



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS -GRADUAÇÃO VRPP
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC**

**LUTO POR MORTE PERINATAL: SENTIMENTOS DE MÃES
E PROFISSIONAIS EM HOSPITAL PÚBLICO NO NORDESTE
BRASILEIRO**

MÁRCIA JANE LOPES DIAS VIEIRA

FORTALEZA – CE

2014

MÁRCIA JANE LOPES DIAS VIEIRA

**LUTO POR MORTE PERINATAL: SENTIMENTOS DE MÃES
E PROFISSIONAIS EM HOSPITAL PÚBLICO NO NORDESTE
BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marilyn Kay Nations, PhD

Fortaleza – CE

2014

V658I Vieira, Márcia Jane Lopes Dias.

Luto por morte perinatal: sentimentos de mães e profissionais em hospital público no nordeste brasileiro / Márcia Jane Lopes Dias Vieira. - 2014.
64 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2014.

“Orientação: Profa. Dra. Marilyn Kay Nations.”

1. Morte perinatal. 2. Luto – Aspectos psicológicos. 3. Profissionais da saúde.
4. Hospitais públicos – Fortaleza (CE). I. Nations, Marilyn Kay. II. Título.

CDU 618.333

MÁRCIA JANE LOPES DIAS VIEIRA

LUTO POR MORTE PERINATAL: SENTIMENTOS DE MÃES E PROFISSIONAIS EM
HOSPITAL PÚBLICO NO NORDESTE BRASILEIRO

Grupo de Pesquisa: Cultura e Humanização do Cuidado.

Linha de Pesquisa: Cultura e Humanização em Saúde.

Núcleo Temático:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Marilyn Kay Nations – Orientadora
Professora of Medical Anthropology Faculty Research Associate
Docente Titular do Mestrado em Saúde Coletiva – UNIFOR

Prof.^a Dr.^a Mirna Albuquerque Frota
Docente Titular do Mestrado em Saúde Coletiva - UNIFOR

Prof.^a Dr.^a. Ângela Maria Alves e Souza
Docente Titular do Departamento de Enfermagem da UFC

Aprovado em 21/01/2014

“COMO ENCARAR A MORTE

De longe

*Quatro bem-te-vis levam nos bicos
o batel de ouro e lápis-lazúli, e
pousando-o sobre uma acácia
cantam o canto costumeiro.*

*O barco lá fica banhado de brisa
aveludada, açúcar, e os bem-te-
vis, já esquecidos de perpassar,
dormem no espaço.*

À meia distância

*Claridade infusa na sombra, treva
implícita na claridade? Quem ousa
dizer o que viu se não viu a não
ser em sonho?*

*Mas insones tornamos a vê-lo e um
vago arrepio vara a mais íntima
pele do homem. A superfície jaz
tranquila.*

De lado

*Sente-se já, não a figura, passos
na areia, pés incertos, avançando
e deixando ver um certo cogito de
sandálias.*

*Salvo o rosto ou contorno
explícito, como saber que nos
procura o viajante sem
identidade? Algum ponto em nós
se recusa.*

De dentro

*Agora não se esconde mais.
Apresenta-se, corpo inteiro, se
merece nome de corpo o gás de um
estado indefinível.*

*Seu interior mostra-se aberto.
Promete riquezas, prêmios, mas
eis que falta curiosidade, e todo
ferrão de desejo.*

Sem vista

*Singular, sentir não sentindo ou
sentimento inexpressão de si
mesmo, em vaso coberto de resina
e lótus e sons.*

*Nem viajar nem estar quedo em
lugar algum do mundo, só o não
saber que afinal se sabe e, mais
sabido, mais se ignora.”*

Carlos Drumond de Andrade

AGRADECIMENTOS

Em especial a Deus, por me dar forças, iluminando minha vida familiar e minha trajetória profissional;

Aos meus pais, Francisco e Lindalva, pelo convívio diário e o apoio nas situações difíceis;

Aos meus familiares, em especial à minha tia Ester Bezerra Minervino (*in memoriam*) pelo carinho e apoio à minha trajetória educacional;

Ao Wilson, meu esposo, pelo apoio à minha pesquisa e pela paciência ao longo da nossa convivência;

Às minhas filhas, que trilharam o caminho profissional do cuidar em saúde;

À 8ª turma do Mestrado de Saúde Coletiva da UNIFOR, com a qual tive oportunidade de crescimento pessoal e intelectual;

Ao corpo docente do Mestrado de Saúde Coletiva da UNIFOR, pelo incentivo ao crescimento científico e intelectual;

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Marilyn Kay Nations, pela acolhida ao Grupo de Pesquisa e orientações para efetivação da dissertação;

A todos os integrantes do Grupo de Pesquisa de Humanização que colaboraram para o meu avanço intelectual e me incentivaram na caminhada;

Aos profissionais que aceitaram o convite para participar da pesquisa por considerar importante o repensar da prática profissional e a construção de conhecimentos referentes ao campo da saúde;

Às mulheres puérperas que se despiram dos seus sentimentos de luto e perdas momentaneamente a eles renunciaram, no intuito de contribuir para o repensar das políticas públicas e de forma específica da saúde materno-infantil.

RESUMO

O presente trabalho aborda a morte perinatal, evidenciando o sofrimento de mães que perderam seus filhos precocemente em salas de parto, centros cirúrgicos e UTI Neonatais em hospital público no nordeste brasileiro. A morte perinatal constitui fenômeno vivenciado com frequência no cotidiano hospitalar, no entanto, despercebido dos grandes debates promovidos por profissionais de saúde. A referida pesquisa objetivou investigar os múltiplos olhares dos profissionais de saúde e familiares no que se refere à morte perinatal em hospital público do município de Fortaleza. Descreveu ainda, os sentimentos das mães enlutadas ao ver padecer o filho amado. Estudo qualitativo realizado em hospital público de Fortaleza, CE, em 2014. OS dados foram coletados por meio das entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe hospitalar com intervenção neste campo e narrativas com as referidas mães. Utilizaram-se a observação participante. Para análise dos dados aplicaram-se o método de BARDIN (2011) Análise de Conteúdo. Constataram-se sofrimentos impactantes referentes às mães que choraram a morte dos seus bebês, pelos seguintes motivos: fim de um sonho, a culpa da mãe por não ter cuidado da sua saúde e uma profunda tristeza. Ressalta-se o conhecimento das experiências dos profissionais de Saúde acerca da morte perinatal. Os profissionais de saúde expressaram seus sentimentos e reações diante da morte: o medo, a empatia com os familiares, a construção de vínculos, a indignação por menos-valia do corpo, a impotência diante das questões estruturais e ruídos na comunicação.

Palavras Chaves: Morte perinatal; Luto materno; Comunicação dos profissionais.

ABSTRACT

This study addresses the perinatal, highlighting the suffering of mothers whose children died early in delivery rooms, operating rooms and Neonatal ICU in a public hospital death in northeast of Brazil. Perinatal death is an often phenomenon experienced in the hospital routine, however, overlooked the great debates promoted by health professionals. This research aimed to investigate the multiple perspectives of health professionals and family in relation to perinatal death in a public hospital in Fortaleza. Also described the feelings of mothers in mourning when they saw the suffer the beloved son. Qualitative study performed in a public hospital of Fortaleza, in 2014. Data were collected through semi-structured interviews with hospital staff with intervention in this field and narratives with mothers. It was used participant observation. For data analysis it was applied Bardin's method (2011) content analysis. It was found impactful suffering of mothers whom mourned the death of their babies for the following reasons: end of a dream, mother's fault for not taking care of her health and deep sadness. The professionals expressed their feelings and reactions to death: fear, empathy with family, building links, and indignation by capital loss from the body, impotence in the face of structural and noise in communication.

Key Words: Perinatal death. Maternal grief. Communication of professionals.

LISTA DE SIGLAS

DST	Doença sexualmente transmissível
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FM	Feto Morto
GINI	Instrumento para Medir o Grau de Concentração de Renda
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NUVE	Núcleo de Vigilância Epidemiológica
NUIAS	Núcleo de Informação e Avaliação de Saúde
ODM	Objetivo do Desenvolvimento Mundial
PNH	Política Nacional de Humanização
RN	Recém-nascido
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
SIM	Sistema de Mortalidade Infantil
SUS	Sistema Único de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UCINco	Unidade Intensiva Neonatal Convencional

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS PARA O ESTUDO DA MORTE PERINATAL EM HOSPITAL PÚBLICO DE FOTALEZA-CEARÁ, NORDESTE BRASILEIRO.	13
1.1 A morte como fenômeno social	13
1.2 A cultura.....	19
1.3 Paradigmas: biomédico e holístico	20
1.4 Desigualdades sociais	23
1.5 Políticas públicas e humanização do cuidado	27
2 OBJETIVOS	33
2.1 Geral.....	33
2.2 Específicos	33
3 DESENHO METODOLÓGICO.....	34
3.1 Natureza do estudo.....	34
3.2 Campo de investigação	35
3.3 Obtenção e registro das informações	36
3.3.1 Entrevista semiestruturada	36
3.3.2 Observação participante	38
4 NARATIVAS: Histórias de Vida e Teia de comunicação dos profissionais de saúde.....	40
4.1 Chorando a morte do seu bebê.....	40
4.1.1 Mafalda: o fim do sonho	40
4.1.2 Sofia: Eu devia ter feito.....	41
4.1.3 Dona Benilda: Minha tristeza.....	42
4.2 Teia de comunicação dos profissionais sobre a morte perinatal.....	42
4.3 Novo arranjo hospitalar para comunicação de más notícias.....	47
4.3.1 Burocracia para sepultamento	48
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE	61
ANEXO	63

INTRODUÇÃO

Na qualidade de assistente social que atua em Unidade de Obstetrícia de Hospital Terciário de Fortaleza, como profissional que produz o cuidado em saúde, este evidado é carregado de sentimentos inerentes à experiência humana.

Trabalho há três anos em unidade de obstetrícia de hospital do Sistema Único de Saúde (SUS), e ali vejo a morte perinatal com o olhar técnico e humano. Esta unidade é referência em parto de alto risco e percebo diariamente o sofrimento das mães e familiares que perdem seus filhos. Minhas inquietações surgiram a partir das observações das fragilidades emocionais destas mães por vezes impossibilitadas de compartilhar essa dor com familiares e demais integrantes da sua rede social. A solidão e a dor são vivenciadas em silêncio.

Por sua vez, os profissionais têm uma sobrecarga de trabalho além da capacidade do atendimento institucional. Em decorrência, sobretudo da falta de organização da Rede de Atenção à Saúde da Mulher, como também da falta de capacitação destes para trabalhar o luto materno.

Nesta perspectiva desenvolvo ações cotidianas de escuta qualificada, articulação da rede social e familiar da mãe enlutada e orientações para o sepultamento do bebê.

Diante das constatações, elegeu-se um campo de pesquisa baseado nos dados epidemiológicos da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Referidos dados propiciaram investigar um hospital maternidade no qual não trabalho, permitindo gerar um menor viés para o trabalho de pesquisa.

Conforme acredito, referida pesquisa contribuirá também para uma maior reflexão e repensar da minha prática profissional. Nesta perspectiva foram envidados esforços para construção de objeto de investigação que pudesse dar conta da complexidade da perda de um filho, impactando em sofrimentos, crivando marcas nos familiares, as quais, certamente, levarão tempo para cicatrizar.

Construir um objeto científico é, sobretudo, romper com o senso comum. Quer dizer, com representações partilhadas por todos, quer se trate dos simples lugares comuns da existência vulgar, quer se trate das representações oficiais, frequentemente inscritas nas instituições, logo, ao mesmo tempo na objetividade das organizações sociais e nos cérebros (BOURDIEU, 2000, p. 34).

O início desta pesquisa foi marcado por grande expectativa por parte da pesquisadora somada a momentos de apreensão advindos do curto espaço de tempo para a sua realização.

Logo nos primeiros contatos, percebeu-se que o contexto vivenciado, na instituição em estudo, era de reivindicação dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e melhoria salarial.

Tais agendas são consideradas importantes para os seguimentos envolvidos e, conseqüentemente, têm repercussões na qualidade dos serviços prestados à população usuária do Sistema Único de Saúde.

Este cenário de organização dos trabalhadores em prol de melhorias e valorização possibilitou refletir sobre as condições de vida da população em situação de exclusão advinda das desigualdades sociais do sistema econômico vigente. E, de forma específica, a condição de vulnerabilidade das mulheres gestantes em busca do acesso à saúde. Nesta perspectiva, para iniciar o estudo, procurou-se encorajar-se diante das barreiras por ventura encontradas no decorrer desta investigação.

Os primeiros momentos foram difíceis para a pesquisadora, sobretudo por não conhecer o cenário institucional. Neste percurso, sobressaiu o acolhimento da equipe do Serviço Social ao trabalho da pesquisadora e demais funcionários contatados.

A morte perinatal requer da equipe multiprofissional um olhar multifacetado visto significar hoje, para o Brasil, um gravíssimo problema de saúde com determinantes sociopolíticos. Conforme dados do Ministério da Saúde, apesar do decréscimo nas taxas de mortalidade no país, a morte perinatal representa ainda as maiores taxas em termos de mortalidade infantil.

Como divulgado, os maiores problemas da mortalidade infantil estão localizados na faixa etária de crianças com menos de sete dias de vida, que vão a óbito por causas na maioria associadas com a falta de acesso aos serviços de saúde de qualidade (BRASIL, 2009).

Nos tempos atuais é possível associar referido fenômeno às desigualdades sociais, sobretudo, às desigualdades regionais e, de forma específica, nas regiões Norte e Nordeste, onde se identificam indicadores sofríveis, como nível de renda, saúde, educação e outros. Trata-se de problemas influenciados pela falta de acesso aos direitos sociais (BRASIL, 2009).

Só recentemente a sociedade brasileira reconhece os direitos sociais. Estes emergem a partir da Constituição de 1988, ao elevar a um novo *status* as políticas sociais tal como a Seguridade Social por meio do tripé saúde, assistência social e previdência social (CARVALHO, 2009).

Cabe aqui mencionar a existência de políticas de saúde em resposta aos determinantes sociais, no entanto insuficientes para reverter referidas questões em curto prazo. Ressalta-se a importância, em particular, da saúde coletiva em assumir estudos e debates sobre a temática da morte, tendo em vista a realidade presente, marcada por óbito, trauma e sofrimento dos pais.

A produção teórica do cuidar do processo de morrer tem sido: negligenciada nos estudos, nas pesquisas e na formação dos profissionais de saúde. Segundo se questiona no campo da saúde coletiva, que é marcada pela promoção da vida e prevenção das doenças, a ideia de finitude e morte costuma aparecer como contradição à fantasia da imortalidade. (MINAYO, 2013, p. 1).

Consoante se espera, as questões delineadas por meio das pesquisas qualitativas terão rebatimentos no repensar da prática profissional e do SUS.

Os temas discutidos nesta dissertação foram organizados da seguinte forma: após a introdução passa-se aos pressupostos teóricos para o estudo da morte perinatal em hospital público de Fortaleza-Ceará, Nordeste brasileiro. A seguir, vêm os objetivos. Em continuidade, apresentam-se a metodologia adotada; também se expõem os resultados e discussão da pesquisa, as propostas para humanização do acolhimento aos familiares e, por fim, as considerações finais.

1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS PARA O ESTUDO DA MORTE PERINATAL EM HOSPITAL PÚBLICO DE FOTALEZA-CEARÁ, NORDESTE BRASILEIRO.

Consoante os pressupostos teóricos, elegeram-se cinco categorias teóricas para aprofundamento do conhecimento e análise do tema pesquisado: a morte, a cultura, paradigmas; biomédico e holístico, desigualdades sociais, políticas públicas e humanização do cuidado em saúde. Inicialmente será abordado o conceito de morte como fenômeno social.

1.1 A morte como fenômeno social

No cenário de pós-modernidade, esse fenômeno tem sido negligenciado por produções científicas, nas pesquisas e nas formações dos profissionais de saúde.

Por toda a história, a morte é compreendida como um evento social fundante da humanidade em cada cultura, compreendida como universo de símbolos e significados que permite os sujeitos de um grupo ou sociedade interpretar culturalmente suas experiências e guiar suas ações, rituais, de luto [...] tem permitido a integração da morte, a transformação dos sobreviventes e a continuidade da vida dos seres humanos (GIACOMIN, 2013, p.1).

