

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES/IAM
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

RÉGIA MARIA BATISTA LEITE

**MORTE MATERNA NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE II DE PERNAMBUCO:
UMA ANÁLISE A PARTIR DO ACESSO**

RECIFE

2019

RÉGIA MARIA BATISTA LEITE

**MORTE MATERNA NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE II DE PERNAMBUCO:
UMA ANÁLISE A PARTIR DO ACESSO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Orientadora: Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva

Coorientadores: Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes
Dra. Thália Velho Barreto de Araújo

RECIFE
2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

L533m Leite, Régia Maria Batista.
Morte Materna na Macrorregião de Saúde II
de Pernambuco: uma análise a partir do acesso
/ Régia Maria Batista Leite. - Recife: [s.n.],
2020.

125 p. : ilus., tab. ; 30 cm.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) –
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz, Recife, 2019.

Orientadora: Maria Rejane Ferreira da
Silva; coorientadores Antônio da Cruz Gouveia
Mendes; Thália Velho Barreto de Araújo.

1. Mortalidade Materna. 2. Parto
Obstétrico. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4.
Brasil. I. Silva, Maria Rejane Ferreira da. II.
Mendes, Antônio da Cruz Gouveia. III. Araújo,
Thália Velho Barreto de. IV. Título.

CDU 614.39

RÉGIA MARIA BATISTA LEITE

**MORTE MATERNA NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE II DE PERNAMBUCO:
UMA ANÁLISE A PARTIR DO ACESSO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em 12/12/2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Thália Velho Barreto de Araújo
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Maria do Socorro Veloso de Albuquerque
Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fiocruz/PE

Profa. Dra. Sandra Valongueiro Alves
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Raquel Santos de Oliveira
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Mirella Bezerra Rodrigues Vilela
Universidade Federal de Pernambuco

À memória de Maria Augusta, Maria da Glória e Maria José, que representam tantas outras mulheres que morreram em busca de acesso a um cuidado obstétrico no nosso país.

AGRADECIMENTOS

À professora Maria Rejane Ferreira da Silva, minha orientadora, pelo aprendizado e companheirismo;

Ao Professor Antônio da Cruz Gouveia Mendes, meu co-orientador, pelo aprendizado;

À professora Thália Velho Barreto de Araújo, minha eterna orientadora, pelo apoio em todos os momentos, pela valiosa orientação, amizade e pelo compromisso com a ciência;

Aos que fazem o Instituto Aggeu Magalhães, especialmente, à Professora Tereza Lyra, Coordenadora do Programa de Doutorado em Saúde Pública, pelas valiosas colaborações na Banca de Qualificação; aos demais professores; funcionários da Secretaria Acadêmica e todas as outras pessoas que nos apoiaram durante o curso;

À Sandra Valongueiro, pelas preciosas contribuições na Banca de Qualificação desta pesquisa e pela sua dedicação em defesa dos direitos das mulheres;

À Socorro Veloso, pelas orientações e apoio;

A Glessner, meu companheiro, pelas correções, incentivo e apoio em todos os momentos;

Às minhas filhas Laura e Alice, por me iluminarem nos momentos difíceis;

À Wanessa Gomes pelo incentivo, apoio e grande amizade, e a sua família pelo acolhimento;

À Elizabete Rodrigues, por me apoiar com seu singelo gesto de me ceder um lugar para estudar, mudando completamente o meu rumo;

Aos amigos da Universidade de Pernambuco, por me apoiarem;

Aos amigos da Secretaria de Saúde de Garanhuns, por toda a disponibilidade de ajuda;

Às estudantes de Medicina da UPE – Garanhuns, Giovanna e Thaysa, por me acompanharem nessa trajetória, apoiando na coleta e transcrição das informações;

A André Sá e à Flávia, pela contribuição na elaboração dos mapas;

À Danielle Chianca e à Íris, pelo companheirismo, amizade e apoio;

À Polyana, Robson e Gui, por me acolherem em seu apartamento;

À Vladma, Luciana Albuquerque e seus familiares, pela força e acolhimento;

Aos amigos do Doutorado, pelas maravilhosas trocas e companheirismo; à Penha, Herika e Georgia pela amizade e torcida; à Mauricéia, pelo exemplo de mulher guerreira e pela poesia;

Minha gratidão aos meus pais: Valdeci e Francisca, aos meus irmãos: Isabel, Roziane (in memória), Rossane, Rosselle e Francisco, aos meus cunhados e sobrinhos, por me compreenderem e me apoiarem em todos os momentos da minha vida;

Minha gratidão também aos familiares de Glessner, por todo o apoio e à Maria Clara pela linda arte;

À Dona Luiza Menezes e Dom Basílio, pelo incentivo e palavras iluminadas,

À Linadair, pelo apoio emocional,

A Deus e a Nossa Senhora, por tudo.

