser urgentemente trabalhadas pelos gestores. Destacou-se nesse estudo a ocorrência de agravos perinatais em filhos de mães com perfil sócio-demográfico estável e também em recém-nascidos a termo. Esta pesquisa pode oferecer subsídios para a melhoria da assistência materno-fetal, e, portanto, recomenda-se, além de novos estudos:

- Para os profissionais da Atenção Básica: Proporcionar a captação precoce das gestantes para o pré-natal por meio de visitas domiciliares e divulgação na mídia; organizar o processo de trabalho para atendimento sob livre demanda das pacientes que procuram a unidade de saúde, garantir o atendimento evitando remarcações e longo tempo de espera para o atendimento; solicitar os exames necessários e garantir a realização dos mesmos e acesso aos resultados, prestar assistência de acordo com protocolos operacionais e técnicos institucionais, prezando pelo estabelecimento de vínculo com a gestante e aprimoramento das relações, pela integralidade das orientações, pelo estímulo da participação ativa da gestante e da família nas tomadas de decisões e nas propostas terapêuticas; garantir a atenção em rede, orientar sobre os serviços de referência e contra-referência.
- Para os Gestores: Ampliar a cobertura da Atenção Básica; garantir a integralidade da assistência, estimular e fiscalizar o uso do Partograma; capacitar os profissionais, qualificar a escuta dos profissionais; elaborar e otimizar os protocolos assistenciais com revisões e discussão sistemática; favorecer a atuação do enfermeiro especialista na assistência direta às pacientes; realizar a contratação mais de profissionais para o centro obstétrico.
- Para os profissionais do Centro Obstétrico: Realizar ostensiva vigilância materno-fetal e avaliação de todos os parâmetros da vitalidade fetal com maior frequência; utilizar o Partograma para avaliar a evolução do trabalho de parto, identificando precocemente desvios e tomando condutas oportunas e efetivas; realizar discussão multidisciplinar dos casos das pacientes; promover o cuidado integral e humanizado favorecendo a atuação das

enfermeiras obstetras na assistência às pacientes.

- Equipe de enfermagem (enfermeiros generalistas, obstetras e residentes): Realizar avaliação periódica das pacientes de baixo e alto risco e cuidados de enfermagem utilizando o processo de enfermagem; discutir e refletir sobre o papel do enfermeiro no centro obstétrico; realizar registros de procedimentos e avaliações; realizar controle dos indicadores de saúde para análise da assistência prestada e estabelecer estratégias em equipe para melhorar a qualidade desta atenção.

## REFERÊNCIAS BIBLIOÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. Rev Saúde Pública ;36(6):759-72. 2002.
3. França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. 2008. In: Rede interagencial de informação para a saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 83-112. 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
5. Unicef. Indicadores básicos de saúde - Situação mundial da infância. [Internet]. 2009. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/sowc2011/tab1.html>>. Acesso em: 01 set 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Departamento de Informática do SUS. Indicadores de mortalidade. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/matriz.htm#mort>> Acesso em: 07 out 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
8. GDF (Governo do Distrito Federal), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2012. Disponibiliza informações sobre o Hospital Materno Infantil de Brasília. [Internet]. Disponível em: <[http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD\\_CHAVE=168520](http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=168520)>. Acesso em: 27 set. 2012.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

10. Nobre JLL, Figueredo MB. Maternidade na adolescência: alguns fatores de risco para a mortalidade fetal e infantil em uma maternidade pública de São Luís, Maranhão. *Rev Pesq Saúde*,11(2): 39-43, maio-ago, 2010.

11. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304.

12. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S20-S33, 2004.

13. Fiol FSD, Gerenutti M, Groppo FC. Terapêutica antimicrobiana durante a gestação. *RBM*, 3(64): 111-119, mar 2007.

14. Silva AMR, Almeida MF, Matsuo T, Soares DA. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2125-2138, outubro, 2009.

15. Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.1 no.1 Ribeirão Preto Jan. 1993

16. Cabral RWLC, Medeiros AL, Pinto LNMR, Durier IS. Atuação do enfermeiro nas intercorrências e complicações obstétricas durante o trabalho de parto e nascimento. I Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal; julho 2011; Belo Horizonte, Brasil. João Pessoa: Abenfo; 2011. 708-727.

17. Campos NG. Prevalência de asfixia perinatal e fatores associados em Fortaleza-Ceará. [dissertação] Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2010. 91 p.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

19. Brasil, Ministério da Saúde. CONASS. Rede Materno Infantil - Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Artigo apresentado em 06-06-14

Artigo aprovado em 09-07-14

Artigo publicado no sistema em 28-12-14