Outrora, ao longo da Idade Média até a metade do século XIX, a morte ocorria em espaço privado, no seio familiar, e os rituais do luto permitiam aos parentes próximos afastar-se do espaço público para vivenciar o luto. Porém, com as transformações sociais, lentamente estes costumes foram dissocializados (ARIES, 2003).

À medida que as sociedades se industrializavam, a morte se afastava cada vez mais da cotidianidade, tratava-se da “morte interdita”. No século XIX, a morte tornou-se, efetivamente, objeto de interdição, representando um evento marcado, por emoção explícita, choros, súplicas e gesticulações (ARIES, 2003, p.15).

Aos poucos seus rituais foram marcados, sobretudo, por comportamento de recolhimento familiar, ausências às manifestações públicas e caracterização das vestimentas onde se identificava o luto na cor preta, alinhando-se o sombrio da roupa com a tristeza da alma.

De acordo com Aries (2003, p.15):

No século XIX, as imagens da morte foram cada vez mais raras, desaparecendo completamente, no decorrer do século XX. O silêncio que, a partir de então, se estendeu sobre a morte, significou que esta rompeu seus grilhões e se tornou uma força selvagem e incompreensível.

No tangente à morte perinatal constituiu fenômeno vivenciado com frequência no cotidiano hospitalar, no entanto, despercebido dos grandes debates promovidos por profissionais de saúde.

Cabe ressaltar a importância da saúde coletiva em assumir essa temática da morte e finitude, tendo em vista tratar-se de uma dimensão da vida como expressão da totalidade biológica, psicológica, social, cultural, política e espiritual.

Deste modo, o fenômeno da morte foi dimensionado por ARIÉS (2003, p.15), em três grandes questões:

A ocultação da morte e o seu banimento da sociedade - tudo ocorre como se a morte não existisse e tal ideia é veiculada pelos meios de comunicação de massa; a transferência para o hospital, onde a morte é escondida; e, por fim, a extinção do luto.

A pesquisadora Kubler-Ross é citada como uma das autoras que mais escreveram sobre as questões da terminalidade e da vida. Seu **livro Question and Answers on death and dying**, publicado em 1974, aborda a relevância da equipe multiprofissional na comunicação de más notícias, o respeito à autonomia dos pacientes e a participação da família no tratamento do paciente. Apesar da contribuição no campo científico despertou polêmicas no campo metodológico.

Para maior aprofundamento do tema em discussão buscaram-se as principais bases de dados em saúde (BVS, EBSCO Host, periódicos Capes, BDTD_ IBICT e Scholar), encontraram-se vários estudos com esta temática publicada a partir de 2009.

Segundo RODRIGUES (2009), no seu estudo sobre **A experiência da Mãe por Ter um Filho Natimorto**, este teve como objetivo compreender a experiência da mãe diante do filho natimorto. Participaram nove mães com história de perda de natimorto. Conclui que é uma experiência de muito sofrimento onde o luto começa a partir da notícia e se estende no período pós-parto e retorno ao domicílio.

Em SOTO et al. (2009), em **Duelo Materno por Muerte Perinatal: Trabalho de Revisión**. Teve-se como objetivo: uma revisão de literatura focada na morte perinatal materna, a fim de compreender um fenômeno devastador para os pais e em particular para a mãe, pela perda de uma criança. Resultados: resposta emocional que as experiências de mãe são como um corpo vazio, sentimento de inadequação, impotência e perda da autoestima. Os sentimentos resultantes da perda perinatal são particularmente dolorosos, angustiantes e percebidos como amputação, castração e esquartejamento.

O estudo de VIAN e COUTO (2009), sobre **Quality of Life, Depression and Anxiety among Pregnant Women with Previous Adverse Pregnancy Outcomes**. Realizado no município de Campinas, São Paulo teve como objetivo comparar a qualidade de vida e a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em gestantes com e sem estes antecedentes. Este estudo transversal analítico foi realizado em quatro locais (duas clínicas de pré-natal de alto risco e duas de pré-natal de baixo risco). O público-alvo trabalhado constitui-se de 240 mulheres. Foram entrevistadas por um único investigador entre 18 e 24 semanas de gestação: 120 tinham antecedentes. Os resultados apontaram o seguinte: mulheres com antecedente de aborto espontâneo recorrente, óbito fetal, prematuridade ou óbito neonatal precoce parecem ter pior qualidade de vida e mais sintomas de ansiedade e depressão durante a gestação subsequente quando comparadas com mulheres sem esses antecedentes.

CHAN, e ARTHUR (2009), publicaram, **Nurses Attitudes Towards Perinatal Bereavement Care**. Trata-se de um estudo realizado para investigar os fatores associados com ações dos profissionais enfermeiras e parteiras referentes aos cuidados de luto perinatal e apoio aos pais cuja criança já morreu. Em algumas situações as enfermeiras explicitaram experimentar fracasso pessoal, impotência e distanciamento dos pais enlutados. Sentiram-se incapazes em lidar com a profundidade dos sentimentos de perda dos pais. Referido estudo foi desenvolvido em Singapura, em 2007, com 185 enfermeiras/parteiras de em unidade de Obstetrícia e Ginecologia. Os Resultados mostraram que as enfermeiras/parteiras com crenças religiosas e aqueles com atitudes mais positivas sobre a importância da política do hospital e da formação para o cuidado de luto foram estatisticamente significativas. Enfermeiras enfatizaram a necessidade de maior conhecimento e treinamento sobre como lidar com pais nesta situação.

Outro estudo significativo de DUARTE, e TURATO, (2009), intitulado **Sobre os Sentimentos Presentes nas Mulheres Diante da Perda Fetal: Uma Revisão**, e teve como objetivo revisão de literatura de periódicos, em datas-bases Online, de língua inglesa e portuguesa entre 2001 e 2007, e de livros de textos usualmente estudados nesta área temática no tocante, aos sentimentos mais frequentemente despertados na mulher após morte perinatal. Dos 26 artigos selecionaram-se sete, os quais respondiam aos critérios definidos *a priori* pelo estudo. Os resultados foram: A existência de sentimentos difíceis de lidar pelos profissionais, trazendo à tona conflitos relacionados à identidade feminina e ao papel da mulher na sociedade; a importância dos profissionais de saúde iniciar o apoio e intervenção nos

primeiros momentos da perda para ajudar a mãe a elaborar o luto e vivenciá-lo de forma adequada.

No referente ao estudo de SUTAN, AMIN, et al. (2010) sobre a pesquisa **Psychosocial Impact of Mothers wite Perinatal Loss and its Contributing Factors: an Insight**, teve como objetivo avaliar o impacto psicossocial entre mães com perda perinatal. O estudo transversal foi realizado na Universidade pela Malásia Medical Centre (UKMMC), no período de abril de 2008 a maio de 2009 utilizando a escala de depressão pós- parto. Resultados: Sessenta e dois entrevistados foram incluídos e, na maioria eram mães que trabalhavam (77,4%). A média de idade das entrevistadas entre 20-34 anos. De acordo com o estudo, 53,2% dos entrevistados tinham um impacto psicossocial. Verificou-se a relação significativa entre o apoio de amigos e o impacto psicossocial após perda perinatal. No entanto havia diferenças marcantes entre o impacto psicossocial e a história de perda perinatal com a etnia, ocupação, nível educacional, idade ou renda familiar. Portanto, todas as mulheres com experiência de morte perinatal deve receber apoio psicossocial e apoio de amigos e parentes.

Mencionam-se também os pesquisadores FONSECA, e PEDROSA, et al. (2010) ,cuja pesquisa intitulada **A Eficácia de um Protocolo de Intervenção Psicológica em Situações de Perda Perinatal: a Percepção das Utentes**, foi efetivada na Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade do hospital da Universidade de Coimbra Portugal. Participaram desta investigação 37 mães atendidas com o referido protocolo. O objetivo: investigar a percepção das usuárias acerca deste protocolo. Os resultados apresentaram: percepções das mulheres que consideraram o protocolo útil e eficaz, contribuindo para a vivência e enfrentamento do luto.

Outro estudo é o de MONTEIRO e SANCHEZ, et al. (2011) **A Experiência da Perda Perinatal a partir da Perspectiva dos Profissionais de Saúde**. Desenvolvida em Córdoba-Espanha, a pesquisa teve como finalidade conhecer a experiência dos profissionais de saúde em caso de morte perinatal e o pesar ocorrido, como também descrever as estratégias de ação diante da perda perinatal. Participaram dezenove profissionais da Maternidade Infantil do Hospital de Montilla. Os resultados foram os seguintes: a falta de conhecimento dos profissionais em como lidar com situações de perda e a falta de recursos tornam-se inadequadas às ações nesta situação, gerando sentimentos de desamparo, ansiedade e frustração que comprometem a competência profissional.

ERLANDSSON e LINDGREN, et al.(2011), publicaram **Mother's Experiences of the Time After the Diagnosis of an Intrauterine Deat Until the Induction of the Delivery: A**

Qualitative Internet-Based Study. Desenvolvida no Japão, esta pesquisa teve como objetivo: descrever como as mães passam o período de tempo entre ser diagnosticado com a morte intrauterina e o início da morte do bebê. Os dados foram coletados utilizando um questionário web. Cinco mil e quinze mulheres que tinham experimentado um natimorto, após a 22ª semana de gestação, responderam a questão em aberto: “O que você fez entre o diagnóstico de morte da criança e o início da expulsão do bebê”? Os resultados mostraram que algumas mães receberam ajuda para se adaptar à situação, enquanto para outras a espera para a indução significou mais estresse e traumas psicológicos adicionais em uma já tensa situação. Conclusão: não há nenhuma razão para esperar a indução, a menos que os próprios pais expressem um desejo para aguardar. Ao contrário, profissionais de saúde, juntamente com os pais, devem tentar determinar o melhor momento para a indução do nascimento após a morte do bebê.

Referente às pesquisas sobre a mortalidade infantil no Estado do Ceará, Nordeste brasileiro, destacou-se a de NATIONS e SOUZA (2011), implementada em municípios do Ceará. Os municípios foram denominados de A e B. Nesta perspectiva foram descritas e analisadas as concepções dos profissionais de saúde, gestores e usuários sobre a redução da mortalidade em duas cidades cearenses no período de 1993 a 1997. Neste estudo analisou-se a experiência do sofrimento das mães enlutadas.

O estudo de SANTOS e MARQUES, et al.(2012) denominado **Percepções de Enfermeiras sobre a Assistência Prestada a Mulheres Diante do Óbito Fetal** foi realizado em maternidade pública de Fortaleza Ceará. Participaram nove enfermeiras que trabalhavam em unidade de gestação de alto risco. Os resultados apontaram que o objetivo principal da intervenção desses profissionais concentrava no apoio psicológico. Elencaram-se ainda as dificuldades referentes à estrutura da maternidade e sobrecarga de trabalho dos profissionais pesquisados, e apontaram-se proposta de trabalho direcionada à assistência diferenciada às mulheres com história de perda fetal.

Os pesquisadores BORGES e MENDES, (2012) publicaram o estudo das **Representações de Profissionais de Saúde sobre a Morte e o Processo de Morrer** e cujo lócus da pesquisa foi o hospital escola no município de Brasília. Os sujeitos da pesquisa foram cinco profissionais de nível superior (uma nutricionista, dois médicos e duas enfermeiras). Os resultados revelam a necessidade de mais investimentos na formação e capacitação para o exercício da técnica e da habilidade dos profissionais diante da morte.

Por sua vez, MONTEIRO (2012) apresentou o resultado da pesquisa **Perda Gestacional e Processo de Luto**. Teve como objetivo perceber o significado do luto materno pelos profissionais enfermeiros. Os resultados foram: a perda de um sonho por parte da mãe, quebra de expectativa do casal pela gestação, projeto inacabado e o luto como um processo prolongado e penoso vivido pela mãe e familiares.

No estudo de JEREISSATI, (2013), **O Cheirinho de Despedida: A Experiência do Óbito Perinatal e Elaboração do Luto pelos Pais em Hospitais Públicos em Fortaleza**, teve-se como objetivo: contextualizar a experiência do óbito perinatal e a elaboração do luto pelos pais em dois hospitais públicos, comparáveis, localizados em Fortaleza, Ceará. Os resultados: desvelou-se a maneira como foi anunciada a morte perinatal e o modo como os pais se despediram dos recém-nascidos.

MARTINS, RESENDE e et al. (2013) publicaram o estudo **Mortalidade Perinatal e Desigualdades Socioespaciais**. A finalidade do estudo: analisar as desigualdades sociais verificadas na distribuição da morte perinatal no município de Belo Horizonte. Por meio dos sistemas SIM e SINASC, do período de 2004 -2007, utilizaram a análise espacial e o índice de vulnerabilidade à saúde para identificar desigualdades existentes nos distritos de saúde. Resultados: verificou-se variação de taxas de mortalidade em conformidades com o grau de risco da população. À medida que houve aumento do nível de escolaridade houve decréscimo desta.

Ainda em relação a esta temática identificou-se o trabalho de SCHOEPS e ALMEIDA, (2013) intitulado **SIM e SINASC: Representação Social de Enfermeiros e Profissionais de Setores Administrativos que atuam em Hospitais no Município de São Paulo**. O objetivo deste estudo: estudar a representação social dos profissionais de saúde sobre as Declarações de Óbitos (DO) e Declaração de Nascidos Vivos (DNV). Foram realizadas 24 entrevistas com profissionais de saúde da rede pública e privada do município de São Paulo em 2009. Os resultados: alto índice de nascimento de recém-nascidos filhos de adolescentes menores de 16 anos. E, ainda: 50% dos nascimentos de mulheres com idade inferior 24 anos. Ressalta-se a importância desta pesquisa para redefinição das políticas públicas direcionadas ao público adolescente.

O estudo de SANTOS, COSTA e AMARAL et al. (2014), **Gravidez na Adolescência: Análise de Risco para Baixo Peso, Prematuridade e Cesariana**, teve como objetivo analisar possível associação da faixa etária materna até 16 anos com o peso e idade gestacional do recém-nascido. Realizado no município de Feira de Santana no período de

2006 a 2012, por meio das declarações de nascido vivo, apresentou como resultados: os achados da pesquisa foram múltiplas causas associadas à idade da mãe adolescente como pré-natal inadequado, estado civil e grau de escolaridade.

Cabe aqui ressaltar que os estudos descritos contribuíram para ampliar o nível de informações sobre pesquisas realizadas em períodos recentes concernentes ao óbito perinatal e temas outros relacionados aos determinantes desta mortalidade. A seguir destacam-se o conceito de cultura e sua interpretação dos ritos, crenças e costumes sobre a morte.

1.2 A cultura

Ao longo da história do Ocidente, o conceito de cultura caracterizado pelo cultivo e o cuidado com a terra foi se transformando. Já no século XVIII, a palavra emerge com o conceito de civilização.

Cabe aqui enfatizar que o pensamento iluminista ofereceu importante contribuição para redefinir o conceito de cultura. O Iluminismo influenciou a formação de um pensamento hegemônico na sociedade ocidental, onde o saber científico conjugado com a técnica promoveria mudança radical no estilo de vida humana.

Referido movimento atingiu seu ápice no século XVIII, o qual passou a ser denominado como o século das luzes. Esta corrente encontrou maior recepção aos seus princípios na França palco de grandes problemas econômicos, políticos e sociais, que influenciaram, sobremaneira, a Revolução Francesa. Como berço, provocou o início das propostas de liberdade, igualdade e fraternidade.

Com o Iluminismo, a cultura ressurgiu como o padrão ou critério para avaliar o grau de civilização de uma sociedade. Portanto, esta passa a ser compreendida como um conjunto de práticas (artes, ciências, técnicas, filosofia e ofícios) que permite avaliar e hierarquizar o valor dos regimes políticos, segundo o critério de evolução.

A cultura como “um mecanismo de controle”, sendo o pensamento humano basicamente social como público e seu ambiente natural é o pátio familiar, estende-se ao mercado e à praça da cidade (GEERTZ, 1989, p.33).

Na sociedade capitalista a cultura reproduz mecanismo de controle e poder. No caso do Brasil, vivenciamos, sobretudo, esta situação, em períodos ditatoriais. A exemplo da América Latina, o Brasil alternou períodos ditatoriais e períodos democráticos.