Três Marias, três estrelas

*Era uma vez três Marias
Mulheres de vidas simples
Todas pardas na cor
Parecidas e diferentes
Mas, no fim de suas vidas
Sentiram a mesma dor
Assim, como a grande Maria
Aquele, a mãe de Jesus
Receberam tantos não
Na hora de dar à luz
Em luz se transformaram
Três estrelas reluzentes
Ajudaram a criar
Os escritos aqui presentes
Para que outras mulheres
Não sintam essa dor
Tão pungente
E agora, mesmo distante
Vivem a iluminar
Seus filhos e a alma da gente*



LEITE, R. M. B. **Morte Materna na Macrorregião de Saúde II de Pernambuco**: uma análise a partir do acesso. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar o acesso ao cuidado obstétrico na Macrorregião de Saúde II de Pernambuco (PE), em 2018. A pesquisa utilizou as abordagens quantitativa e qualitativa. Na quantitativa foi realizado um estudo da assistência obstétrica, utilizando dados dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde e da Central de Regulação de Leitos de PE em 2018. Na abordagem qualitativa, foi realizado um estudo de caso, envolvendo três óbitos obstétricos diretos por doenças hipertensivas da gravidez, hemorragias e infecções. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com pessoas das famílias e com profissionais que atenderam a mulher. Também foi realizada análise documental de informações de prontuários, cartão da gestante, livros hospitalares e laudos do Instituto de Medicina Legal e/ou do Serviço de Verificação de Óbito. Para análise dos dados utilizou-se a análise narrativa de conteúdo. Os resultados revelaram que a capacidade de atenção ao cuidado obstétrico na Macrorregião de Saúde II ainda está longe de atender às necessidades das mulheres na gravidez e no parto. Muitas mulheres percorrem longas distâncias para realização dos seus partos, tanto de risco habitual, quanto os de alto risco. O contexto sociocultural e econômico são restrições importantes para decidir procurar atendimento uma vez que uma complicação obstétrica é reconhecida. As mulheres podem ter dificuldades em chegar e ser admitidas em uma unidade de saúde adequada por falta de disponibilidade, acomodação e acessibilidade financeira. Isso levou as mulheres a irem a mais de um hospital para acessar os serviços de emergência obstétrica. A ausência de um sistema de referência eficaz entre os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde mostrou-se como um grande obstáculo ao acesso aos cuidados necessários. Também existem escassez de pessoal qualificado, medicamentos essenciais e suprimento adequado de sangue e exames de ultrassom.

Palavras-chave: Mortalidade Materna. Parto Obstétrico. Acesso aos Serviços de Saúde.

LEITE, R. M. B. **Maternal death in the Health Macroregion II of Pernambuco: an analysis based on access.** 2019. Thesis (Doctorate in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2019.

ABSTRACT

This study aims to analyse the access to obstetrical care services in Pernambuco's Macroregion Health II in 2018. The research applied both quantitative and qualitative approaches. In the quantitative component, it was performed a study on the obstetrical care using data from the Ministry of Health Information Systems and Pernambuco's Hospital Beds Regulation Center at 2018. In the qualitative approach it was performed a case report regarding three direct obstetrical deaths due to pregnancy hypertensive diseases, bleeding and infections. Semi-structured interviews were conducted with family members and with the staff who treated those women. Document analysis was also carried out from information registered in medical records antenatal care pregnant card, hospital admission books and medical reports from Death Verification Service and Legal Medicine Institute. For the data analysis it was used the content-narrative analysis. The results also revealed that the capacity of obstetrical care in Health Macroregion II is still far from attending women's needs from pregnancy to deliverance. Sociocultural and economic context are important restrictions when deciding to seek for care once an obstetrical complication is recognized. Women might experience difficulties in reaching and at being admitted in a suitable health unit by the lack of availability, accommodation and financial accessibility. These factors ended up by forcing women on going to more than one hospital to be able to access the appropriate obstetric emergency care. The absence of an effective referral system among the different complexity levels of the health care system showed up as a major obstacle to access the care needed. There are also lack of qualified staff, essential medication and adequate blood supply as well as ecography exams.

