

AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE À MULHERES FRAGILIZADAS E MORTALIDADE NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**Mariana Gomes Silva Rodrigues**¹**Vincent Alexandre Monteiro Fernandes**¹**Maria de Fátima do Rosário Monteiro Fernandes**²**Gabriela Chaves Mendes Justino**³**Marcela Ferroni Gouveia**⁴**Deyliane Aparecida de Almeida Pereira**⁵deyliane.univertix@gmail.com**ÁREA DE CONHECIMENTO:** Ciências da Saúde**RESUMO:**

O aumento da mortalidade neonatal ocasiona inúmeros impactos na saúde feminina e exige novas alternativas para a melhora da qualidade de vida das mulheres. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de dois acadêmicos do curso de medicina, em ações de atenção à saúde de mulheres fragilizadas pela mortalidade neonatal de seus filhos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva, que relatará as experiências vivenciadas em um ambiente de traumas psicológicos e frustrações, na Atenção Primária, correlacionadas com as vertentes teóricas do curso. Após acompanhar os relatos clínicos de mulheres que vivenciaram a mortalidade neonatal, ficou evidente que a vivência emocional é um fator que impacta diretamente na saúde da parturiente após a vivência de um aborto não programado. Portanto, as visões estereotipadas sobre os transtornos mentais, a ausência de estratégias e apoio qualificado às famílias, são pontos não vigentes ao embasamento teórico da Atenção Primária de Saúde, o que torna a procura por políticas públicas de apoio pertinentes para vinculação à capacitação dos profissionais.

Palavras-chaves: Mortalidade Neonatal, Fatores de risco, Depressão, Estudos epidemiológicos e Saúde Pública.

¹ Graduando do 4º Período do Curso de Medicina, Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX – Matipó;

² Licenciatura em Pedagogia – FAFILE, Licenciatura em Letras – FADILESTE e Licenciatura em Educação Especial – UNIMES

³ Médica, Obstetra e Ginecologista. Mestre em Ciências da Saúde – UNEC. Professora da Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX – Matipó.

⁴ Bacharel em Enfermagem. Especialista em Cardiologia. Mestre em Ciências da Saúde. Professora do curso de Medicina e Enfermagem Univértix - Matipó

⁵ Licenciatura e Bacharel em Educação Física – UFV. Mestre em Educação Física – UFV. Doutora em Ciências da Nutrição UFV. Professora da Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX – Matipó.



1. INTRODUÇÃO:

De acordo com MEC, O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação geral, humanista, crítica e reflexiva, comedido em princípios éticos e capacitado a atuar pela saúde integral do ser humano em seus diferentes níveis de atenção no processo de saúde-doença, através das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, tem sua perspectiva baseada na integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (BRASIL, 2011).

Em adição a isso, de acordo com a Univertix.net, o curso de Medicina da Univértix é baseado nas orientações práticas e teóricas de promoção da saúde apoiadas nas mais recentes conquistas científicas e tecnológicas, concebendo uma formação médica humanizada. Em prova disso, desde o primeiro semestre do curso, parte do processo de aprendizado envolve a vivência da prática em laboratórios altamente equipados, permitindo, assim, o treinamento com simulação. Prova disso é o convênio em Unidades Básicas de Saúde e nos Hospitais, Laboratórios com Manequins Simuladores de última geração, complexo de Anatomia contando com peças naturais e sintéticas, além dos laboratórios de anatomia comparada que permitem o estudo prático contextualizado com a realidade.

Nesta direção o perfil do curso de Medicina prevê a formação geral do médico generalista humanizado, assim, nos primeiros anos as práticas incluem a inserção nos serviços de saúde, com orientações práticas e teóricas de promoção da saúde. Inicia-se no segundo ano de curso, atividades com foco na Estratégia da Saúde e da Família (ESF) - que visa aprimorar o sistema de saúde brasileiro, principalmente a saúde primária, tão essencial à população mais carente. Dessa forma, esse modelo de saúde objetiva a qualificação e aperfeiçoamento da atenção básica responsável pelo primeiro contato entre sociedade e o cuidado médico. Nessa ótica, durante os estágios realizados nessas unidades básicas de saúde, pôde-se acompanhar condutas médicas como consultas periódicas, exames físicos, pré-consultas, realização de curativos e outras atividades.