A concepção ampliada de cultura foi incorporada a partir da segunda metade do século XX pelos antropólogos europeus. O termo cultura passa a ter a abrangência que não possuía antes entendida como produção e criação, linguagem da religião, da sexualidade, dos instrumentos e das formas de trabalho, da habitação, do vestuário e da culinária, das expressões de lazer, da música, da dança, dos sistemas de relações sociais, particularmente sistemas de parentescos ou a estrutura da família, das relações de poder, da guerra e da paz da noção de vida e da morte (CHAUÍ, 2008, p.57).

O conceito ampliado de cultura foi incorporado pelos antropólogos europeus que redefiniram a ideologia etnocêntrica e imperialista da cultura. Emergiu, então, a antropologia

social, passando a ser entendida como um campo no qual os sujeitos humanos elaboram símbolos e signos (CHAUÍ, 2008).

Nela, conformou-se o “sistema de símbolos em interação”, de “modelos de significações”. Antes de ser texto, a mediação simbólica tem uma textura. Compreender um rito é situá-lo num ritual, este num culto e, gradativamente, no conjunto das convenções, das crenças e das instituições que formam a rede simbólica da cultura (RICOEUR, 2012 apud GEERTZ, 1973).

De modo geral, a religião como produto cultural possui papel marcante, sobretudo por fortalecer a crença incondicional de que a morte é uma passagem para uma vida eterna onde seriam aliviadas as dores e sofrimentos.

Por mais paradoxal que seja, enquanto a sociedade tem contribuído para que rejeitemos a morte, a religião tem perdido adeptos entre os que acreditavam numa vida após a morte, isto é, da imortalidade, diminuindo assim a rejeição sob este aspecto (KUBLER-ROSS, 2012, p. 20).

Cada sociedade possui seus próprios ritos sobre a morte. Cita-se como exemplo a forma da despedida do funeral militar que presta sua última homenagem com salva de tiros; em outras culturas lançam-se rosas.

Referidas manifestações são expressões de sociedade de classes. Elas distinguem, objetivamente, os interesses da cultura dominante, legitimam o exercício da exploração econômica, denominação política e exclusão social. No tangente à cultura popular, muitas vezes acontece uma mera reprodução dos valores e rituais.

1.3 Paradigmas: biomédico e holístico

Sem nenhuma pretensão de aprofundar o debate sobre a concepção teórico-metodológica da formação profissional e os mecanismos da subjetividade na produção do cuidado, se falará, brevemente, sobre aludidos paradigmas, tendo em vista sua importância para as práticas de saúde.

Cabe lembrar que o campo da saúde é permeado por tensões decorrentes das práticas fundamentadas nas concepções biomédicas e holísticas.

O modelo hegemônico de ciência dos tempos atuais teve origem no século XVII, com Descartes. O dualismo cartesiano entre corpo e espírito seria o precursor imediato das concepções biomédicas contemporâneas do organismo humano e do pensamento materialista radical que caracteriza a biomedicina.

O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças. A doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular. O

papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado [...] Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde frequentemente de vista o paciente como ser humano (CAPRA, 1982, p.116).

Segundo se constata na práxis cotidiana, os profissionais de saúde, altamente especializados e competentes em tecnologias de ponta, denotam, despreparo em lidar com a morte, e assumem variadas posturas, tais como: se distanciar do paciente quando já não é possível salvá-lo; delegar a notícia difícil a outros profissionais, principalmente para a racionalidade médica que influencia outros profissionais da saúde pautada em uma visão de que a morte seria um fracasso da sua habilidade na resolução dos problemas. Registram-se ainda a deficiência na formação profissional acerca do tema e a visão fragmentada com base na concepção biomédica.

No caso específico dos profissionais médicos, estes são condicionados a manter uma luta incessante contra a morte. Apoiados por sofisticadas tecnologias descartam o fenômeno como acontecimento natural e uma certeza da condição humana. Assim, dentro das instituições hospitalares, ela é vista como “fracasso” e/ou impotência profissional; ao ser que a comporta, é dado um tratamento impessoal e desumano, e sua ocorrência é rotulada, na maioria das vezes, como mais um caso de insucesso (LOUREIRO, 1998, p.18).

Cabe ressaltar: a influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico. Por conseguinte, é natural que, uma vez estabelecida firmemente em biologia à concepção mecanicista da vida, ela dominasse também as atitudes desses profissionais em relação à saúde e à morte.

As práticas de saúde são, reconhecidamente, as formas pelas quais a sociedade estrutura e organiza as respostas aos problemas de saúde. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) se institucionalizou com a Constituição de 1988, como reação ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, então vigente, que não estava dando conta dos problemas decorrentes da transição epidemiológica e demográfica que se iniciava. Os princípios do SUS estabeleceram as bases para a abordagem integral da saúde no Brasil (WESTPHALEN, 2009, p.662).

Como afirma CAPRA (1982), a falta de espiritualidade, que se tornou característica da nossa moderna sociedade tecnológica, influencia no fato de a profissão médica, à semelhança da sociedade como um todo, negar a morte. No âmbito mecanicista da nossa ciência médica, a morte não pode ser qualificada. A distinção entre uma boa morte e uma morte infeliz não tem sentido. A morte consiste, simplesmente, na paralisação total da máquina-corpo.

No passado, um dos mais importantes papéis de um bom médico era proporcionar conforto e cuidado no campo biológico e emocional aos pacientes e às suas famílias. Eram considerados como uma extensão familiar. Os médicos e os outros profissionais da saúde deixaram de ser este profissional, hoje, são treinados para lidar com pacientes agonizantes e acham extremamente difícil enfrentar o fenômeno da morte (CAPRA, 1982).

Conforme se denota, a produção do cuidado em saúde, outrora, era marcada por encontros entre profissionais da saúde e usuários por meio de tecnologias leves de acolhimento e produção dos vínculos (MERHY, 2007).

Esta concepção teórica contribuiu para a fundamentação médica, mas com repercussões em intervenções em outras categorias profissionais, criando uma cultura organizacional que favorece ações voltadas para as queixas clínicas de pacientes. Desse modo, impede-se ver o homem na sua totalidade.

Os profissionais chegam a admitir a existência de componentes de ordem subjetiva ou afetiva que exercem influência mesmo em casos de doenças nas quais as evidências orgânicas sejam mais explícitas. Frequentemente eles não se sentem à vontade para lidar com estes componentes, pois, para isso, em regra, não foram preparados.

Segundo proposto, o trabalho do médico é compreendido como um paradoxo: como um dispositivo estratégico para instituir um modelo de atenção à saúde descompromissado com o usuário e procedimento centrado, como uma ferramenta a desarmá-lo e produzir um novo modo de agir na saúde (MERHY, 2007, p. 115-116).

Com efeito, o modelo biomédico estimula os profissionais de saúde aderir a um comportamento extremamente cartesiano na separação entre o observador e o objeto observado (CAPRA, 1982).

Ainda como se percebe, mesmo com a preponderância do paradigma biomédico, a prática cotidiana expressa à dualidade de fazer saúde fundamentada em concepções teóricas do modelo biomédico e holístico.

No campo da saúde, verifica-se também, além de outras concepções no cuidado da saúde, a visão holística e, principalmente, a humanização do atendimento aos usuários do sistema de saúde.

A concepção holística traz no seu cerne uma crítica ao modelo mecanicista hegemônico na doutrina e na prática que informa a medicina na atualidade. Afirma-se paulatinamente, proporcionando uma visão holística do ser e do processo saúde/doença compreendendo as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais.

Esta perspectiva de intervenção possibilita múltiplos olhares dos interlocutores profissionais da saúde e usuários cidadãos, pois a vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente. O mundo da vida cotidiana não somente é tomado como uma realidade certa pelos membros ordinários da sociedade, mas é um mundo que se origina no pensamento e na ação dos homens comuns, sendo afirmado como real por eles (BERGER, LUCKMANN, 2003, p.48).

Pensar a morte no âmbito do SUS, no contexto de uma sociedade em desenvolvimento, remete ao debate das políticas públicas em saúde, sobretudo no período pós-Constituição de 1988, denominada de cidadã. Portanto, entende-se que pensar a morte e o seu significado no âmbito do SUS requer no mínimo uma contextualização sociopolítica das desigualdades sociais.

1.4 Desigualdades sociais

Enfoca-se, nesta seção, a temática em discussão no campo teórico versado por sociólogos, filósofos e cientistas políticos, que contribuíram para o debate sobre as questões estruturais e formação econômica e social das civilizações ao longo da história.

Refletir sobre esta temática remete ao legado social de Karl Marx explicitado em seus Manuscritos econômico-filosóficos de 1844, cujas análises apontam a sociedade dividida em classes sociais antagônicas: a primeira classe, proprietários de meios de produção, representados pela burguesia, e a segunda, trabalhadores detentores da capacidade de trabalho, denominados de proletariados.

Cabe aqui lembrar Os pressupostos teóricos de Karl Marx, quando afirmou que a sociedade moderna é essencialmente marcada pelas transformações nas relações de produção, onde despontou o sistema capitalista como expressão econômica e social fundamentado na propriedade privada dos meios de produção e de troca, almejando o alcance da “mais-valia”. Portanto, definida como quantidade de valor produzido pelo trabalhador além do tempo de trabalho necessário à produção do valor equivalente ao que o mesmo trabalhador recebeu em salário.

Assim, a posição que os indivíduos ocupam na sociedade em face da propriedade privada dos meios de produção determina a sua condição de classe social. Neste âmbito, a posse de propriedade privada dos meios de produção caracteriza a classe dominante e a ausência desta propriedade caracteriza a classe dominada.

No entanto, as classes sociais não são determinadas exclusivamente por seu lugar na esfera econômica, mas também pela formação social e ideológica que também desempenha papel decisivo nas relações políticas de uma sociedade.

Segundo CARVALHO (2009, p.171)

Após mais de duas décadas de mundialização do capital, as desigualdades e polarizações marcam o cenário contemporâneo. Neste início do século XXI-tempos de crise e transição-são confrontados com questões da modernidade para as quais

as respostas modernas são absolutamente insuficientes, como a questão da equidade, da justiça e da igualdade.

Nesta relação das classes sociais não se pode deixar de mencionar o papel do Estado como organismo responsável pela mediação das normas e controle.

No Brasil, só a partir da década de 1980, se reconhecem legalmente os direitos sociais no campo das Políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Estas deixam de ser políticas de governos, passando a se constituir em políticas de Estado. Assim, o Estado passa a ser provedor de direitos antes ofertados como benesses e favor (CARVALHO, 2009).

Na concepção de Gramsci, o Estado tem como função precípua a organização da vida social articulada à reprodução das relações de poder. É constituído de duas esferas de poder: a primeira formada pela Sociedade Política-conjunto de aparelhos coercitivos do Estado (grupos burocráticos ligados às forças armadas, policiais e aplicação das leis). E a Sociedade Civil-conjunto de instituições compreendendo o sistema escolar, as igrejas, os partidos políticos, as organizações profissionais, os sindicatos, os meios de comunicação, as instituições de caráter científico e artístico, etc. (COUTINHO, 1987, p.66).

Conforme evidenciado, a falta de acesso ao conjunto de bens e serviços que é distribuído de forma desigual à população brasileira, sempre foi uma realidade. A pobreza e a desigualdade representam um grande desafio social, porquanto os programas de redistribuição de renda desalinhados de políticas macrossociais não têm resolutividade em curto espaço de tempo, e este fenômeno social é devastador, principalmente nos países pobres e emergentes.

Como identificou a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD, 2006 (IBGE, 2007) o índice de Gini caiu de 0,547 em 2004 para 0,543 em 2005, 0,540 em 2006, e 0,528 em 2007. Este declínio, porém, não foi suficiente para diminuir a grande concentração de renda entre os brasileiros.

As questões de desigualdades regionais têm maior repercussão nas regiões Norte e Nordeste que acumulam os piores indicadores sociais. No campo da saúde, a região Nordeste, segundo dados do IBGE, de 2007, concentrou quase a metade (48%) das mortes em crianças com menos de 1 ano de idade.

A redução da mortalidade infantil nas regiões mais pobres não ocorreu na mesma proporção das desigualdades existentes, reproduzindo assim degradação na vida da população residente nestas regiões mais pobres, especialmente no Nordeste. BARRETO e NERI (2011) afirmaram que nove das 10 maiores taxas estaduais da mortalidade do Brasil, estão no Nordeste.

Com base nos estudos da OMS, explicita-se a mortalidade infantil neonatal em dois componentes. Subdivide-se em precoce (menores de 7 dias) e neonatal tardia, (entre 7 e 27 dias de idade).

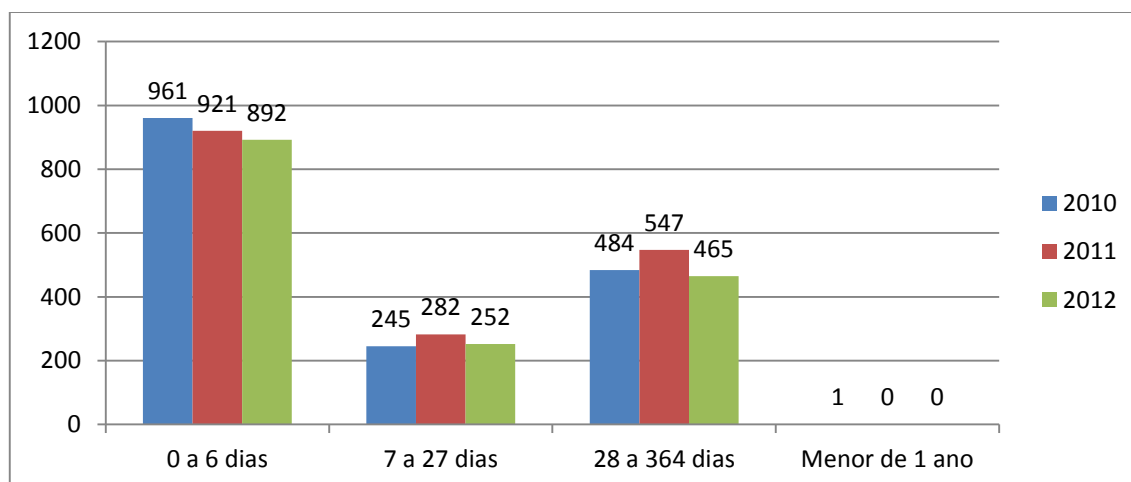
No Ceará, os dados epidemiológicos do Núcleo de Informação e Avaliação em Saúde (NUIAS) da Secretaria Estadual de Saúde revelaram nos períodos de 2010, 2011 e 2012 uma associação comparativa com: a morte perinatal, neonatal tardia e menores de 1 ano.

Em 2010, ocorreram 961 óbitos perinatais, 245 neonatais precoces, 484 neonatais tardias e 1 óbito menor de 1 ano, no total de 1.691 óbitos. Conclui-se que o maior número de óbitos aconteceu no período perinatal (Núcleo de Informação e Avaliação em Saúde, NUIAS, da SESA, 2014).

No ano de 2011, foram 921 óbitos perinatais, 282 neonatais precoces, 547 neonatais tardios, no total de 1.750. No referente a mortalidade perinatal, houve um pequeno decréscimo em comparação ao ano anterior (Núcleo de Informação e Avaliação em Saúde, NUIAS, da SESA, 2014).

Em 2012, identificaram-se 892 perinatais, 252 neonatais precoces, 465 neonatais tardios e 1 menor de 1 ano. Portanto, houve um significativo decréscimo da mortalidade em todos os níveis no Estado do Ceará, como mostra o gráfico 1. (Núcleo de Informação e Avaliação em Saúde, NUIAS, da SESA, 2014).

Gráfico 1 - Distribuição por número de óbitos por faixa etária, Ceará, 2014.