Key Words: Maternal mortality. Obstetric deliverance. Access to health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo conceitual de acesso aos cuidados em saúde.....	39
Figura 2 – Mapa de Pernambuco, com detalhamento das Macrorregiões de Saúde e das Regiões de Saúde IV e V.....	45
Quadro 1 – Variáveis, fonte de informação e indicadores, segundo o tipo de estudo.....	46
Quadro 2 – Descrição dos entrevistados e local de realização da entrevista.....	49
Quadro 3 – Modelo para análise de óbitos a partir dos atrasos.....	51
Figura 3 – Proporção de gestantes segundo trimestre de início e o número de consultas realizadas no pré-natal, IV e V RS, 2018.....	59
Figura 4 – Coeficiente de incidência de sífilis congênita (por 1.000 NV), IV e V RS e Macrorregião de Saúde II de PE, 2018.....	61
Figura 5 – Proporção de partos de risco habitual e alto risco segundo RS de residência e Macrorregião de Saúde II, 2018.....	62
Figura 6 – Proporção de partos de risco habitual realizados nas RS e na Macrorregião II e proporção de parto de risco habitual realizado dentro do próprio município, 2018.....	63
Figura 7 – Deslocamentos das gestantes dos seus municípios de residência por ocasião de partos de risco habitual nas RS IV e V em 2018.....	65
Figura 8 – Fluxo dominante dos deslocamentos de gestantes com partos de risco habitual da IV e V RS em 2018.....	66
Figura 9 – Proporção de partos de alto risco realizados na Macrorregião de Saúde II e encaminhados para Macrorregião I de Pernambuco em 2018.....	67
Figura 10 – Fluxo dominante dos deslocamentos de gestantes com partos de alto risco da IV e V RS em 2018.....	68
Figura 11 – Número de dias de plantão fechado para admissão ao parto e o motivo do fechamento, Hospital Jesus Nazareno, 2018.....	70
Figura 12 – Proporção de partos vaginais e cesarianos realizados no SUS nas RS IV e V e na Macrorregião II em 2018.....	71
Figura 13 – Características demográficas e sociais das mulheres.....	73
Figura 14 – Trajetória assistencial de Maria da Glória, segundo o modelo dos atrasos.....	77

Figura 15 – Trajetória assistencial de Maria Augusta, segundo o modelo dos atrasos....	86
Figura 16 – Trajetória assistencial de Maria José, segundo o modelo dos atrasos.....	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CES	Conferência Estadual de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doença
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CIR	Comissão Intergestores Regional
DO	Declaração de Óbito
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto de Medicina Legal
EqSF	Equipes de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF- AB	Núcleo de Atenção ao Saúde da Família – Atenção Básica
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PMCP	Programa Mãe Coruja Pernambucano
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RS	Região de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade da Federação
USF	Unidade de Saúde da família
VO	Vigilância do Óbito

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1	MORTALIDADE MATERNA: CLASSIFICAÇÃO E MÉTODO DE CÁLCULO DO INDICADOR.....	20
2.2	MAGNITUDE E CAUSAS DA MORTALIDADE MATERNA.....	23
2.3	POLÍTICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA MORTALIDADE MATERNA.....	27
2.4	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	31
2.5	ABORDAGENS TEÓRICAS NA ANÁLISE DO ACESSO AO CUIDADO OBSTÉTRICO.....	34
3	OBJETIVO GERAL.....	42
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	43
4.1	DESENHOS E PERÍODO DO ESTUDO.....	43
4.2	ÁREA DE ESTUDO.....	44
4.3	DESENVOLVIMENTO DOS MÉTODOS.....	45
4.3.1	Estudos Quantitativos.....	45
4.3.1.1	<i>Fontes, coletas e análise de dados.....</i>	46
4.3.2	Estudo qualitativo.....	48
4.3.2.1	<i>Seleção das histórias.....</i>	48
4.3.2.2	<i>Critério de inclusão.....</i>	48
4.3.2.3	<i>Critério para seleção dos sujeitos entrevistados.....</i>	49
4.3.2.4	<i>Categorias de análise, instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....</i>	50
4.3.2.5	<i>Técnica de análise dos dados.....</i>	53
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	55
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
5.1	DISPONIBILIDADE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE II.....	57
5.2	NARRATIVA DAS HISTÓRIAS DAS MULHERES.....	71
5.2.1	Características sociais e demográficas das mulheres.....	72
5.2.2	Análise do acesso das mulheres aos serviços de saúde.....	74

5.2.2.1	<i>História de Maria da Glória</i>	74
5.2.2.1.1	Primeira Fase: Atraso na decisão de procurar o cuidado.....	77
5.2.2.1.2	Segunda Fase: Atraso em chegar no serviço de saúde adequado.....	79
5.2.2.1.3	Terceira Fase: Atraso em receber o cuidado adequado em uma unidade de saúde.....	81
5.2.2.2	<i>História de Maria Augusta</i>	84
5.2.2.2.1	Primeira Fase: Atraso na decisão de procurar o cuidado.....	86
5.2.2.2.2	Segunda Fase: Atraso em chegar no serviço de saúde adequado.....	87
5.2.2.2.3	Terceira Fase: Atraso em receber o cuidado adequado em uma unidade de saúde.....	90
5.2.2.3	<i>História de Maria José</i>	93
5.2.2.3.1	Primeira Fase: Atraso na decisão de procurar o cuidado.....	93
5.2.2.3.2	Segunda Fase: Atraso em chegar no serviço de saúde adequado.....	94
5.2.2.3.3	Terceira Fase: Atraso em receber o cuidado adequado em uma unidade de saúde.....	96
6	CONCLUSÕES	103
	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA DA FAMÍLIA/COMUNIDADE	119
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA AB	121
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DO HOSPITAL	122
	APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE COLETA DE INFORMAÇÕES	124