A ESF possui diversas áreas de atuação, sendo uma delas a de Atenção à Saúde da Mulher, a qual é respaldada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, baseada em uma cartilha com o objetivo do cuidado com a saúde feminina. Nesse prisma, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher descreve esse documento como um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores. Dessa forma, esse desenvolvimento da diretriz busca direcionar as políticas públicas da área da saúde em benefício da efetivação do bem-estar da mulher e na consolidação dos seus direitos (FIOCRUZ,2004).

Dentre os objetivos específicos desta política, tem-se a necessidade de “Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes” (BRASIL, 2007, p. 69).

No que diz respeito ao abortamento, os danos emocionais podem ser muito mais intensos do que os físicos. É comum que o psicológico de algumas mulheres que passam por esse processo se torne frágil, abalado, podendo desenvolver quadros negativos como sentimentos de ansiedade, depressão, culpa e vergonha. Daí a importância de trabalhar o fator psicológico com a ajuda de profissionais específicos da área como psicólogos e psiquiatras, a fim de auxiliar a mulher no processo de aceitação, no processo da dor; em busca da sua recuperação e da superação desse momento conturbado.

A mortalidade neonatal é definida como a resultante do número de óbitos menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. É um parâmetro utilizado para refletir a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população. Além disso, também reverbera em fatores como a idade e o sexo interferem na taxa bruta de mortalidade. Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no ano de 2000 a mortalidade infantil compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal se ramificando em precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais).

Ainda percebe-se que há uma falsa notificação com relação a mortalidade neonatal no país, principalmente devido à ausência de crianças registradas como natimortos, interferindo na datação dos dados e corroborando com a mensuração errônea do número de crianças nascidas vivas no Brasil. Já no tocante relacionado a mortalidade infantil, os entraves se relacionam com maior força devido as mudanças da dinâmica demográfica municipal existente em todo o território brasileiro. Devido a utilização de diferentes mecanismos para a classificação de óbitos infantis, a imprecisão é ainda maior em municípios de pequena população, segundo dados dos Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (BRASIL, 2021).

Diante destas informações, e apesar dos avanços no combate à mortalidade neonatal, o Brasil ainda se encontra em uma situação delicada com base nas mortes neonatais. Ademais, há uma enorme necessidade de realizar novos estudos, para que ocorra um direcionamento de políticas públicas de saúde de assistência no período pré-natal, uma vez que identificar quais as causas de óbitos evitáveis, alcançará a diminuição da mortalidade neonatal precoce.

Nesse sentido, os estudantes de medicina precisam constantemente refletir e agir no seu campo de prática educativa. Como futuros médicos, é imprescindível que a ação de cuidar, de orientar e de acolher comece já durante a graduação do curso. É necessário um maior debate entre os acadêmicos sobre as implicações que o aborto provoca nas mulheres, seja em âmbito físico, seja em âmbito emocional. A partir daí, é fundamental iniciar o planejamento de ações que visam ajudar essa mãe a enfrentar esse processo da melhor maneira possível. Além dos recursos médicos e farmacêuticos, é importante ressaltar que o ato de falar e de ser ouvido é crucial nesse processo de recuperação.

Diante disso e a partir das experiências obtidas, na inserção durante os estágios realizados nessas unidades básicas de saúde (ESF), este estudo objetiva relatar a experiência de dois acadêmicos do curso de medicina, em ações de atenção à saúde de mulheres, fragilizadas pela mortalidade neonatal de seus filhos.



Relatos como este são relevantes para apresentar ações direcionadas às mulheres, bem como avaliar os hábitos de vida das mulheres em consonância às mudanças, aproximar profissionais médicos e estudantes a planos de atuação efetivos. Ademais, estar próximo e ouvir as demandas propostas por mulheres fragilizadas pode suprir carências psicológicas na maioria das vezes desprezada.

2. MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva, que relatará a experiência vivenciada na Atenção Primária correlacionadas com as vertentes teóricas do curso, no âmbito da Saúde da Mulher e da mortalidade neonatal. Marconi e Lakatos (2010) descrevem a pesquisa qualitativa do tipo descritiva como aquela capaz de analisar, observar, interpretar, descrever e registrar os processos vinculados.

Para isto, será descrito a experiência vivenciada na Atenção Primária, por dois acadêmicos do curso de medicina. O lócus deste relato é a cidade de Matipó, Minas Gerais, sede da Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX e da Estratégia Saúde da Família visitada. Para a coleta de informações utilizou-se as anotações pessoais e memória dos autores, os documentos disponíveis no site da Faculdade sobre o curso de Medicina e referenciais teóricos disponibilizados na disciplina PIC - Práticas Integradas ao Cuidado II.

As informações foram compiladas e organizadas, posteriormente, procedeu-se a análise qualitativa dos dados. Elencou-se as seguintes unidades de análise: i) Relato dos casos clínicos, de mulheres fragilizadas pela mortalidade neonatal, atendidos na Estratégia Saúde da Família; ii) Percepções pessoais e inter-relações com o embasamento teórico do curso quanto à Atenção Primária.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Relato dos casos clínicos, de mulheres fragilizadas pela mortalidade neonatal, atendidos na Estratégia Saúde da Família

Na estratégia da Saúde da Família, local onde foram realizadas as aulas práticas em campo, foram encontradas 04 mulheres fragilizadas, as quais são denominadas como M1, M2, M3 e M4.

M1, 28 anos, gestante pela 1ª vez, teve aborto no 3ª mês de gravidez, caracterizo como aborto espontâneo, devido a paralisação do desenvolvimento neonatal. A mesma relata que não sentiu nenhuma dor e ao fazer exames de rotinas com sua Ginecologista, constatou-se a falha no desenvolvimento a 15 dias antes desse dia, sem motivo aparente. Os primeiros dias, durante todo o processo de retirada do feto, fizeram com que seus sentimentos se mudassem para um ambiente de solidão. Em adição a isso, seu psicológico permanece fragilizado, porém o apoio familiar foi a garantia da sua sobrevivência.

M2, 27 anos, gestante pela 1ª vez, teve aborto espontâneo no 2º mês de gravidez, devido a paralisação do desenvolvimento neonatal. Ao sentir um incômodo abdominal forte (caracterizado em escala de 0 a 10, como 9), foi ao hospital. Após exames laboratoriais e de imagens, a mesma recebeu a notícia de gravidez e morte no mesmo momento/dia. Essa, relata que a falta de compaixão por parte dos profissionais foi pertinente e que isso não colaborou para um processo saúde-doença eficaz.

M3, gestante pela 4ª vez, 2º óbito espontâneo, sendo o primeiro ocorrido no 2º mês de gravidez (sem causa aparente) e o último após 1 hora do nascimento, sendo este devido uma doença rara (1 a cada 50.000 casos) denominada como Macrocefalia. Sua vida, aos poucos foi de aceitação, porém o processo de gravidez/luto foi algo bem revoltante. Em um de seus momentos, o que mais lhe chocou foi a “frieza” do médico em sugerir o aborto induzido como solução. Ao passar por tudo, M3 diz que seu refúgio foi a oração e a fé em Deus.

M4, 34 anos, gestante pela 2º vez, vivenciou a mortalidade neonatal uma hora após o nascimento do bebê, identificado durante a gravidez com anencefalia - ausência total do cérebro -. diagnosticado no terceiro mês de gravidez, a gestante



optou pela não realização do aborto, permitido nesses casos pelo artigo 128 do Código Penal Brasileiro. Após o parto cesariano, e contrariando as expectativas médicas que afirmavam que a criança nasceria sem vida, o bebê veio ao mundo com vida, foi amamentado na primeira hora de vida e, posteriormente, faleceu no colo da mãe. Em âmbito psicológico, a parturiente relatou que “prosseguiu com a gravidez na espera de um milagre, mas que se preparou psicologicamente caso essa não fosse a vontade de Deus”. Ainda acrescentou que durante a gestação não houveram demais complicações, e que os nove meses foram relativamente tranquilos. A mortalidade neonatal vem assumindo importância crescente como componente mais expressivo da mortalidade infantil. De todos os óbitos neonatais, 3/4 ocorrem na primeira semana de vida. O primeiro dia de vida apresenta o maior risco de morte e representa 25 - 45% de todas as mortes.