Fonte: IMS/SVS/S/CGIAE- Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

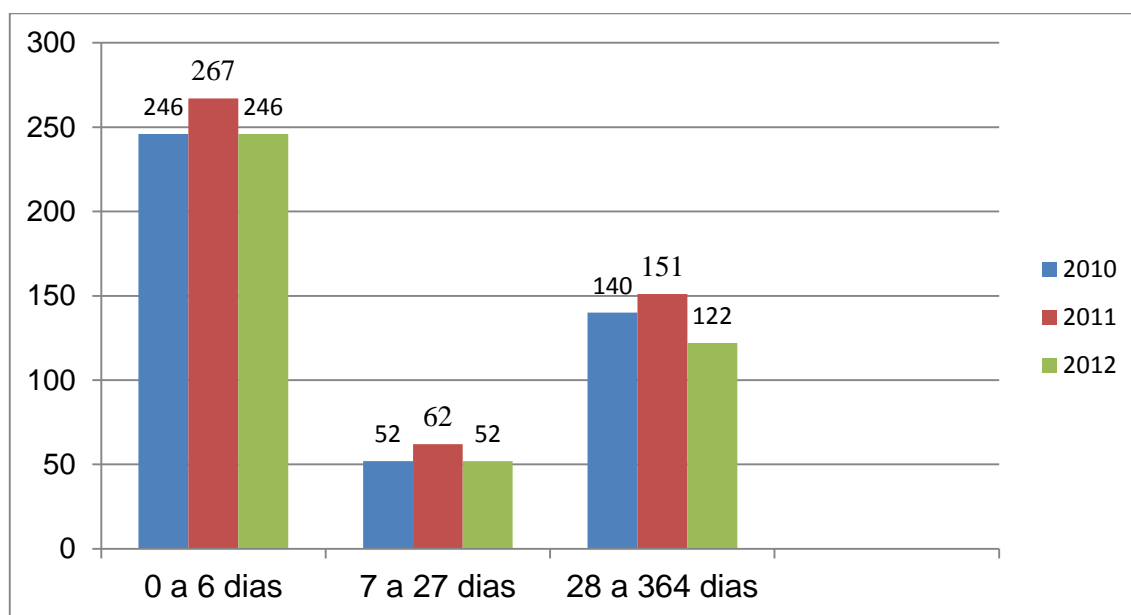
Segundo dados do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) entre 1997 e 2013 apresentou redução de 57% neste período. Passou de 31,6 em 1997 para 13,7 óbitos no ano de 2013.

Entretanto, o maior risco de morte concentra-se na faixa etária de crianças menores de 28 dias (óbitos neonatais) representando proporcionalmente a maior parte dos óbitos menores de 1 ano, chegando a 71% dessas mortes no ano de 2013 (Núcleo de Informação e Avaliação em Saúde, NUIAS, SESA).

Dos óbitos infantis notificados no Ceará, 71,1% foram informados como óbitos evitáveis que são associados ao pré-natal e assistência ao recém-nascido. Todas essas questões estão relacionadas à qualidade dos serviços de saúde apresentados na rede de atenção primária de saúde.

Atribui-se a morte neonatal às seguintes causas: acompanhamento insuficiente da gravidez ou baixa qualidade do pré-natal, desnutrição, doenças crônicas, infecção, hemorragias. Estas vão ocasionar os partos prematuros e ou crianças com baixo peso ao nascer.

Gráfico 2 - Distribuição do número de óbitos por residência, por faixa e ano do óbito. Fortaleza, Ceará, 2014



Fonte: MS/SVS/S/CGIAE- Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Como mostram os dados do gráfico 2, no ano de 2010 ocorreram em Fortaleza 246 mortes na faixa etária de 0 a 6 dias, 52, de 7 a 27 dias e 140 na faixa etária de 28 a 364 dias. Já no ano de 2011, foram 267 perinatais, 62 neonatais precoces e 151 neonatais tardios. Em 2012, 246 óbitos perinatais, 52 neonatais precoces e 122 neonatais tardios. Pode-se concluir que o ano de 2012 apresentou menor índice de mortalidade infantil no município de Fortaleza. No entanto, permanece a maior taxa de mortalidade na faixa etária até 7 dias de vida.

Em resposta às altas taxas de mortalidade neonatal, o Ministério da Saúde tem investido em estratégias de melhoria na qualidade do pré-natal e assistência ao parto como: a Política da Rede Cegonha com ações em níveis da rede de atenção primária e rede especializada e a ampliação das unidades de terapias intensivas neonatais (UTINs).

1.5 Políticas públicas e humanização do cuidado

As políticas públicas representam um conjunto de ações ou omissões do Estado, decorrente de decisões e não decisões, constituída por jogos de interesses, tendo como limites e condicionamentos os processos econômicos, políticos, sociais e culturais de uma sociedade historicamente determinada (SILVA, 2001, p.90).

De modo geral, as políticas públicas se estruturam e se concretizam a partir de interesses sociais organizados em torno de recursos produzidos socialmente. Estas políticas contribuem para mudanças sociais, sobretudo da população excluída, devendo ser também um mecanismo de distribuição de renda e equidade social.

Mesmo com os avanços no campo das políticas sociais, estas estão imbricadas ao ajuste brasileiro à economia globalizada. Referido ajuste foi fundamentado no Consenso de Washington. A política neoliberal foi iniciada no governo do presidente Fernando Collor e efetivada no Plano Real no mandato de Fernando Henrique Cardoso. Este último, apesar de ter executado programas sociais de alcance da população pobre, ficou marcadamente caracterizado pela prioridade na estabilização monetária (CARVALHO, 2009).

No campo da saúde, a lei 8.080 de 1993 normatizou as ações da política de saúde, estabelecendo que todo o indivíduo brasileiro tenha o direito ao acesso aos serviços de saúde de total responsabilidade do Estado. Em 2011, veio a sua regulamentação.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existente nos âmbitos; municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim (VASCONCELOS, PASCHE, 2009, p.531).

Considera-se que os avanços da legislação brasileira e a implementação de políticas públicas não foram suficientes para diminuir a pobreza e exclusão da população dos serviços, de saúde, educação e assistência social.

A Lei Orgânica da Saúde 8080-90 foi regulamentada por meio do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. No seu cerne traz avanços na concepção do fazer saúde estabelecendo

responsabilidades no campo legal para gestores e profissionais por meio de contrato de ação pública (BRASIL, 2011).

Destacam-se aqui os artigos 2º e 38, por suas inovações e compromisso com o usuário. Art. 2º- I- A região de saúde considera-se o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitando a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II- O contrato organizativo da Ação Pública da Saúde- acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III- Portas de Entrada-serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS, sendo: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial e hospitalar e a vigilância em saúde.

VI- Rede de Atenção à Saúde-conjunto de ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

Art. 38- A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento de metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

O campo legal favorece ao usuário esclarecido buscar resolutividade nas ações de saúde, e junto com a sociedade civil organizada cabe mobilizar esforços na concretização do acesso à saúde por meio do controle social. E, em especial, no caso específico da mortalidade infantil nas faixas de neonatal precoce e fetal.

Estudos mostram que as afecções perinatais são intercorrências na gestação, em geral evitáveis ou tratáveis. Associadas a doenças como a hipertensão arterial, diabetes gestacional e outras cardiopatias influenciam o maior percentual dos óbitos perinatais no país.

Ainda no contexto das barreiras para redução da mortalidade perinatal, o Brasil precisa garantir políticas públicas consistentes, respeitando a melhoria das condições socioeconômica e educacional, pois este último determinante possui forte correlação com a vulnerabilidade social das mulheres nordestinas.

Torna-se necessário explicitar que a mortalidade infantil no Brasil tem adquirido visibilidade nestas últimas décadas no mundo globalizado e na sua adesão à agenda da Organização das Nações Unidas (ONU) no Programa Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que planejou oito metas sociais para países emergentes. Dentre estas, diminuição da mortalidade infantil em patamares aceitáveis, reduzindo-se em dois terços no período de 1990 a 2015 (UNITED NATIONS, 2009).

É mister, desde logo, esclarecer que em nível nacional constatou-se a redução do óbito infantil em média anual de 5%. Contudo, regiões e grupos populacionais excluídos socialmente estão potencialmente vulneráveis. Estes segmentos ainda apresentam taxas inaceitáveis de mortalidade.

Segundo BARRETO e NERY (2011), a mortalidade infantil nas regiões mais pobres do Brasil não ocorreu na mesma proporção das desigualdades regionais existentes. Reproduzem-se clivagens históricas nas regiões mais pobres, especificamente no Nordeste. Consoante verificado, 9 das 10 maiores taxas estaduais da mortalidade infantil no Brasil estão no Nordeste. Existe mortalidade em municípios nordestinos comparável às de países africanos muito pobres, onde sequer direitos civis mínimos são garantidos.

Dados do IBGE mostram que apesar da redução de 45% nas taxas de mortalidade infantil no período de 1991 e 2007, o Estado do Piauí, ainda possui uma das taxas mais elevadas de mortalidade infantil do Brasil.

Entretanto, o desafio da redução da mortalidade infantil está pautado nos óbitos localizados na faixa etária neonatal precoce, ou seja, menores de sete dias de vida. Conforme dados do Ministério da Saúde, morrem por causas na maioria relacionadas com a falta de acesso aos serviços de saúde de qualidade (BRASIL, 2009).

Na esfera das políticas públicas referentes à saúde materno-infantil, o Ministério da Saúde (MS), ao longo das últimas décadas, vem operacionalizando políticas de enfrentamento às questões relacionadas a esta linha de cuidado.

O Estado do Ceará destacou-se na década de 1990 no trabalho de redução da mortalidade infantil. Posteriormente, o MS implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família, em 1994. Ambas as estratégias em nível de atenção primária com o objetivo de trabalhar a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação.

Já no ano 2000, instituiu-se o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), por meio da portaria 569 de 1º de junho de 2000, no intuito, de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materno-infantil com ênfase perinatal e neonatal. Referido programa foi direcionada para assistência à gestante e ao recém-nascido (RN) com qualidade e de forma humanizada (BRASIL, 2000).

No ano de 2002, implantou-se o Programa Viva Mulher (Brasil, 2002) com o propósito de ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde para o controle do câncer do colo de

útero e mama. Referido programa executou ações integradas de prevenção primária e apesar de fins específicos funcionou como diretriz de assistência integral à saúde reprodutiva, entrelaçando a rede de proteção materno-infantil.

Em 2004, é elaborada a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher em parceria com o movimento de mulheres, Organizações não Governamentais (ONGS) e organismos internacionais. O documento estabeleceu diretrizes para o período de 2004 a 2007, tendo como finalidade: a promoção da saúde com princípios norteadores, buscando consolidar avanços no campo da sexualidade, melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar e no abortamento inseguro, no combate à violência doméstica e sexual contra a mulher e na prevenção e tratamento de mulheres com HIV e Aids, de doenças e agravos referentes ao câncer ginecológico e o empoderamento das usuárias do SUS (BRASIL, 2004).

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou a portaria 930 de 12 de maio de 2012, a qual define as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). Destaque para o artigo 3º (BRASIL, 2012):

I- O respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos;

II- Promoção da equidade;

III- Atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário;

IV- Atenção humanizada;

V- Estímulo à participação e o protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido.

Como ficou evidenciado nestas estratégias já referidas, o Ministério da Saúde nos últimos anos tem investido com recursos e normatização para a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil. O que se questiona é se o conjunto de políticas públicas planejadas e executadas nestas últimas décadas tem conseguido efetivar de fato o acesso das mulheres gestantes aos serviços de saúde, principalmente por ocasião do parto.

Notadamente o Movimento de Reforma Sanitária e a Constituição vigente fizeram surgir políticas de saúde, com destaque para a Política Nacional de Humanização (PNH, 2001), oportunizando aos usuários do SUS a ampliação do acesso, a qualidade dos serviços e a humanização do cuidado.

Nesta perspectiva, a PNH surge também com o propósito de abrir fissuras nas intervenções de saúde consolidadas dos trabalhadores de gestões, sobretudo, nos hospitais detentores de estruturas complexas e uma das instituições contemporâneas mais impermeáveis a mudanças (CAMPOS, 2008, p.35).

Segundo exposto, a organização hospitalar e o seu legado gerencial têm contribuído para que os serviços de saúde tenham práticas autoritárias e centralizadoras (PASCHE, 2011).

Essas características são apontadas como relevantes na produção de uma série de problemas, como a oferta de assistência impessoal e fragmentada, a indefinição de vínculos entre usuários e profissionais, o que produz baixa responsabilização e descompromisso, fragmentação do trabalho e insatisfação dos trabalhadores e também dos usuários (BRASIL, 2011).

Em busca de novos rumos para o setor hospitalar brasileiro, tem-se priorizado algumas estratégias comuns ao conjunto dos hospitais de forma a induzir maior eficiência sistêmica ao SUS. Dentre elas a garantia de acesso à humanização dos serviços, à democratização da gestão e à contratualização hospitalar (CAMPOS, 2009, p.14).

A Política Nacional de Humanização vem se consolidando no âmbito de intervenção. Como afirma DESLANDES (2004), a legitimidade da temática ganha novo *status*. Em maio de 2000 o Ministério da Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, com objetivo de promover uma nova cultura de atendimento à saúde.

O trabalho em equipe é um requisito fundamental para a efetividade das práticas de saúde porque, entre outros, o adoecimento e os agravos são fenômenos complexos e a ampliação da eficácia das práticas de saúde tende a ser proporcional à capacidade de se promover olhares múltiplos sobre o caso. Ou seja, depende da articulação e da coordenação de um conjunto de ofertas tecnológicas que se revelam desde os distintos territórios de saberes e práticas de saúde presentes no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2011).

Neste prisma, a Política de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde surge com o objetivo de implantar na rede hospitalar nova cultura organizacional. Diferenciada para promover a qualidade da assistência, o respeito ao usuário, a solidariedade e o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos profissionais de saúde e dos usuários. Assim, humanizar em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas existentes em todo relacionamento humano; é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde (BRASIL/PNH, 2001).

A implantação das diretrizes e dos princípios da Política de Humanização requer um processo de efetivação desde a capacitação e a incorporação deste conhecimento, demandando tempo, visto que exige mudanças de comportamento e atitudes.

Como evidenciado, as alterações na cultura organizacional com base em padrões conhecidos parecem mais seguras. Além disso, os novos padrões não estão prontos, pois cada profissional, cada equipe, terá seu processo particular de incorporar e executar.

A PNH compreende a humanização como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS. Estabelece-se, portanto, como a construção de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde (BRASIL, 2006).

Considera-se de grande importância a efetivação desta política tendo em vista a valorização dos aspectos éticos, porque tomam a defesa da vida como eixo das suas ações. Construir a aludida política impõe, mais do que nunca, que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede. E como tal deve ser contagiada por esta atitude humanizada. Para isso, todas as demais políticas deverão se articular por meio desse eixo. Trata-se, sobretudo, de destacar os aspectos subjetivos e sociais presentes em qualquer prática de saúde e, de modo especial, na Política Nacional de Humanização.

Na saúde pública, no cotidiano dos cuidados, é preciso se adotar, novas atitudes que levem à humanização do processo de morrer. Para essa empreitada, torna-se essencial levar em conta a elaboração de algumas mudanças de como lidar com a morte e o morrer que envolvem muitos aspectos.

Grande desafio neste caminho é a formação profissional, de modo que propicie uma transformação nas maneiras de perceber a morte, incluindo-se como dimensão da vida como expressão da totalidade biológica, psicológica, social, cultural, política e espiritual das pessoas para melhor qualidade de vida no tempo que lhes resta. O estabelecimento de uma relação singular e personalizada com a pessoa doente e sua morte iminente se torna imprescindível, sendo, para isso, necessário que o agente do cuidado seja capacitado com fins de valorização da vida por meio de contato com sua sensibilidade (BRASIL, 2011, p. 43).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar os múltiplos olhares dos profissionais de saúde, zeladoria e familiares no que se refere à morte perinatal em hospital público de Fortaleza, Ceará.

2.2 Específicos

- Descrever sentimentos de luto por mães em hospital público de Fortaleza, Ceará;
- Registrar os sentimentos e experiências dos profissionais acerca da morte perinatal em hospital público de Fortaleza, Ceará.

3 DESENHO METODOLÓGICO

3.1 Natureza do estudo

Trata-se de um estudo descritivo com método qualitativo de cunho socioantropológico por abordar a subjetividade do objeto a ser pesquisado. Optou-se por essa modalidade por ser utilizada quando se desejam dados subjetivos, ou quando se fazem estudos de um caso particular, de avaliações de programas, dentre outros.

Conceituam a pesquisa qualitativa como uma atividade que demarca o lugar do observador no mundo e, que consiste num conjunto de práticas materiais e interpretativas que tornam o mundo visível. Na maior parte das vezes estuda fenômenos e relações em seu meio natural, aferindo um sentido a partir dos significados que as pessoas atribuem a eles. (DENZIN, LINCOLIN, 2000).