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um problema de saúde pública mundial e uma prioridade na agenda global de saúde (SAY et al., 2014). O óbito materno obstétrico ocorre em mulheres jovens, em consequência de causas quase sempre evitáveis (95% de evitabilidade) (FARIA et al., 2012). Estima-se que 275.288 óbitos maternos ocorreram em todo o mundo, no ano de 2015, variando a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de um mínimo de 0,7 na Islândia a um máximo de 1.074 em República Centro-Africana (INDEXMUNDI, 2016). A maioria das mortes maternas está concentrada nos países em desenvolvimento e decorrem, em grande parte, da conjuntura estrutural, econômica e cultural de cada país (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

No Brasil, a mortalidade materna segue a tendência mundial de redução observada nas duas últimas décadas, representando uma queda de 55% (RMM de 143/100.000 nascidos vivos - NV em 1990 e 62/100.000 NV em 2015) (BRASIL, 2018).

No entanto, a RMM ainda permanece acima da Meta 5 dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM 5), que é de 35 óbitos por 100.000 NV, mesmo considerando estimativas que colocam o Brasil em melhor situação, como as feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) (BRASIL, 2014). Estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de estimar a RMM para todas as Unidades da Federação (UF), as regiões e o país, utilizando três diferentes metodologias, observou que, no período de 2000 a 2015, a mortalidade materna no país manteve-se em patamares considerados elevados (62/100.000 NV). No período entre 2015 e 2017, observa-se um ligeiro e preocupante crescimento (de 62 para 65 /100.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2018).

Em 2015, as menores taxas foram observadas na Região Sul (43,7/100.000 NV), seguida da Região Sudeste (54,3/100.000 NV), tendo as maiores taxas sido encontradas nas regiões Centro-Oeste (65,9/100.000 NV), Nordeste (75,3/100.000 NV) e Norte (76,0/100.000 NV), por meio do método da Vigilância do Óbito (VO). Evidencia-se, portanto, que desigualdades regionais determinam maior número de mortes maternas, sobretudo naquelas regiões menos desenvolvidas e de difícil acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2018). Assim, para mudar esse quadro, serão necessários esforços coordenados e direcionados a considerar as principais fragilidades na assistência à gestante durante o parto e o puerpério, garantindo que serviços e

intervenções sejam adequados e oportunos e estejam disponíveis para as mulheres em cada estágio da sua vida reprodutiva (BRASIL, 2018).

Considerando que o Brasil e muitos países não atingiram as metas estabelecidas pelos Objetivos dos Desenvolvimento do Milênio (ODM) para 2015, comunidade internacional adotou, em reavaliou os ODM em 2015 e propôs um conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o desenvolvimento global no período de 2016 a 2030 (NAÇÕES UNIDAS, 2015). Dentre estes, um dos objetivos para todos os países é reduzir a mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100.000 NV, sendo que, no caso do Brasil, a meta é diminuir para aproximadamente 30 óbitos por 100.000 NV até 2030 (BRASIL, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

Entre as causas de mortes maternas, as obstétricas diretas representaram aproximadamente 86% de todas as mortes no mundo em 2015 (INDEXMUNDI, 2016).

Para uma adequada compreensão desse problema e com o objetivo de prevenir a ocorrência do óbito materno, é necessário conhecer as circunstâncias em que essa morte ocorreu, sabendo-se que a maioria desses óbitos no Brasil ocorre dentro dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (LEITE et al., 2011). Nessa perspectiva, é importante a discussão sobre a organização da atenção à saúde em redes. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são estratégias utilizadas pelo governo brasileiro para a organização do SUS. Uma RAS é definida como uma rede de serviços de saúde que oferece atenção coordenada por meio de um contínuo de prestações de serviços a uma população determinada e que se responsabiliza pelos custos e resultados em saúde da população (SHORTELL et al., 1996).

Uma RAS, tal como definida, representa a etapa final do processo de integração assistencial (KONDER; SPREEUWENBERG, 2002). A implantação dessas redes tem como objetivos intermediários o acesso, a coordenação clínica e a continuidade da assistência, cujos objetivos finais são a equidade de acesso e eficiência dos serviços de saúde (VAZQUEZ et al., 2009).

A presente tese teve como pergunta norteadora: Como o acesso ao cuidado obstétrico na Macrorregião de Saúde II de Pernambuco (PE) contribuem para ocorrência de óbitos maternos? Para responder a esta pergunta analisamos informações sobre a rede de cuidados obstétricos e construímos narrativas das histórias das mulheres que morreram por causas obstétricas diretas em busca de acesso ao cuidado. Para tanto, a pesquisa foi estruturada em seis capítulos, incluindo a presente introdução.

O segundo capítulo consiste em uma revisão da literatura, abordando definições, classificação e método de cálculo do indicador de mortalidade materna, a magnitude e causas da mortalidade materna, as políticas desenvolvidas para o enfrentamento desse problema e, por último, os conceitos de redes de atenção à saúde e as abordagens teóricas na análise do acesso ao cuidado obstétrico.