3.2. Percepções pessoais e inter-relações com o embasamento teórico do curso quanto à Atenção Primária

Após acompanhar os relatos clínicos de mulheres que vivenciaram a mortalidade neonatal, ficou evidente que a vivência emocional é um fator que impacta diretamente na saúde da parturiente após a vivência de um aborto não programado. É importante salientar que a gestação enquanto fenômeno representado no imaginário psíquico e social traz à tona a importância do nascimento, da vida, da esperança. Neste sentido, a morte fetal traz consigo, tanto para os familiares como para a equipe de saúde, a contradição da chamada ordem natural das coisas, dos fatos da vida e o antigo paradoxo entre vida e morte (CACCIATORE, 2013; FLENADY *et al.*, 2014).

Um fator a ser destacado, é que apesar de não ser um evento raro, o aborto pode ser tratado com uma certa banalização por meio de alguns profissionais da saúde, o que leva a uma diminuição dos esforços médicos com o cuidado com os pais após sofrerem esse evento, ou seja, quando o aborto já foi concluído e medicamente falando não há mais o que possa ser feito pela família, o psicológico é



negligenciado; não é tratado da forma como deveria; a mulher se encontra em uma situação emocional abalada, frágil, debilitada e nem sempre a equipe médica está preparada para auxiliá-la nesse momento.

Nesse prisma, o psicológico da mãe que experiêcia este evento, fica extremamente abalado, devido a vivenciando de um acontecimento traumático, havendo naturalmente sentimentos de raiva, vazio, abandono, tristeza, insuficiência, e impotência de si mesmo. É nesse momento que foi observado a maior fragilidade do programa de estratégia saúde da família: o acompanhamento materno é ineficaz. O luto pela vida ceifada tão subitamente pode-se estender por anos, às vezes décadas, principalmente quando os pais não puderam elaborar emocionalmente a experiência de perda e assim carregaram sentimento de culpa e de fracasso (CACCIATORE, 2013).

A humanização e o cuidado ofertado nesta situação de fragilidade são pontos oriundos e ofertados de forma clara e objetiva na graduação em Medicina, porém inúmeros profissionais banalizam essas atitudes, contribuindo para que o momento seja ainda mais marcado pela negatividade. Embora deixado de lado, o atendimento humanizado deve ser realizado e contribui diretamente no tratamento psicológico, como relatado no último parágrafo do item 3.1.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde física e emocional da mulher deve ser priorizada a partir do momento em que é transmitida a notícia do óbito até o momento em que ela esteja segura para superar o evento, podendo levar dias a meses, dependendo da paciente e da situação vivenciada por ela. Nesse sentido, é necessário a vivência do processo de luto perinatal acompanhadas pela equipe médica e pela família, a fim de minimizar os danos psicológicos que a situação pode acarretar para a mãe. Portanto, as visões estereotipadas sobre os transtornos mentais, a ausência de estratégias e apoio qualificado às famílias, são pontos não vigentes ao embasamento teórico da

Atenção Primária de Saúde, dessa forma, a procura por políticas públicas de apoio devem ser pertinentes e vinculadas à capacitação dos profissionais.

Cabe destacar que este relato se trata das percepções individuais dos acadêmicos, quanto às ações atenção à saúde, sendo a primeira fase de uma pesquisa em campo. Pretende-se futuramente entrevistar as mulheres acompanhadas e identificar a percepções delas durante os atendimentos na Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**. 2010. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Secretaria Especial de Articulação Social. **Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2021. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX. **Curso de Medicina**. Disponível em: <https://univertix.net/arquivos/graduacao-matipo/medicina/>. Acesso em: 02 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2021.

FARIA-SCHÜTZER, Débora Bicudo *et al.* Fica um grande vazio: relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 113-132, 2014.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva *et al.* Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 1022-1034, 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)**. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/trashed-2/>. Acessado em: 11 ago. 2021.