No caso da morte de recém-nascidos há mais complexidade visto ser um “projeto de vida” que não se concretizou. A morte de um bebê causa reações emocionais complexas tanto na mãe como em todos os familiares. É uma situação dolorosa capaz de desencadear reações de raiva e culpa na mãe que pode desembocar em transtornos psicológicos futuros, muitas vezes, de cunho existencialista.

Desvelar o significado e as experiências da morte perinatal junto às puérperas e familiares suscitou uma metodologia de investigação, na qual se procurou o apoio teórico em autores como MINAYO (2010), GOMES (2005), KLEINMAN (1988), BARDIN (2011) e LIMA (2014).

Com base nestes estudiosos, para o início dos relatos apresentou-se às mulheres em fase puerperal um tópico solicitando que fosse narrado sua experiência referente à gestação, chegada ao hospital e à morte do seu bebê.

Diante da complexidade do fenômeno estudado, utilizou-se o recurso da complementaridade com suporte nessas inquietações com questões norteadoras para o estudo: quais as experiências dos profissionais de saúde referentes ao óbito perinatal? Quais os sentimentos expressos por mães e familiares para a morte dos seus filhos. Adotaram-se diferentes estratégias metodológicas para estudar o mesmo fenômeno.

Deste modo, pretendeu-se aumentar a validade e a consistência dos resultados. A arte deste tipo de apreensão é elucidar diferentes partes complementares do fenômeno total e

analisar adicionalmente usando os vários métodos para condução mais profunda e maior compreensão do estudo.

Os dados coletados sobre o significado e as experiências da morte perinatal para puérperas, familiares e profissionais, por meio do método de interpretação do sentido, possibilitaram ouvir as vozes dos interlocutores.

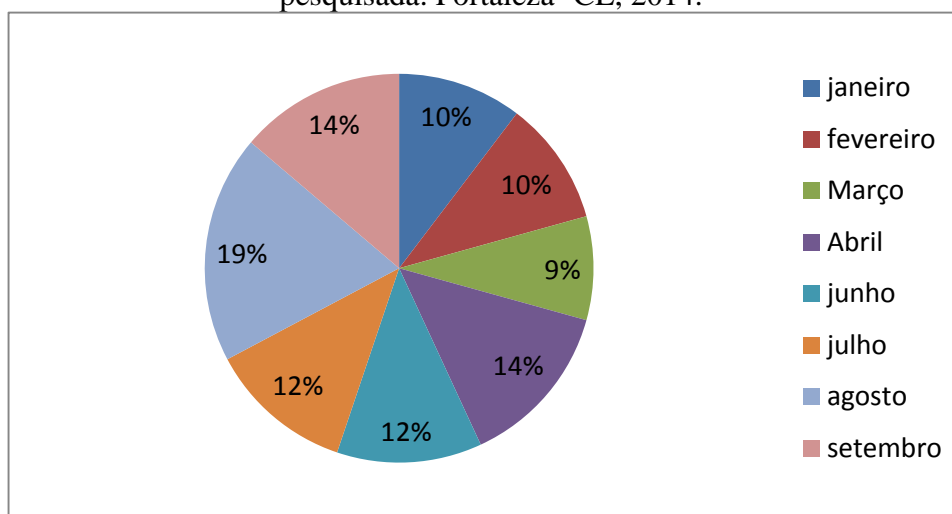
Os princípios hermenêutico-dialéticos buscam interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, as ações e inter-relação entre grupos e instituições. Propõem-se na trajetória analítico-interpretativa os seguintes passos: a) leitura compreensiva, com vistas à impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material da pesquisa; b) identificação e recorte temático que emergem dos depoimentos; c) identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos; d) busca de sentidos mais amplos (socioculturais), subjacentes às falas dos sujeitos da pesquisa; e diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo; e f) elaboração de síntese interpretativa, buscando articular o objetivo do estudo, base teórica adotada e os dados empíricos (GOMES, LEAL KNAUTH et al. 2012, p.3).

3.2 Campo de investigação

A escolha do campo da pesquisa está relacionada aos dados epidemiológicos os quais revelaram conhecimentos dos indicadores da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) e do Núcleo de Informação e Avaliação de Sistema (NUIAS). Mencionados dados fornecidos constituíram importantes informações sobre mortalidade infantil do município de Fortaleza, em especial, na instituição pesquisada, conforme gráficos: 1 e 2.

Por meio deles foi possível evidenciar que no período de 2011 e 2012 referida instituição acumulou estatística de maior número de óbitos perinatais justificados por ser uma unidade de referência de pré-natal de alto risco deste município e demais cidade do interior do Estado do Ceará.

Gráfico 3: Distribuição do número de óbitos perinatais ocorridos em unidade hospitalar pesquisada. Fortaleza- CE, 2014.



Fonte: NUVE, 2014.

Segundo os dados apresentados revelam, nestes oito meses do corrente ano, foram registrados 61 óbitos de recém-nascidos menores de sete dias de vida. No mês de agosto foram 10 óbitos, no mês de abril 8, em junho e julho ocorreram 7 em cada mês e em setembro 8. Portanto no mês de agosto de 2014 houve o maior número de óbitos perinatais

Deste total de 61 óbitos perinatais, 35 recém-nascidos são filhos de mulheres residentes no município de Fortaleza e 21 de mulheres provenientes de cidades do interior do Estado do Ceará.

Ao longo da sua história, o hospital em estudo tem prestado valiosa contribuição na área de ensino e pesquisa. Para retomar um pouco da sua trajetória histórica, veja-se um trecho do jornal que circulava na época da inauguração.

Um acontecimento festivo, hoje, em Fortaleza: começa a funcionar, oficialmente; tendo como missão Promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente, cujos valores, Ético, Legalidade, Moralidade, Impessoalidade, Publicidade, Eficiência, Equidade, Humanização, Segurança do paciente e Valorização profissional. (Jornal local, 1963).

3.3 Obtenção e registro das informações

3.3.1 Entrevista semiestruturada

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com questões abertas norteadas por um roteiro para que não houvesse distanciamento do foco da entrevista e conseqüentemente desvio dos objetivos.

Todas as entrevistas foram gravadas com a devida autorização após assinatura do TCLE dos entrevistados, e posteriormente transcritas para compilação dos dados obtidos. Coube ao próprio pesquisador fazer as entrevistas em horário disponibilizado pelo profissional e usuário pesquisado.

Deste modo entrevistaram-se os seguintes profissionais: assistente social (a), psicólogo (a), médico (a), técnico de enfermagem (a), enfermeiro (a) e funcionário (a) da zeladoria sobre suas percepções e vivências no cenário de enfrentamento da morte perinatal. Atribuiu-se um nome fictício para cada entrevistado (a).

Foram os seguintes os critérios de inclusão dos participantes: a) os profissionais de saúde que trabalhavam em salas de partos, centro cirúrgico e unidades de terapias intensivas com tempo de atuação de no mínimo um ano nestas unidades e tenham assistido recém-nascido e comunicado a morte às mães; b) funcionários da zeladoria que tenham tido contato com mães e familiares enlutados em sala do velório.

No que se refere ao critério de inclusão das mães na pesquisa: a) mães com idade igual ou superior 18 anos de idade, b) puérperas que dependam de assistência à saúde oferecida pela rede pública-SUS; c) com alta no prontuário.

Foram excluídas deste estudo puérperas com vivência ou história de morte perinatal anterior a esta gestação; b) puérperas que apresentaram registro em prontuário de diagnóstico de sofrimento psiquiátrico; c) puérperas que declinaram do convite para participar desta pesquisa.

O primeiro profissional entrevistado foi convidado de forma aleatória. Em seguida este profissional indicou outro e, assim, sucessivamente. Os profissionais foram convidados por conveniência do local e horário disponível de cada um.

Em prosseguimento ao estudo os dados coletados foram interpretados com base no método de análise de conteúdo definido como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não). Permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2011, p.48).

Assim, o processo de análise foi iniciado num trabalho gradual de apropriação do texto que propiciou a construção de unidades de registro.

Para BARDIN (2011), a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais possibilitaram uma descrição das características do conteúdo apreendido.

Outra contribuição importante ao aprofundamento do estudo foi o referencial teórico da antropologia.

O campo da antropologia da saúde dispõe de referenciais teóricos para a pesquisa qualitativa no âmbito dos serviços de saúde por já ter amadurecido inúmeros estudos que incluem os processos de: 1- reconhecer culturalmente a doença e o doente; 2- produzir explicações para origens dessa doença ou de sofrimento físico ou mental; 3-escolher, buscar, receber, promover e avaliar as ações terapêuticas. Essas ações são carregadas de significados. Os vários sentidos atribuídos pelos sujeitos a essas experiências no longo do tempo e em diferentes espaços constituem, portanto um campo pleno ao exercício de interpretação antropológica (DESLANDES, GOMES, 2010, p.113).

Como se percebe, a antropologia contribuiu de forma significativa para a interpretação dos signos e símbolos implícitos nas falas dos entrevistados.

Em função das normas imanentes a uma cultura, as ações podem ser estimadas ou apreciadas, isto é, julgadas segundo uma escala de preferência moral. Recebem assim um valor relativo, que leva a dizer que determinada ação vale mais que outra. Esses graus de valor, atribuídos inicialmente podem ser estendidos aos próprios agentes, que são considerados bons, maus, melhores ou piores (RICOEUR, 2012, p.105).

3.3.2 Observação participante

Na pesquisa qualitativa, a observação participante é considerada parte essencial do trabalho de campo. Sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo para compreensão da realidade (MINAYO, 2010, p.273).

No decorrer da pesquisa teve-se oportunidade de observar o cotidiano dos funcionários na condução dos familiares até a sala do velório, espaço localizado no final do hospital onde se deposita todo material de sucata e equipamentos em desuso.

Ao lado há uma sala onde é guardado o lixo hospitalar contaminado. Há também uma balança para pesar o lixo ali guardado. No interior da sala, nas proximidades da porta, o crucifixo. Chamou atenção um pequeno carro nas cores azul e branca para traslado do corpo do bebê e maca de alumínio para ancorar o corpo do paciente. Este espaço é chamado de pedra. *“O corpo está na pedra”*

Veja-se uma passagem bíblica que faz referência aos ritos e costumes dos judeus no sepultamento dos seus povos em rochas. Questiona-se a expressão “pedra”. E, sua origem associada a este momento histórico.

Os judeus levavam seus mortos à sepultura sem o esquife, isto é sem um caixão como nós ocidental fazemos. Simplesmente os mortos eram enrolados em um lençol.

O Novo Testamento nos transmite este conhecimento. Existe um ritual de sepultamento, o corpo era lavado, ungido com perfumes e aromas, envolvido em lençóis de linho. Finalmente colocado em um nicho escavado na rocha ou grutas que eram abundantes na região. Na cidade de Jerusalém existem milhares destas grutas que serviram para sepultamento de mortos. (Texto Bíblico).

Cabe aqui evidenciar a história de vida foi utilizada como recurso metodológico importante para obtenção dos dados.

No que se refere à história de vida que se insere no amplo quadro da história oral constitui-se como uma das técnicas de obtenção de narrativas e, dada sua especificidade, pode encontrar um símile em documentação escrita. É possível dizer que a história de vida se assemelhava a outras técnicas de entrevista, tais como os depoimentos pessoais, as autobiografias, biográficas etc (LIMA, LARA, 2014, p.17).

Outro aspecto observado se refere à religiosidade que é fortemente marcada por símbolos no interior da instituição para proteção e condução de gestantes para um bom parto. Verificou-se a existência de uma capela para orações dos servidores e usuários do serviço em momentos de angústia e aflições. No entanto, presenciou-se apenas servidores em suas orações individuais.

4 NARRATIVAS: Histórias de Vida e Teia de comunicação dos profissionais de saúde

4.1 Chorando a morte do seu bebê

No grande centro urbano de Fortaleza, no Nordeste brasileiro, os sentimentos e reações das mães que sofrem as mortes dos seus bebês são expressos à flor da pele. Para algumas novas mães, o choque da morte na sala de parto é tão forte que elas simplesmente negam que os bebês amados padeceram, ficaram sem vida. Conseqüentemente, as mães traumatizadas recusaram ver os corpos dos seus filhos mortos. Para outras mães enlutadas, o sofrimento parece aumentar depois de ver, ou seja, testemunhar com seus próprios olhos os corpos frios e “desfigurados” dos seus recém-nascidos, que momentos antes estavam vivos. A maioria das mães (80%) chorou logo depois de verificar que o “filho de Deus” faleceu; somente (20%) das mães estudadas afirmaram que não choraram uma lágrima sequer depois da morte precoce do filho. A existência de expressão de tristeza e incompletude mesmo quando a mãe já possuía outros filhos, acresce ao desespero o remorso por não ter realizado em tempo oportuno o tratamento para cura de doença sexualmente transmissível (DST).

À medida que estas mães, no período puerperal, vão tomando consciência da perda, muitos são os sentimentos: o silêncio, o fim do sonho, a culpa, a incompletude e a tristeza. Mas no caso de Mafalda o silêncio encobrindo uma dor profunda e um choro sufocado dentro do peito.

4.1.1 Mafalda: o fim do sonho

Fátima, 32 anos, estatura baixa, cabelos compridos e lisos, moradora da cidade de Iracema. O nome da cidade traz lembranças do romance do escritor José de Alencar. Localizada a 285 km, três horas de carro para cidade de Fortaleza. Fátima chegou à emergência hospitalar pela ambulância da sua cidade. Veio cheia de esperança de dar à luz aos seus dois meninos, gêmeos. Aguardava com ansiedade o nascimento de Douglas e Rafael. Deixou com sua mãe no interior o seu único filho Pedro de 9 anos, fruto do seu primeiro casamento. E, agora, está no segundo casamento com André, homem jovem e sem filho. André diz que gostaria de ser pai. “*Depois da minha separação, vivo uma relação estável com esse rapaz há três anos*”. Com o seu novo amor guarda muita expectativa de ser novamente mãe. “*Eu já estava com planos de engravidar e comecei o acompanhamento. Aos quatro*

meses fiz ultrassom e fiquei sabendo que um dos bebês tinha má-formação. A gravidez foi complicando. No final do quinto mês a saúde o outro foi se complicando também. Foi aí que o Dr. Inácio me transferiu para Fortaleza". Mas sempre naquela esperança que pudesse resolver e a criança nascer sem grandes problemas. *"Sempre tive esperança de dar à luz aos dois meninos que carregava na barriga"*. Tanto Mafalda como seu companheiro esperavam com muita emoção e expectativa para acalentar no colo e acariciar os rostos dos filhos maravilhosos. *"Os primeiros meses fui bastante paparicada por André."* Mas ainda na sala de parto o Dr. falou da morte do primeiro filho. O segundo morreu logo depois. Ainda na sala de parto. Foi indagada se gostaria de se despedir dos seus filhos. Traumatizada pelo fim do sonho de ser mãe, respondeu: *"Eu não quero ver meus filhos mortos! não estou me sentindo em condição de ver meus filhos"*. O luto é iniciado no contexto hospitalar, ambiente estranho, transitório e nos primeiros momentos sem o aconchego familiar. A paciente mostrou-se calada no período pós-parto. Por ocasião da chegada à enfermaria, o companheiro curvou-se ao leito e, abraçados, os dois choraram em silêncio por muito tempo. O casal enlutado decidiu não ver os rostos dos bebês para não guardar lembranças deste momento.