No terceiro e quarto capítulos são apresentados os objetivos da pesquisa e os procedimentos metodológicos da tese, respectivamente.

O quinto capítulo consiste dos resultados da pesquisa, sendo dividido em duas partes: a capacidade de atenção obstétrica na Macrorregião de Saúde II e a narrativa das histórias das mulheres.

No sexto e último capítulo, são apresentadas as conclusões e sugestões da realização de novas investigações.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para melhor compreensão do tema abordado nesta tese são apresentados, a seguir, alguns aspectos da literatura.

2.1 MORTALIDADE MATERNA: CLASSIFICAÇÃO E MÉTODO DE CÁLCULO DO INDICADOR

Caracteriza-se morte materna como o óbito de mulheres durante a gravidez (incluindo perdas precoces) e parto em até 42 dias após o término da gestação (puerpério), independente da duração ou localização da gravidez, cuja causa pode estar relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

A partir da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), esse conceito foi ampliado com a incorporação de um novo componente - morte materna tardia, definida como a morte “devida a causas obstétricas diretas ou indiretas, ocorridas no período posterior aos 42 dias do final da gravidez até um ano” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993). Essa ampliação resultou da constatação de que o progressivo avanço tecnológico da medicina permitia, cada vez mais, prolongar a vida de algumas dessas mulheres, tornando inapropriada a manutenção do recorte de tempo de quarenta e dois dias após o final da gravidez como critério para a classificação do óbito materno.

Investigação realizada em São Paulo (LAURENTI, 1988), ao final dos anos de mil novecentos e oitenta, serviu de base para orientar essa mudança, demonstrando a propriedade dessa ampliação, ao verificar que 11% das mortes por causas maternas ocorreram após 42 dias do término da gravidez. Esse autor atribui esse achado à introdução de novos medicamentos e procedimentos clínicos e cirúrgicos, que permitiram a recuperação de muitos casos e o prolongamento da vida de outros

As mortes maternas podem ser classificadas em obstétricas e não obstétricas. As mortes maternas obstétricas podem ser diretas ou indiretas. As mortes diretas resultam de complicações obstétricas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, devida às intervenções, omissões, ao tratamento incorreto ou a uma sequência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações, tais como hemorragia, infecção puerperal, hipertensão, tromboembolismo e acidente anestésico. As mortes indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolvem durante a gestação (intercorrentes) e que não se devem a causas obstétricas diretas, mas que

foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, por exemplo, cardiopatias e outras doenças crônicas (BRASIL, 2009).

As mortes não obstétricas são aquelas resultantes de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e a seu manejo, também denominadas como morte não relacionada. Esses óbitos não são incluídos nas estimativas da mortalidade materna (BRASIL, 2009). Entretanto, isso tem sido questionado, pois, apesar da dificuldade em estabelecer nexo causal, há mortes de mulheres grávidas por acidentes, homicídios e suicídios para as quais não é possível assegurar que elas não estão relacionadas à gravidez e alguns autores vêm alertando para a participação da violência na construção da morte materna (ESPINOZA; CAMACHO, 2005).

Em muitos países, já se discute a contribuição das causas externas (acidentes e violência) para mortalidade materna, demonstrando que muitas mortes violentas estão relacionadas à condição de gravidez, questionando o caráter acidental de sua ocorrência. Se a violência doméstica for responsável pela morte de mulheres grávidas ou de puérperas, tais mortes devem ser investigadas e classificadas como mortes maternas por causas obstétricas indiretas (CAMPERO et al., 2006; ESPINOZA; CAMPACHO, 2005).

Embora a relação suicídio e gravidez seja um tema controverso na literatura, alguns autores mostram a existência de associação entre suicídio e gravidez. Em alguns casos de suicídios, a gravidez não aparece; em outros, representa tentativas malsucedidas de interrupção de gravidezes nas quais o aborto é legalmente restrito (VALONGUEIRO, 2007).

Mais recentemente estudo realizado em Recife-PE concluiu que os óbitos no puerpério precoce, por causas externas, não ocorrem por acaso, e sua exclusão dos cálculos dos indicadores de mortalidade materna aumenta os níveis de subinformação, reforçando o argumento de que esses óbitos não ocorrem ao acaso e que outros fatores como violência de gênero, gravidez indesejada e criminalização do aborto fazem parte desse contexto (ALVES et al., 2013).

Embora esses óbitos possam ser classificados com o código O93 de acordo com a lógica de organização da CID-10, entretanto por determinação internacional, esse código não poderá ser incorporado às estatísticas oficiais de mortalidade, ou seja, não poderá ser incluído no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), mas permite que se calculem indicadores de mortalidade materna com e sem causa externa nos níveis locais (VALONGUEIRO; ANTUNES, 2009). Entretanto, sua utilização em estudos/estimativas é importante para que haja mudança na Revisão da CID, passando esses óbitos a entrar no cálculo da RMM.