4.1.2 Sofia: Eu devia ter feito

A jovem Sofia, 23 anos, pele parda, cabelos alourados. Casada há quatro anos. Sem nenhum filho. Chegou às pressas na maternidade em Fortaleza, veio encaminhada pelo sistema de referência de Ocara-CE, que significa "aldeia" em tupi guarani, localizada há 85 km da cidade de Fortaleza. Acompanhada pela técnica de enfermagem do hospital. Saiu do interior sem nenhum familiar. Narrou que no acolhimento esperou pelo atendimento com um misto de sentimentos: felicidade, angústia e medo. Essa é a sua segunda experiência de gestação. A sua primeira gravidez foi há dois anos. Sofreu um grande golpe diante da morte do seu esperado filho. Agora nesta segunda gravidez, uma nova tentativa de dar uma filha ao seu marido. Porém recebeu nesse dia uma das piores notícias de sua vida. Só descobriu a morte do bebê quando realizou exame. *"Esse dia, vai ficar marcado na minha vida. Foi aí que veio aquela notícia da morte [...] a morte dela. Já é a segunda filha que perco. Eu vou voltar para casa sem a minha filha. Dessa vez fiz tantos planos. O enxoval já estava pronto"*. Sofia ao mesmo tempo sentia: a dor, tristeza e a culpa: *"A minha irmã dizia que eu tinha que fazer um tratamento antes de engravidar, mas eu não fiz. Eu devia ter feito"*. Nesse momento ela intercala o choro com o silêncio e pensa no marido *"O meu marido está depressivo e, agora quero ir pra casa, mas só posso ir quando tomar injeção de benzetacil"*. A paciente deseja retornar a sua casa, sua cidade natal, mas carrega o sentimento de incompletude por

não poder acalentar o seu almejado filho. A paciente não compreende a sua condição de saúde, pois a mesma teve sorologia positivo para sífilis. Sente a culpa por não ter feito tratamento após a perda do primeiro filho. A técnica de enfermagem, Marina apresentou o corpo do recém-nascido, o “*pacotezinho*” mostrou a mãe. Perguntou primeiro se a mãe queria vê o bebê que estava envolto com uma fralda. Depois que o recém-nascido morreu permaneceu uma hora depois na unidade. A equipe de enfermagem (pesou mediu, e também identificou com o nome da mãe). Só depois o funcionário transportou-o para o necrotério. Este rito acontece cada vez que uma criança morre. Nesta determinação é notável, sobretudo, que os profissionais corroboram para que as mães vivenciem o luto pela morte do filho.

4.1.3 Dona Benilda: Minha tristeza

Elizabeth, 40 anos, pele parda, cabelos cacheados, moradora do Bairro da Serrinha, território da regional IV, onde se localiza o aeroporto internacional Pinto Martins. Do lar, trabalha em casa e cuida dos quatro filhos. Marcada pela experiência da vida, relata: “*Eu não acreditava que pudesse engravidar de novo por conta da idade Quando soube da novidade fiquei feliz e passei a me cuidar pra criar mais um filho*”. Com uma voz baixinha diz que o marido também aceitou a vinda do filho. “*Essa gravidez; foi diferente desde o começo foi complicada*”. Interna há quatro dias, foi admitida nesta unidade hospitalar depois de percorrer outras maternidades. Descreve que veio às pressas com perda do líquido amniótico e acompanhada da filha. Ficou muito triste pela perda do bebê, mesmo tendo outros filhos. “*A minha tristeza por não poder levar para casa o meu bebê.*” A tristeza tomou conta do semblante da paciente. Por ocasião da entrevista estava desacompanhada da família. Ao perguntar pelos familiares, argumentou que o marido estava no trabalho e as filhas também não poderiam estar com ela no hospital.

O cotidiano da maternidade em estudo é saturado pelo sofrimento humano e luto traumático de mães e familiares que se desesperam diante da morte do seu filho natimorto e recém-nascido. O sofrimento das mães pela morte do filho é profundo, e vivenciado de modo individual, distante dos amigos e do seu grupo social.

4.2 Teia de comunicação dos profissionais sobre a morte perinatal

A morte é tema tabu que provoca inúmeros sentimentos, dentre eles o medo, mas também oportuniza o convívio com familiares, ensina a confortá-los neste momento de dor. Vejam-se os seguintes sentimentos e percepções dos profissionais associados à morte

perinatal: a empatia dos profissionais, a produção de vínculos, menos-valia do corpo, a tragédia e comunicação com a trama.

Os núcleos de saberes do serviço social e psicologia constroem relação de empatia com pais e familiares a partir do anúncio do óbito. A assistente social lembra um caso de morte que foi muito impactante. *“A mãe gritava, não aceitava a perda, ela botou o filho nos braços. [...] Eu mesmo chorei assim, naquele momento. porque a gente vê o sofrimento do outro termina por se sensibilizar”*. Estes profissionais que trabalham na neonatologia e salas de parto têm suas práticas com enfoque no nascimento e na morte. Estão em prontidão para acolher as mães e parentes que procuram o apoio emocional e informações para futuras providências relacionadas ao óbito e alta. No que se refere à produção de vínculos, ainda é uma prática contra- hegemônica, pois somente alguns profissionais vislumbram.

O profissional de saúde narra: *“Eu, acho que os profissionais deveriam se sensibilizar mais no momento da morte não só saber lidar com a vida, mas também com a morte, também juntamente com a família e que todos pudessem se envolver”*.

Neste cenário, cada profissional tem um papel importante na condução do tratamento, cura e acolhimento aos familiares por ocasião da morte. A psicóloga reafirma: *“O médico tem essa obrigação porque os argumentos, assim, os instrumentos como é que eu posso dizer de uma forma biológica, orgânica que só ele tem.”* Os profissionais de saúde apontam as dificuldades no que diz respeito ao despreparo da equipe para o agir interdisciplinar diante da morte.

Na unidade de Neonatologia os profissionais exercem sua prática, construindo uma relação de empatia com os pais enlutados a partir da dor e sofrimento ao anunciarem a morte. Os pais permanecem: calados, chocados, parados e desesperados. O depoimento a seguir expressa: Manoela, 29 anos, cabelos curtos, pele clara, psicóloga descreveu: *“Eu tinha informação de que somente o pai acompanhava-o no decorrer da internação, naquele dia quando o bebê morreu eu acompanhei os familiares até a sala do velório, e percebi que o pai chorava com muita intensidade e pedia desculpas ao filho”*. Nesta vivência, a profissional percebe nas palavras do pai o silêncio dos familiares, a importância do bebê esperado mesmo que a vida não tenha se concretizada. E, continua: *“Eu vi que o bebê era considerado como um reizinho, ele era uma majestade e naquele momento em que se concretizou a morte, perdeu-se este trono, perdeu-se a possibilidade de conferir o trono, foi traumático”*.

As expressões dos sentimentos dos pais dimensionam de modo simbólico a interrupção precoce do nascimento de um bebê que representa um projeto de vida para aquela família. Esta criança passa a ser esperada como signo de uma majestade. Nesta perspectiva de compreensão, cada gravidez é considerada única e os familiares sempre guardam expectativas em relação ao nascimento daquele ser. *“Assim cada mãe expressa seus sentimentos e reações de forma diferente. Considero importante que os familiares vejam o corpo do bebê, remetendo a história da gestação e familiar”*.

A psicóloga relata outra situação nunca vivenciada. Por ocasião do sepultamento do natimorto, a avó materna mostrou-se indignada pelo fato da funerária não ter preparado o corpo com vestimentas. Ela reclamava bastante. A psicóloga indagou o que estava acontecendo e ouviu como resposta: *“Eu estou revoltada porque não tinha uma roupinha do bebê”*. Novamente a profissional perguntou: *O que posso fazer*. A avó respondeu: *“Ah, eu ligo para minha casa e peço para alguém trazer”*. *“E, assim, quando a roupa chegou, a avó vestiu conversando o tempo todo com o neto”*.

Eis a fala de Nara, assistente social: *“As mães quando sabem do óbito elas ficam bastante fragilizadas, choram muito”*. *Espera-se que a gente possa ainda crescer muito nesta questão de como lidar com a morte, não digo só como assistente social, mas toda equipe*. E continua a sua fala: *“Porque eu acho que os profissionais deveriam se sensibilizar mais no momento da morte, não só saber lidar com a vida, mas também com a morte, também juntamente com a família e que todos pudessem se envolver”*.

No hospital os profissionais de saúde mostram-se empáticos de acordo com a formação pessoal e profissional.

O contexto hospitalar é ainda marcado pela prática biomédica. No entanto, alguns profissionais constroem uma prática contra-hegemônica, contribuindo para efetivação da formação de vínculos com usuárias do SUS. As gestantes com diagnósticos de alto risco são admitidas anteriormente ao trabalho de parto para assistência da equipe de saúde. Permanecem em observação para evitar os riscos; mãe e bebê. Louise, 25 anos, técnica de enfermagem descreve: *“[...] Acaba que você gera uma afinidade com a pessoa, tem gestantes que ficam dias e dias no hospital. Teve outra gestante que estava aqui e tinha pressão alta, era bem branquinha, a gente brincava com ela, tinha um olho azul, com diagnóstico de pré-eclâmpsia e help, tudo junto e ela morreu com o bebê. Eu tenha ido banhá-la nesse dia que entrou para tomar banho, quando foi à tarde ela chocou”*.

Eis como a enfermeira Veridiana, vinte anos de experiência de trabalho na UTI-Neonatal, expressa sua vivência nesta unidade.

Perguntei qual experiência referente ao óbito que mais a sensibilizou. Conforme respondeu. *“Presenciei vários casos no decorrer destes vinte anos, visto que esta maternidade, por ser referência em pré-natal e parto de risco, recebe inúmeras gestantes, principalmente com idade avançada, com patologias crônicas, cardiopatas que desejam muito serem mães e às vezes não dá muito certo aquela gravidez. Às vezes nasce com má-formação e não resiste muito tempo. Teve um caso que a gestante passou três meses internada, toda assistência médica para segurar o bebê, mas quando nasceu tinha uma cardiopatia congênita agressiva e durou pouco. Ela ficou muito abalada. Teve todo o apoio da psicologia e do serviço social. Todo mundo se mobilizou. Ficou marcado, assim [...] por muito tempo.”* (Depoimento do profissional de enfermagem).

Ainda sobre óbito na Neonatologia, uma funcionária assim expressou sua experiência: *“Teve alguns casos que me sensibilizaram bastante, dois ou três casos de bebês que já estavam no hospital há muito tempo e, que a mãe lutou, o bebê passou por cirurgia, melhorou e depois piorava. Passou pela espera que desse certo e acaba que cria vínculos. Teve a experiência de um bebê que nasceu com anencefalia e que ainda durou três meses aqui. A gente sentiu muito pois, embora soubesse que era um bebê sem prognóstico, ele fez parte do nosso cotidiano de trabalho”.*

De acordo com o relato da equipe de saúde, mesmo trabalhando na produção da saúde e ter se especializado em neonatologia é sempre muito difícil. *“Prestar assistência ao recém-nascido que em seguida evolui ao óbito, machuca muito”.*

As experiências descritas poderiam ser ilimitadamente multiplicadas, porém pelas poucas aqui citadas já se vê explicitamente que alguns profissionais possuem um maior potencial para produção de vínculos. *“Quando cria um vínculo é muito difícil para qualquer profissional”.*

Angelita, assistente social, 39 anos, relata: *“A gente vê que é difícil para a gente, principalmente para eles que estão diretamente com o bebê dando toda assistência, não falo somente os médicos, mas a equipe de enfermagem também. Porque a nossa relação é mais com a família, pai, mãe”,* explica a assistente social.

E, continua no seu relato. *“Da experiência que tive, os médicos vão criando um vínculo muito forte com essa criança, com essa família. Eles se sentem impotente pelo fato de não ter*

conseguido salvar a vida do bebê. Eu já vi muitos médicos chorando, residente chorando porque era aquele bebê de que ele estava cuidando e não conseguiu salvar a vida”.

O profissional médico narra seu desespero no episódio ocorrido na unidade de terapia intensiva (UTI) onde morreram um grande número de recém-nascidos. Refere-se a um período que o marcou bastante. *“Um único dia que eu lembro, muito nova, terminando a residência, tive que fazer seis atestados de óbitos numa tarde, um óbito atrás do outro. Eu fiquei desesperada, pois estava além da minha força, não tinha recurso para que você utilizasse, não tinha o que você fizesse. Então isso me marcou muito. É como se eu tivesse criado sequelas. Então, assim, depois desta época graças a Deus eu nunca mais peguei uma leva de um índice de mortalidade tão alto, voltou à normalidade”.* Para o profissional de saúde, a morte é um fracasso pelo que foi feito de tudo o que se aprendeu na faculdade, mas que realmente aconteceu.

Como observado, o profissional de saúde é impotente diante do número insuficiente de leitos da UTI Neonatal para garantir o acesso de prematuros do município de Fortaleza e Estado do Ceará.

As práticas hegemônicas da saúde são fundamentadas na biomedicina. Assim o agir biomédico repercute o novo desenho multiprofissional planejado para o acolhimento aos familiares. A complexidade do trabalho interdisciplinar requer o exercício cotidiano do pensar e do agir profissional. Anteriormente a comunicação da morte era feita de forma individual pelo profissional que estava acompanhando a paciente.

Os profissionais de saúde relatam a dificuldade da comunicação no plantão noturno incluindo o período da madrugada. Afirmam: *“Muitas vezes o profissional médico se exime pelo fato de não ter assistido referido recém-nascido no plantão anterior. O mesmo não quer comunicar, entendeu? o faz diante de muita insistência”.* Parte da equipe argumentou que os profissionais não estão devidamente preparados para comunicar o óbito. Termina por delegar a outros núcleos de saberes o papel da comunicação.

Ainda contribuindo ao debate a profissional enfermeira relata: *“acho que a comunicação da morte não deveria ser feita individualmente, digo por um profissional. Já que existe um fluxo de comunicação. Acrescem-se às dificuldades no processo de trabalho dos profissionais algumas questões, entre estas, a falta de formação em tanatologia. A dificuldade que eu percebo é que a equipe não está suficientemente articulada para tal ação”.* Inclui-se, ainda, a falta de educação continuada para as equipes hospitalares como

também a fragmentação do agir profissional. Só recentemente discutiu-se a participação do profissional médico na equipe de acolhimento do óbito

4.3 Novo arranjo hospitalar para comunicação de más notícias

Hoje, o papel dos profissionais é definido com mais clareza para que a comunicação da morte seja feita pela equipe multiprofissional: médico, assistente social e psicólogo. Outrora, o anúncio era de responsabilidade dos núcleos de serviço social e psicologia. Esses profissionais empenham-se para dar um mínimo de conforto e dignidade aos pais. A enfermeira argumenta: *“A gente tem se esforçado bastante para dar o mínimo de dignidade e conforto a essa mãe, tenta-se humanizar no momento que essa família vai receber a má notícia. Quando o bebê fica grave ou vai a óbito, toda equipe se mobiliza, mas assim a notícia do óbito é dada pelo profissional médico. A gente chama a assistente social e por sua vez chama a família e acompanha mãe, pai, avô do bebê. Às vezes, a mãe ainda está internada. A equipe de enfermagem também faz sua parte em apoio às informações necessárias”* (Depoimento de um profissional de saúde).

A mudança da diretoria da Neonatologia em 2013 permitiu a discussão de mudanças de paradigmas. A equipe descreve que só a partir da mudança da gerência da neonatologia atribui-se importância do médico comunicar o óbito”. Contatou-se que cada profissional tem o seu papel na equipe de saúde e independente da função possui uma responsabilidade social, fortalecendo a visão multiprofissional.

Continua a fala da assistente social: *“Geralmente a gente comunicava na salinha de reunião, o médico colocava tudo o que aconteceu, tudo o que foi feito. A psicóloga dava o apoio à mãe. O serviço social procedia com orientações e encaminhamentos sociais.”* A proposição deve aqui mostrar que não se trata, em absoluto, da somatória de ações fragmentadas sobre o usuário, todavia espera-se o avanço na prática interdisciplinar.

Os funcionários acolhem e acompanham os pais na despedida aos bebês mortos. No caso das famílias pobres, os jovens casais surpreendidos precocemente com a morte vão precisar do benefício funeral para o sepultamento. Mais uma vez, o excesso de burocracia permeia o rito do enterro da criança.

A transferência do parto para os hospitais faz com que a morte seja vivenciada apenas pelos mais próximos, de forma solitária: assim aos poucos se perde o seu caráter público, antes compartilhado pelo grupo social. Esta cerimônia é compartilhada pelos pais e

funcionária do hospital e funerária. Perguntei à funcionária da zeladoria o que mais a emocionou neste trabalho.

Narrou um fato acontecido. Naquela manhã de agosto foi chamada pela equipe do Serviço Social para que a senhora Ivanilde e seu esposo se despedissem do primeiro filho. *“A mãe disse que já estava tudo pronto; o quarto do bebê e que espera com muita ansiedade e não esperar aquilo acontecer. Esperava passar o dia dos pais com o filho”*. Relembrou: *“Eu vejo como um momento de muito sofrimento. A maioria das vezes as mães não estão preparadas. Elas veem pra resolver o parto e na hora de ter o bebê vai a óbito, você vê no olhar delas muito sofrimento, só Deus pra consola”*.