Em relação às informações contidas na Declaração de Óbito (DO), o MS (BRASIL, 2009) utiliza as seguintes definições para a morte materna:

- a) **Morte materna declarada** – quando as informações contidas na DO mencionam claramente o estado gravídico-puerperal por ocasião do óbito, por incluir um dos diagnósticos apresentados na CID ou por fazer menção ao estado gestacional na Parte I ou II da DO.
- b) **Morte materna não declarada** – quando na DO não consta nenhuma referência de gravidez, parto ou puerpério (na parte I e II e nas variáveis 43 e 44 da parte de condições e causa de morte), de modo que, apenas após a investigação, o óbito é identificado como materno.
- c) **Morte materna mascarada ou presumível** – quando as informações contidas na DO são insuficientes para concluir a existência de óbito materno por falhas no preenchimento. Isso ocorre quando se declara como fator causal do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio na sucessão de eventos que culminou com a morte. Desta forma se oculta a causa básica e impede-se a identificação do óbito materno.

Como já mencionado anteriormente, para se conhecer o nível da mortalidade materna, utiliza-se a RMM que consiste na relação entre o número de óbitos por causas maternas (diretos e indiretos), dividido pelo número de nascidos vivos, no mesmo período e local, multiplicado por 100.000 Nascidos Vivos (NV). Embora amplamente utilizada esta medida tem sido criticada por não ser um coeficiente ou taxa, cujo denominador seria todas as mulheres que engravidaram no período, mas sim uma razão. Dada a não disponibilidade dessa informação, tem sido considerado que seria mais apropriado ter como denominador da RMM o somatório do número de nascidos vivos com o número de nascidos mortos. Ainda assim, permanece no denominador da RMM o número de nascidos vivos, por ser muito difícil obter informações fidedignas e de qualidade em muitos países, sobre o número de gestações, em especial aquelas terminadas em abortamentos, ou mesmo, sobre os nascidos mortos (LAURENTI, 1988).

Portanto, a RMM estima a frequência de óbitos femininos, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação

ao total de nascidos vivos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação do total de mulheres grávidas.

A RMM é expressa da seguinte forma:

$$\text{RMM} = \frac{\text{Número de mortes maternas numa determinada área e período}}{\text{Número de nascidos vivos na mesma área e período}} \times 100.000$$

Esse indicador de saúde é de grande importância não apenas para as mulheres, mas para toda a sociedade, pois evidenciam as iniquidades que nela ocorrem.

2.2 MAGNITUDE E CAUSAS DA MORTALIDADE MATERNA

Entre 2010 e 2014, a RMM de mortalidade materna global diminuiu em 44% desde 1990 (BOHREN et al., 2015; SAY et al., 2014). Entretanto, oitocentas mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez, o que equivale a, aproximadamente, uma mulher morrer a cada dois minutos (KASSEBAUM et al., 2014). Quase 99% das mortes maternas ocorrem em regiões em desenvolvimento do mundo, com os maiores números na África Subsaariana e no Sudeste Asiático (KASSEBAUM et al., 2014; SAY et al., 2014).

Essas grandes diferenças entre as nações apresentam RMM inaceitavelmente elevadas em muitos dos países em desenvolvimento, indicando que, enquanto países desenvolvidos, como a França, Finlândia, Noruega, Japão, Suécia e outros, possuíam RMM inferior a 10 (óbitos maternos/100.000 NV) em 2010, diversos países em desenvolvimento, na África ou na Ásia, como a Nigéria, Índia, Indonésia, Bangladesh, Paquistão e outros, apresentaram a RMM igual ou maior que 200 para o mesmo ano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

O Brasil nesse ano ocupou a 104ª posição entre os países apresentados, com uma RMM de 56/100.000NV (INDEXMUNDI, 2016). Vale ressaltar que essas estimativas são desenvolvidas a partir de dados disponíveis por país. Segundo dados do UNICEF (2016), há uma enorme diversidade na disponibilidade e qualidade dos dados fornecidos pelos países, especialmente entre aqueles com altos níveis de mortalidade materna, para os quais são necessárias estimativas com o uso de modelagem estatística.

Para obtenção desses dados no Brasil, são utilizados o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) que possibilitam ao Ministério da Saúde (MS) o monitoramento dos eventos vitais e permitem a construção de indicadores de saúde de forma contínua para todo o país. Entretanto, historicamente, a

identificação de mortes maternas no País tem dois problemas: o subinformação, quando o óbito é registrado com outra causa e o subregistro, quando o óbito não é notificado (BRASIL, 2009).

Alguns estudos vêm sendo desenvolvidos no Brasil, em alguns estados, com o objetivo de dimensionar a real magnitude do problema. Estudo realizado em 2002 por Laurenti et al. (2004), utilizando o método Reproductive Age Mortality Survey (RAMOS), em capitais de Estados brasileiros e no Distrito Federal, com exceção de Porto Velho, foi encontrado após investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil um aumento de 67% no número de óbitos por causas maternas. Nesse estudo os autores identificaram elevada subenumeração dos óbitos maternos em todas as Regiões do país e propuseram fatores de correção a serem aplicados às estimativas oficiais.

Estudo realizado por Szwarcwald et al. (2014) com o objetivo de propor uma metodologia de estimação da mortalidade materna, no Brasil, por meio das informações do MS, nos anos de 2008, 2009, 2010 e 2011, levando em consideração o subregistro geral de óbitos, as proporções de mortes em mulheres em idade fértil que foram investigadas, bem como as proporções de óbitos maternos não declarados nas DO e que foram atribuídos a outras causas antes da investigação, observou que a RMM atingiu o valor mínimo em 2011 (60,8/100.000 NV) e o máximo em 2009 (73,1/100.000 NV). Os maiores valores da RMM foram encontrados no Maranhão e no Piauí, ultrapassando 100/100.000 NV, e o menor foi apresentado por Santa Catarina, o único estado com magnitude inferior a 40/100.000 NV.

Diante disso, o MS tem buscado construir estimativas de RMM que possam ser aplicadas com confiança em nível subnacional, pois está claro que as desigualdades regionais e entre grupos populacionais levam a diferentes RMM. A construção de estimativas confiáveis por regiões e UF é essencial para subsidiar a identificação de áreas prioritárias para desenvolvimento, monitoramento e avaliação de política pública relacionada à saúde das mulheres em geral e das gestantes em especial (BRASIL, 2018).

O MS vem adotando algumas medidas ao longo do tempo com o objetivo de reduzir a subdeclaração de óbitos maternos, dentre elas a introdução dos campos 43 e 44 nas declarações de óbito de MIF, que questionam sobre o estado gravídico – puerperal da mulher no momento da morte. O campo 43 refere-se à gravidez, aborto ou parto no momento da morte, e o campo 44 questiona se a mulher estava no puerpério precoce (até 42 dias após o parto) ou no puerpério tardio (42 dias a um ano após o parto) no momento da morte (BRASIL, 2009).

Outra medida adotada foi a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como uma atribuição de municípios e estados por meio da Portaria GM/MS nº 1.172, de 15 de junho

de 2004 e em 2008, a Portaria GM/MS nº 1.119 de 5 de junho regulamentou esta prática estabelecendo instrumentos, prazos e fluxos da investigação para a Vigilância do Óbito (VO). Nesse sentido, todos os óbitos de MIF devem ser investigados (BRASIL, 2009). Com o monitoramento dessas mortes no Brasil, nos últimos anos pela VO, nos três níveis de gestão do SUS, foi possível reclassificar mortes maternas, não declaradas inicialmente, e promover a sua identificação no SIM. O registro dos resultados das atividades desenvolvidas pelos serviços de VO local tornou-se viável após a criação em 2008 de módulo de investigação de óbitos integrado com o SIM, sendo possível, a partir de 2009, mensurar a diferença do número de óbitos maternos, antes e após a investigação de óbitos de MIF (BRASIL, 2018).

Como consequência, observou-se uma proporção média de incremento no número de mortes maternas no país em 2013, que foi a maior observada no período de informações disponíveis, de 2009 a 2015, ficando próxima a 31%, com variação desta proporção entre as regiões. Neste mesmo ano, a partir dos resultados da investigação de óbitos de MIF, a Região Sudeste incrementou em 42% o número de óbitos maternos que haviam sido declarados inicialmente por outras causas. Na Região Sul a proporção de incremento no número de mortes maternas foi de 34%, e no Nordeste este percentual ficou em 27% (BRASIL, 2018).

Com o desafio de estimar a RMM, sobretudo para as UF e regiões, visto que a mortalidade materna tem características de evento raro, com pequenos números e comportamento variável, o MS realizou um estudo comparativo utilizando três métodos: 1- calculando a RMM com dados direto do SIM, 2- calculando a RMM a partir de dados do SIM e corrigidos a partir de indicadores das investigações de óbitos da VO, e 3- calculando a RMM corrigidas pelo método adotado no estudo da Carga Global de Doenças (GBD-IHME), observou que a estimativa subnacional da RMM utilizando fator de correção gerado pela vigilância de MIF sugere maior consistência quando comparada com métodos indiretos com modelagem de dados, como o método utilizado pelo IHME, e com o método direto, obtido diretamente do SIM (BRASIL, 2018).

Na Região Nordeste, em 2015, as maiores RMM as do Maranhão e Piauí (RMM 116,5/100.000 NV e 103,6/100.000 NV, respectivamente), seguidas da Paraíba e Bahia (RMM 81,8/100.000 NV e 75,4/100.000 NV, respectivamente) enquanto que Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Ceará apresentaram RMM Vigilância com valores entre 68,4/100.000 NV e 49,1/100.000 NV (BRASIL, 2018). Esses cálculos são da Vigilância do Óbito Materno.