E, continua: *“Quando chegam à sala do velório estão aparentemente tranquilas, mas quando veem o corpo, pra elas são momentos de sofrimento. Elas choram, eu pego direitinho o corpo e boto nos braços delas. Elas seguem segurando como se estivessem vivos. No seu último adeus ficam agarradinhas, pegam nas fraldinhas, no cabelo ficam alisando. É um sofrimento, mas acho bonito o carinho com que elas tratam mesmo sabendo que é o último adeus.”* A funcionária testemunha e consola os pais nos preparativos fúnebres.

4.3.1 Burocracia para sepultamento

Para o sepultamento os pais enfrentam dupla dificuldade: a financeira, pelo fato do inusitado. O investimento inicial com enxoval e cuidados com a gravidez e documentação excessiva. Veja-se o depoimento a seguir. O senhor Tarcísio, 40 anos, pele morena, trabalhador da construção civil, pai de um recém-nascido que morreu em sala de parto, argumentou: *“Já não basta a dor de perder o filho, tem que ainda registrar, esperar para receber o documento pra levar para cemitério. É muita dor”*. Alguns pais não dispõem de documentação. Cito como exemplo a carteira de identidade.

Portanto, precisam providenciá-los. A documentação para liberação do corpo e acesso ao benefício funeral (Lei Orgânica de Assistência Social-LOAS nº 8.742 de 07 de 12 1993) inclui o seguinte: cópias de identidades dos pais, comprovante de residência, declaração de óbito, encaminhamento do serviço social para funerária.

Quando os pais não têm estes documentos, o corpo permanece no hospital. Eis um caso narrado pelo funcionário. *“Neste mês de junho, uma mãe veio buscar o corpo de um bebê que morreu em setembro do ano passado. O bebê já não tinha nem forma. Eu perguntei a ela qual o motivo da demora, e a mesma disse que era a burocracia, a falta de uma carteira de identidade. Eu achei que era um tipo de omissão. Porque, tem mãe bem triste, tem pais que*

choram, a gente vê o que estão sentindo. Mas tem família que a gente vê a displicência. A morte de uma criança não é para a gente ficar feliz, eu penso assim. Achei omissão da mãe, achei muito avoada digamos assim”.

O excesso de documentos dificulta, principalmente, os excluídos dos direitos sociais cumprir seus compromissos. Nos casos de total impedimento dos pais em comparecer ao hospital para providenciar o sepultamento do RN, este é sepultado como um bebê indigente.

O Código dos Direitos do Paciente: carta da pessoa hospitalizada no SUS, Ceará (2005), recomenda no art. 34 que o paciente deve ter sua dignidade respeitada plenamente após a morte, devendo seus familiares ou responsáveis ser avisados imediatamente após o óbito. Como exposto, a observação participante permitiu identificar a indignação de funcionários e usuários pelo fato da sala do velório localizar-se ao lado do lixo hospitalar. O necrotério é também chamado de “pedra”. Possui uma estrutura física precária, ladeada de móveis e utensílios quebrados e lixo contaminado.

Estas questões objetivas depõem de modo negativo pelo fato do hospital não dispor de ambiência humanizada para recepcionar familiares enlutados. No depoimento do usuário: “*Os anjinhos são velados ao lado do lixo contaminado*”. Outros fatores estruturais fogem à governabilidade destes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O cotidiano das mães enlutadas é marcado por trauma, remorso e profunda tristeza. O tempo de espera após o diagnóstico da morte do filho até a resolução do parto provoca desolação, raiva e dor. E, por parte dos familiares grande ansiedade. Tais sentimentos impulsionaram: a negação da morte que conduziu a recusa da mãe de não ver o filho querido. Outras mães preferiram ver o rosto desfigurado do “menino rei.” E acalentá-lo no colo, beijá-lo e sussurrar o seu nome: Douglas, Daniel, Lívia... Às mães somente restaram o desespero, o remorso e culpa de não ter realizado em tempo oportuno o tratamento para cura da sua doença. A falta de informações claras levou essas mães à fantasia de acreditar que de alguma forma fossem ignorantes, negligentes ou incompetentes. À medida que estas mães vão tomando consciência da perda, muitos são os sentimentos: o fim do sonho, a culpa e a tristeza. E, ainda: a sensação de incompletude mesmo quando a mãe já possuía outros filhos.

Diante do sofrimento das mães, os profissionais de saúde expressaram diferentes sentimentos e reações permeados por: empatia, produção de vínculos, menos-valia do corpo, desespero e trama na comunicação. Culturalmente a morte é considerada um tema tabu. Provocou no funcionário o medo, mas também oportunizou o convívio com familiares enlutados, ensinou a confortá-los no momento de dor.

Os núcleos de saberes do serviço social e psicologia construíram uma relação de empatia com pais e familiares a partir do anúncio do óbito. Estes profissionais se disponibilizaram para acolher as mães e parentes que buscaram o apoio emocional e informações para providências relacionadas ao sepultamento do recém-nascida e alta da paciente.

No que se refere à produção de vínculos, ainda é uma prática contra-hegemônica no campo do acolhimento aos pais enlutados, pois somente alguns profissionais vislumbraram este agir. Entretanto, a prática biomédica, o despreparo e o acúmulo de atribuições dos profissionais prevaleceram além da esquiva em lidar com pacientes nestas condições.

Em 2013 emergiu a discussão da importância da preparação da equipe no concernente à comunicação da morte. O novo desenho para promover a dignidade do luto especificou que cada profissional tem seu papel na equipe de saúde e independente da função. E este possui uma responsabilidade social, fortalecendo a visão multiprofissional. O adeus dos pais aos bebês mortos é sempre acompanhado pelo funcionário. De modo geral, as famílias excluídas

socialmente são orientadas para o acesso ao benefício funeral para providências relacionadas ao sepultamento. Para cumprir o ritual do enterro há uma extensa burocracia referente aos inúmeros papéis que comprovam o nascimento e a morte.

Como mostram os dados do DATASUS, portanto, fornecidos pelo Núcleo de Vigilância epidemiológica desta instituição hospitalar, até o mês de setembro de 2014, ocorreram um total de sessenta e um (61) óbitos neonatais precoces nesta instituição, distribuídos de forma mensal.

Nesta perspectiva, o corpo é cuidado como uma máquina. Cada profissional no cômputo da sua competência cuida da sua “peça”, ou seja, da sua especialidade. Tal concepção na área da saúde é hegemônica no agir profissional.

Estas relações são também marcadas por conflitos frutos das desigualdades impostas no contexto da sociedade capitalista, evidenciando uma hierarquização de poder entre os profissionais e por sua vez uma relação de dominação sobre os usuários.

A teia das relações humanas existe onde quer que os homens vivam e ou trabalhem juntos manifestando vontades, intenções conflituosas e saberes (ARENDR, 1991, p.196).

No lócus hospitalar, na teia de relações identificaram-se fragilidades, luto e sofrimento vivenciado principalmente pelas mães e familiares que dialogaram em diferentes arranjos institucionais, de um lado por meio da clínica tradicional e, por outro, mais recentemente no arranjo multiprofissional ainda em construção.

Conforme observado, a prática tradicional apresenta-se por meio da fragmentação e verticalização dos processos de trabalho que fragilizam as relações entre os profissionais de saúde e os usuários. E, por sua vez, o despreparo para lidarem com as questões subjetivas e sociais da população excluída no contexto da sociedade capitalista.

Foi possível perceber neste contexto o espaço contraditório no campo do agir e do pensar dos profissionais. Evidenciou-se a existência de ações isoladas e fragmentadas, sobretudo na comunicação da morte perinatal. Diante disto, muitas vezes era preciso um determinado núcleo profissional articular os demais saberes. Em outros momentos, apenas um profissional obteve a esperada resolutividade.

A construção multiprofissional perpassou os diversos núcleos de saberes diretamente envolvidos com o complexo fenômeno da morte perinatal. Assim, o trabalho interdisciplinar

perpassa algumas equipes hospitalar, comunicando e compreendendo o sofrimento e a vivência do luto das mães e familiares.

Contudo, as expressões da vivência do luto destes familiares foram respeitadas. Como também as decisões de como vivenciar o luto, inclusive no tocante àquelas mães que não estavam em condições emocionais de se despedirem do corpo do recém-nascido.

Muito embora este cenário seja um lócus específico, termina por revelar que o Sistema Único de Saúde é a grande vitrine da execução das políticas de saúde. Verifica-se, hoje, o esforço do Ministério da Saúde por meio dos seus grandes pensadores em produzir nova cultura no agir dos seus profissionais corresponsáveis na execução destas políticas.

No entanto, a implementação destes novos ditames esbarra no campo da execução, visto que ainda não foram assimiladas pelo conjunto dos trabalhadores e gestores da saúde. Mencionam-se, ainda, a falta de autonomia do controle social e o despreparo político de alguns integrantes, sobretudo quanto ao papel desta instância de poder.

A exemplo disto, ressalta-se a Política Nacional de Humanização implementada a partir dos anos 2000, afirmando a importância e a urgência em viabilizar uma saúde de qualidade comprometida com a ética e em defesa da vida.

As justificativas são amplas para a não consolidação de fato desta política. Todavia, a despeito do baixo investimento na saúde e dos poucos recursos na qualificação dos trabalhadores e gestores no tocante à gestão participativa e ao trabalho em equipe, persiste a expectativa de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários.

Percebe-se que os arranjos organizacionais da comunicação têm rebatimentos nos sentimentos dos familiares fragilizados pela perda que simbolicamente representa a perda de um bebê “majestade”. Por esse motivo não se admite a banalização da morte ocorrida. Por sua vez, mesmo num contexto multiprofissional, predomina a hegemonia do ideário e do *modus operandi* da medicina científica. Em diferentes momentos observou-se a solidariedade dos profissionais em decorrência da produção de vínculos estabelecidos com as parturientes e crianças recém-nascidas.

Notadamente alguns episódios marcaram os profissionais que se permitiram vivenciar sentimentos de empatia e solidariedade às mães com gestações de alto risco que permaneciam internadas um maior espaço de tempo para os cuidados. Somam-se a esta pauta de discussão as dificuldades apresentadas referentes às questões estruturais com repercussões na caótica

ambiência na sala de velório ao lado de sucatas e lixo contaminado que causou indignação, sobretudo, aos funcionários e usuários.

Cumpramos ressaltar: o compromisso da pesquisadora em apresentar os resultados aos interlocutores que participaram da pesquisa e demais funcionários que trabalham com a temática.

PROPOSTAS PARA O ACOLHIMENTO DOS FAMILIARES E HUMANIZAÇÃO DA MORTE

Com suporte nos dados obtidos por ocasião da pesquisa apresentam-se e recomendam-se as seguintes propostas para humanização da morte na referida instituição:

- Reformar instalações da sala do velório, construindo uma ambiência favorável ao conforto dos pais e familiares enlutados com a perda dos seus filhos;
- Estabelecer equipes multiprofissionais diaristas para acolhimento e acompanhamento de pais e familiares;
- Construir um fluxograma para o acolhimento dos usuários e familiares;
- Planejar cursos de tanatologia para os profissionais e residentes diretamente envolvidos com as questões relacionadas à morte;
- Referenciar puérperas com história de morte perinatal para a equipe saúde de Família para o acompanhamento psicológico tendo em vista a gravidez subsequente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Referido estudo possibilitou conhecer as expressões e sentimentos inerentes ao luto perinatal das mães no âmbito do Sistema Único de Saúde. Com significados diferentes para os profissionais da equipe hospital e usuários da rede pública de saúde.

Aludidas expressões foram produzidas e reproduzidas a partir do encontro destes interlocutores. Como visto, a perda perinatal é considerada como a forma mais dolorosa de luto porque é muitas vezes súbita e inesperada.

O primeiro olhar foi dos profissionais ancorados nas estruturas institucionais perpassados de hierarquização dos micropoderes presentes e ausentes. Como ressaltados no campo das ciências médicas as resoluções partem da concepção biomédica construída com o apoio nos fundamentos cartesianos, dissociando o pensar e o agir.

Para as mães e familiares a morte representa a terrível sensação de perda, a dúvida em saber o porquê o que deixou de fazer. Enfim, a angústia por respostas. As mulheres com mais idade revelaram que a dor pela perda do filho é mais intensa, pois nessa hora avaliam não ser uma jovem de organismo forte e, portanto, sua capacidade de abalo emocional é bem maior.

De modo geral existe ainda um despreparo dos profissionais para lidarem com a morte. Cada profissional expressou de acordo com a sua formação pessoal e profissional por meio do silêncio, mantendo distância do paciente, manifestando empatia com os pais enlutados, esquivando-se de comunicar o óbito. Ademais, apesar das orientações da política de humanização para o desenvolvimento das ações profissionais, neste caso específico, falta o comprometimento das instituições no tocante a uma estrutura física adequada para o acolhimento e comunicação dos familiares. Com base nestas questões expostas pela pesquisa, apresenta-se uma proposta para humanização da morte nesta unidade hospitalar.

REFERÊNCIAS

AFONSO, S. B. C.; MINAYO, M. C. S. Uma releitura da obra de Elisabeth Kübler-Ross. **Revista Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, 2013.

ARAÚJO, M. C. **A O bairro Santa felicidade por ele mesmo. Espaço urbano e formas de representações sociais em Maringá, Paraná.** 2005. 299 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araraquara.

_____. **A Teoria das representações sociais e a pesquisa antropológica.** **Revista Hospitalidade**, São Paulo, v. 10 n. 2. 2008.

ARENDT. H. **A condição humana.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

ARIÉS. P. **A história da morte no ocidente.** Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011.

BARRETO, J.O. M; NERY, I.S. Mortalidade infantil no Piauí: reflexos das desigualdades sociais e iniquidades em saúde. In: **V Jornada Internacional de políticas públicas**, Agosto de 2011, Piauí. Anais da V Jornada Internacional de Políticas públicas, 2011. P. 1-10.

BERGER, P.L.; LUCKMANN T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

_____. **Modernidade, pluralismo e crise de sentido: a orientação do homem moderno.** Petrópolis: Vozes, 2004.

BÍBLIA. **Português. Bíblia sagrada: tradução na linguagem de hoje:** São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2001.

BORGES, M. da S.; MENDES, N. Representações de Profissionais. de Saúde sobre a Morte e o Processo de Morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.2, p.324-331, março- abril. 2012.

BOURDIER. P. O. **Poder simbólico.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Política Nacional de Humanização. **Cadernos de HumanizaSUS.** v.3. Brasília-DF: ed. MS, 2011. ISBN978-85334-1760-1.268p.

_____. Ministério da Saúde. **Ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**, para o período de 2004- 2007. Brasília DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos.** Brasília, DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual dos Comitês de prevenção do óbito infantil e fetal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Portaria 930 de maio de 2012, Rede Cegonha.

_____. **Política de humanização**. Ministério da Saúde, Brasília DF:2001.

_____. Resolução 466/12, **Normas regulamentadoras de pesquisas que envolvemos seres humanos**. Disponível em:<<http://conselho.saúde.gov.br/resoluções/resoluções>>.

CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Ed: HUCITEC, 2009.

CAMPOS, G. W. **Reforma da reforma: repensando à saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix Ltda, 1982.

CARVALHO, A. M. P. Sociedade, Estado, e Políticas na Civilização do Capital: um olhar sobre o presente. In: Painel Temático Sociedade Estado-Políticas Públicas In: **Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais**, 2009, Braga-Portugal. Anais do Congresso Luso Afro Brasileiro, Braga-Portugal, 2009, p.170-200.

_____. **Assistência social no contexto do estado brasileiro: limites e perspectivas**. Palestra proferida no Seminário sobre recursos materiais. Realizada pelo serviço social do INSS em Belo Horizonte, mimeografado. Junho de 2006 p.7-28.

CHAN, M. F.; ARTHUR, D. G. Nurses' Attitudes Towards Perinatal Bereavement Care. **Journal of Advanced Nursing**, Singapore, v.65, n.12, p.2532- 2541. 2009.

CHAUÍ, M. Cultura e democracia. En: Crítica y emancipación. **Revista latino-americana de Ciências Sociais**. Ano 1, n.1., Buenos Aires: jun.2008. Desponible online: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/CyE/cye3S2a.pdf>><<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/CyE/cye3s2a.pdf>>

CHAUÍ, M. **Reforma da reforma: repensando à saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

COELHO. M. T. A. D. **Conceito de saúde em discursos contemporâneos de referência científica**. 2002.

COMBINATO. D. S.; QUEIRÓZ. M. S. Morte uma visão psicossocial. **Revista Psicologia**. v. 11. n. 2.Natal, 2006.

COUTINHO, C. N. **Dualidade de poderes: introdução à teoria marxista de estado e revolução**. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987

DA MATTA. R. **O ofício de etnólogo ou como ter "anthrological blues"**. In: NUNES, 2008.

DENZIN. N. K.; LINCOLIN. Y.S.O. **Planejamento da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DESLANDES S. F. E; GOMES R. **A Pesquisa qualitativa nos serviços de Saúde- Notas teóricas** in: Bosi, M L e Mercado F.J (org.) Pesquisa qualitativa de Serviços de Saúde. Editora: Vozes, 2004.

DESLANDES, S. F. E. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Revista Ciênc.& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1,p.7-14,2004.

DESLANDES. S. F. E.; ASSIS. S. G. **Abordagem quantitativa e qualitativa em saúde o diálogo das diferenças**. In: MINAYO M. C. S.; DESLANDES S. F. (org.) Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio e Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

DUARTE, C. A.; TURATO, E.R. Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: **uma revisão**. Maringá, **Revista Psicologia em estudo**. v.14. n.3, jul-set.2009.

ERLANDESSON, K, LINDGREN, H, MALM, M.C. et al. Mother's experiences of the time after the diagnosis of an intrauterine death until the induction of the delivery. **The journal of obstetrics and gynecology research**. Malardal, v.37, n. 11, Nov.3, p., 2011.

FONSECA, A. D. ; PEDROSA, A. A. ; CANAVARRO, M. C, Eficácia de um Protocolo de Intervenção Psicológica em Situações de Perda Perinatal: A Percepção das Utentes. **Revista de Enfermagem**, Coimbra- Portugal, série III, n.2 p. 55-64, dez. 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

GEERTZ, C. **A Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 1989.

GIACOMN, K. C. O Luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre o medo de não dar conta, de trabalho e de morrer. **Revista Ciência saúde coletiva**. v. 18, n.9, 2013.

GOMES, R.; REBELLO, L. E.F. S; NASCIMENTO; E. F; DESLANDES. S. F.; MOREIRA. M. C. N. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro: **Revista Ciência saúde coletiva**, 2010.

GOMES, R; LEAL, A.F.; KNAUTH, D. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Revista Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.10, p.1-8, out., 2012.[acesso em 16-05-2013] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid =S1413-81232012001000008&script=sci_arttext>

IBGE. **Censo Demográfico. Estimativa populacional** [acesso: 26 nov.de 2014.] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/dia 26 -11-14>.

JEREISSATI, A. A.R. **O cheirinho de despedida: a experiência do óbito perinatal e elaboração do luto pelos pais em hospitais públicos em Fortaleza**. Dissertação de mestrado. Universidade de Fortaleza, Fortaleza: 2013. Disponível em: <<http://on line. minha biblioteca.com.br/books/978852/248486/page/Iv.>> Acesso em: out.2014.

JOVCHELOVTICH. S. Vivendo a vida dos outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARECHI, P.; JOVCHELOVITCH. S. **Revista Em representações sociais**. Petrópolis- RJ: vozes, 1994.

KLEINMER A. **The illness narratives: suffering healing and the human condition**. New York: Basic Books; 1988.

KUBLER-R.E. **Sobre a morte e o morrer**. 9ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LACONELLI, V. Luto insólito, desmentido e trauma: a clínica psicanalítica com mães de bebês. **Revista Latino americana Psicopatologia. Fundam**, São Paulo, v.10, n.6, p.614-623, dez.2007.

LEME, M. A. S. V. **O impacto da teoria das representações sociais**. In: SPINK, Mary JANE P. (org.), O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

LIMA, A.F de; LARA, N. J. **Metodologias de Pesquisa em Psicologia Social Crítica**. (org.) Porto Alegre: Sulina, 2014.

LOUREIRO M. F F. **O Sentido do Comportamento materno diante da Morte do Filho**. Fortaleza: Editora da UFC, 1998.

MARQUES, C. M. S. EGRY, E. Y. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. **Revista. Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n 1, p. 187-93, 2011.

MARTINS, E. F.; REZENDE, E. M.; ALMEIDA, M. C. de M. Mortalidade Perinatal e Desigualdades Sócias espaciais. **Revista Latino americana de Enfermagem**. Belo Horizonte, v.21, n.5p. 1-9, set-out. 2013.

MEDEIROS M.; BRITO T. S. **Transferência de renda no Brasil**, 2007.

MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7 ed. São Paulo: ABRASCO, 2010.

_____. Cuidar do Processo de Morrer e do Luto. **Revista Ciência Saúde Coletiva**. v.18. n. 9, 2013.

MINAYO, M. C. S.; GUALHANO, L. Finitude, Morte e Luto: Temas negligenciados na área da Saúde. **Revista Ciência Saúde Coletiva**. v.18. n. 9, 2013.

MONTEIRO, S.M.P. SANCHEZ, J. M. R.; MONTORO, C. H. A Experiência da Perda Perinatal a partir da Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Revista Latino americana da Enfermagem**. Córdoba-Espanha, v.19, n.6, p.1-8, nov.dez.2011.

MONTEIRO, V.L.R. Perda gestacional e Processo de Luto: vivências do Enfermeiro Especialista de Saúde materna e Obstetrícia. 2012. P.1-129. Dissertação do Mestrado (digitado). **Instituto Politécnico de Viseu**. Coimbra-Lisboa.

MORIN, E O Homem e a Morte. Lisboa. **Publicações Europa**, América. 2ª ed., 1988.

NATION, M. K. et al. Múltiplos olhares sobre a mortalidade Infantil no Ceará, Brasil, **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 27, nº 2, 2011.

NATIONS, M. K. et al. **Mistificação de uma solução simples: a terapia de reidratação oral no nordeste do Brasil**. In **Corte a mortalha: O cálculo humano da morte infantil no Ceará**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1988.

NATIONS, M. K.; GOMES, A. M. A. Cuidado, “cavalo Batizado” e crítica da conduta profissional: pelo paciente - cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Caderno. Saúde Pública**, 2007.

PASCHE, D. F. Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil In: **Cadernos de HumanizaSUS**. v.3 Atenção Hospitalar. Série B. Textos básicos de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília-DF, 2011.

POULANTZAS, N. **As classes sociais no capitalismo hoje**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa: a intriga e a narrativa histórica**. 2 ed. São Paulo: Martins fontes, 2012. V.3.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa: a intriga e a narrativa histórica**. 2 ed. São Paulo: Martins fontes, 2012. V.1.

RODRIGUES, M.M. C. A experiência da mãe por ter um filho natimorto. 2009. p. 1-78. (Dissertação de Mestrado) de Enfermagem. **Escola de Enfermagem. Universidade, de São Paulo**, São Paulo.

SANTOS, B.S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**, 2009 Porto: Afrontamento, 1989.

SANTOS, C. da S.; Marques, J. F.; Carvalho, F.H C. et al. Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante do óbito fetal. (impr.) **Revista Esc. Anna Nery**, Fortaleza, p,277-284, abr-jun. 2012.

SANTOS, F. S. **Perspectivas histórico-culturais da morte**. Bragança Paulista: COMENEUS, 2007.

SANTOS, N. L.de A.C.; COSTA, M. C. O.; AMARAL, M. T.R. et al. Gravidez na Adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. V.19 n.3 p.719-726,2011.

SCHOEPS, D.; ALMEIDA, M.F. de; RASPANTINI, P.R. et al. SIM e SINASC: representação social de enfermeiros e profissionais de setores administrativos que atuam em hospitais no município de São Paulo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v.18 n.5,p.1483-1492,2013.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Informativo Epidemiológico**. 2014: set.2014.

SILVA, M.O.S **Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico metodológico da pesquisa avaliativa**. 2.ed. São Paulo: Veras, 2005.

_____. **Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira** Disponível em:< em:http://www.repositório.ufma_.br/xmlui/bitstream/handle/1/328/POBREZA/20%/DESIGN ADA20%/E%20POL%L3%PDTICAS%20P%3C%9ABLICAS.PDF.>

SOTO, S. O. , CARRUYO, E.Y. , FALCÓN, F. M. P. Duelo Materno por muerte perinatal. Trabajo de revisión. **Revista mexicana pediatria**. México. v.76, n.5, p.215-219, septiembre-octubre. 2009.

SUTAN, R; AMIN, R.M.; ARIFFIN, K.B. Psychosocial Impacto of Mothers With Perinatal Loss and its Contributing Factors: na insight. In:**Journal of Zheijang**. Japão. v.11,.n.3, p.209-217, 2010.

TAMURA, C. O. **Recalcamento da morte na sociedade contemporânea**. 2008.

UCHÔA, E. V. M. J. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 10, n. 4, 1994.

UNITED NATIONS MILLENNIUM DEVELOPMENT GOAIS .NEW YORKY: United Nations, 2009. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoais/>> Acesso em 5 de setembro de 2014.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **O sistema de Saúde**. IN: Tratado de Saúde Coletiva. (org.) GASTÃO WAGNER et al. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2ª edição, 2009.

COUTO, et al. Quality of Life, Depression and anxiety Amon Pregnant Women With Previous Adverse Pregnancy Outcomes. **Sao Paulo Med J**. 2009; 127(4):185-9

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G.W. et al. (org.)**Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count. Geneve, Switzerland: **World Health Organization**, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

A pesquisadora Márcia Jane Lopes Dias Vieira, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) desenvolvendo pesquisa sob orientação da Prof.^a Dr.^a Marilyn K. Nations. Referida pesquisa intitulada: **MÚLTIPLOS OLHARES- PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES QUE VIVENCIAM ÓBITO PERINATAL EM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CEARÁ. NORDESTE BRASILEIRO.**

Prezado (a) colaborador (a)

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo: descrever as percepções dos profissionais da equipe hospitalar e experiências das mães e familiares no que se refere ao óbito perinatal, definido como “óbito fetal ocorrido nas últimas semanas de gestação ou do recém-nascido na primeira semana após morte. em hospital público do município de Fortaleza-Ceará. A sua participação é voluntária, tendo o direito e a liberdade de não querer participar ou de retirar a sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou constrangimento pela sua decisão.

Os riscos e os desconfortos são considerados mínimos. No entanto, a entrevista poderá ser interrompida de forma imediata, caso o entrevistador perceba qualquer situação de desconforto e constrangimento por parte da pessoa entrevistada.

A pesquisadora garante o sigilo e o anonimato das informações prestadas pelos profissionais e usuários. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida, pedir qualquer esclarecimento ou reclamação, bastando entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone: (85) 9926-3476. Outros esclarecimentos sobre seus direitos e os aspectos éticos envolvidos nesta pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) pelos telefones (85) 3477- 31 22- (85) 3477- 30 56.

Agradecimentos

Eu, _____ declaro que tomei conhecimento do estudo **MÚLTIPLOS OLHARES- PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES QUE VIVENCIAM ÓBITO PERINATAL EM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CEARÁ, NORDESTE BRASILEIRO**, da mestranda Márcia Jane Lopes Dias Vieira, e após esclarecimentos, concordo em participar desta pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

ANEXO

UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MÚLTIPLOS OLHARES:PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES QUE VIVENCIAM ÓBITO PERINATAL EM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CEARÁ

Pesquisador: MARCIA JANE LOPES DIAS VIEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24619814.6.0000.5052

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 625.766

Data da Relatoria: 25/04/2014

Apresentação do Projeto:

O Projeto em apreciação ao Comitê de Ética-COÉTICA da Universidade de Fortaleza-UNIFOR, intitulado MÚLTIPLOS OLHARES: PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES QUE VIVENCIAM ÓBITO PERINATAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA-CEARÁ. Trata-se de Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), como requisito parcial para obtenção da qualificação de autoria de MÁRCIA JANE LOPES DIS VIEIRA sob a orientação da Profª Dra. Marilyn K. Nations.

O trabalho tem sua relevância uma vez que As Múltiplas Visões dos Profissionais de Saúde no que se refere a Morte Perinatal e o Significado para Mães e familiares, tem sido um tema relevante nas discussões e intervenções dos profissionais de saúde no âmbito hospital. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de cunho sócio antropológico por abordar a subjetividade do objeto a ser estudado. A pesquisa será realizada na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand localizado no Campus do Porangabussu, da Universidade Federal. Serão convidados a participarem desta pesquisa profissionais de saúde (médico (a) , enfermeiro (a) , assistente social, psicólogo (a), técnico (a) de enfermagem, maqueiros e funcionário do velório. Serão também convidados puérperas e familiares que vivenciam o luto perinatal.

Endereço: Av. Washington Soares 1321Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br

UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 625.766

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desvelar e descrever as percepções dos profissionais de saúde e familiares no que se refere ao óbito perinatal em hospital público terciário do município de Fortaleza-Ceará.

Objetivo Secundário:

1- Descrever as percepções dos profissionais de saúde a cerca da morte perinatal;2- Desvelar a visão sócio-cultural das mães e familiares acerca da morte perinatal em hospital público de Fortaleza- Ceará;3- Comparar as múltiplas percepções dos profissionais de saúde e as visões subjetivas dos familiares,identificando as similaridades e discrepâncias entre os diferentes olhares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considera-se que os riscos e desconfortos serão mínimos.Visto que, adotou-se como um dos critérios de inclusão para a participação de puérperas no pós alta hospitalar, respeitando o primeiro momento da perda do filho. Outra contribuição,a experiência da pesquisadora com a técnica de entrevista na sua prática profissional (Assistente Social)e, por último, caso perceba-se riscos e desconforto para a participante será orientada e

encaminhada para instituição(Centro de Atenção Psicossocial -CAPS Geral da SER III, localizado na rua: Capitão Francisco Pedro, 1269 , Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ceará, telefone:(85) 3433-2568).

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa são avaliados em dois níveis: No plano de atendimento da usuária cidadã; os resultados deste estudo serão discutidos com gestores e profissionais desta instituição,objetivando contruir novos protocolos de acolhimento com equipe

As Múltiplas Visões dos Profissionais de Saúde no que se refere a Morte Perinatal e o Significado para Mães e familiares, tem sido um tema relevante nas discussões e intervenções dos profissionais de saúde no âmbito hospital.Cabe aqui ressaltar a importância da Saúde Coletiva em assumir esta temática, visto que faz parte da realidade, do existir do ser humano.Referidas questões explicitam as múltiplas visões fundamentadas

em concepções teóricas:biomédica e holística.Nesta perspectiva de análise referido estudo contribuirá para o aperfeiçoamento das práticas interdisciplinares dos profissionais e a construção de vínculos com usuárias gestantes e puérperas admitidas em hospital terciário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem sua relevância acadêmica e social bem como está claro quantos aos objetivos a

Endereço: Av. Washington Soares 1321Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-905
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coetica@unifor.br

UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 625.766

serem alcançados, metodologia e cronograma apropriados ao projeto

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_246198.pdf

PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml

tcle.pdf

PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_559363.pdf

PB_PARECER_COLEGIADO_558841.pdf

PB_PARECER_RELATOR_551370.pdf

img064.jpg

img063.jpg

MARCIA JANE_MESTRADO_FORMATADO_rev.doc

PLANTAFORMA BRASIL 001.jpg

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugere-se a Aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer de Aprovação do projeto e esclarece: Apresentação de relatório parcial e final; A pesquisa deve ser desenvolvida conforme delineada no protocolo aprovado; O CEP deve ser informado dos efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal da pesquisa; Emendas ou modificações ao protocolo de pesquisa devem ser enviadas ao CEP para apreciação ética.

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria

Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-905

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3477-3122

Fax: (85)3477-3056

E-mail: coetica@unifor.br

UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 625.766

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Márcia Jofily P. da C. Parahyba

Prof. Márcia Jofily Pereira da Costa Parahyba

Presidente do Comitê de Ética - COÉTICA

Márcia Jofily Pereira da Costa Parahyba

(Coordenador)

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria

Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-905

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3477-3122

Fax: (85)3477-3056

E-mail: coetica@unifor.br