Com relação às causas de óbitos, entre 2003 e 2009, mais da metade das mortes maternas em todo o mundo devem-se às causas obstétricas diretas, destacando-se as hemorragias, os distúrbios hipertensivos e as infecções. Portanto, um limitado número de complicações é responsável pela maioria das mortes. Aproximadamente 25% das mortes foram atribuídas a causas indiretas (SAY et al., 2014).

No Brasil, em 2012, o risco de morrer por causas obstétricas diretas foi 40,7 mortes maternas por 100.000 NV e 19,4 por causas indiretas. Em 1990, a mortalidade por causas diretas era 9,4 vezes superior à mortalidade por causas indiretas. Essa relação reduziu para 3,5 vezes em 2000 e para 2,1 vezes em 2012 (BRASIL, 2014).

As duas principais causas diretas de morte materna no Brasil são a hipertensão da gravidez e as hemorragias, que corresponderam, em 2012, a 20,2% e 11,9% do total de óbitos maternos, respectivamente. Outras causas obstétricas diretas importantes são a infecção puerperal e o aborto, que corresponderam, respectivamente, a 7,3% e a 4,5% do total de óbitos maternos. Entre as causas indiretas, o grupo com maior frequência foi o das doenças do aparelho circulatório complicadas pela gestação, pelo parto ou pelo puerpério, que representou 7,3% do total de óbitos maternos (BRASIL, 2014).

Os fatores determinantes das mortes maternas por causas diretas operam em vários níveis, englobando o menor status social e as condições socioeconômicas das mulheres, que definem o acesso à educação, bens e serviços, incluindo serviços de saúde de qualidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Estudos têm revelado como fatores de risco para a mortalidade materna a idade materna mais elevada (KASSEBAUM et al., 2014; LEITE et al., 2011), o menor nível de escolaridade (LEITE et al., 2011; MAGADI et al., 2001), a raça/cor (PICOLI et al., 2017), o tipo de ocupação, o número reduzido de consultas de pré-natal (TAGUCHI et al., 2003), internação prévia por complicações obstétricas (MOURA et al., 2018), demonstrando que existe população mais vulnerável e com maior risco de complicações.

Com relação à raça/cor da pele, observa-se que no Brasil a maior parte das mortes maternas corresponde a mulheres de cor ou raça negra, e essa proporção vem aumentando ao longo dos anos, o que segue a mesma distribuição da população no período de 2000 a 2012. Nesse sentido, deve ser destacada a melhoria da informação sobre raça/cor na declaração de óbito (BRASIL, 2014).

Em Pernambuco, a RMM durante o período de 2000 a 2011 foi de 63,8 óbitos maternos por 100.000 NV (PERNAMBUCO, 2016) e as principais causas de óbito em 2012 foram as

obstétricas diretas, predominando neste grupo a hipertensão da gravidez, as hemorragias e as infecções (BRASIL, 2014).

Durante longo tempo, os óbitos consequentes à gravidez/parto foram considerados como fatalidades. Entretanto, esses eventos vêm sendo compreendidos como marcadores do nível de desenvolvimento social, incluindo o papel da educação, a renda, o local do parto e grau de opressão a que está sujeita a mulher na sociedade. Em sua maioria, se constituem como mortes precoces, que poderiam ser evitadas por acesso, em tempo oportuno, a serviços qualificados de saúde (THADDEUS; MAINE, 1994).

2.3 POLÍTICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna, apesar de sua gravidade, emergiu como problema prioritário na agenda dos governos e instituições de saúde, apenas na década de 1980. A ênfase conferida à redução da mortalidade surgiu sob a influência dos movimentos sociais, em especial do movimento organizado de mulheres que contribuíram para a construção de novas políticas públicas a partir dessa década. Isso resultou na consolidação de leis e programas de saúde que se intensificaram em toda a década de 1990 e se estenderam até os anos 2000, pela formulação e execução de programas e estratégias de saúde pública voltados à atenção materno-infantil (SANTOS NETO et al., 2008).

Vários encontros e conferências foram realizados no mundo, buscando o acesso universal à saúde reprodutiva; entre esses, o V Encontro Internacional Mulher e Saúde, realizado na Costa Rica em 1987 propôs um conjunto de ações visando à prevenção do óbito materno, tendo como estratégia fundamental conferir visibilidade ao problema e suas consequências. Essa campanha iniciada pelas mulheres foi sendo gradativamente assumida por governos de diversos países e por organizações internacionais, regionais e nacionais de saúde (ARAÚJO, 2000).

Ainda em 1987, sob a organização da OMS, foi realizada em Nairóbi, Quênia, a Internacional *Conference on Safe Motherhood*, que veio a se constituir um marco referencial nesse movimento ao estabelecer a definição de ações, tanto no plano técnico como político, capazes de reduzir os níveis de mortalidade materna nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1987).

Em 1990 a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) propôs diretrizes políticas para a redução da mortalidade materna no continente, expressas no “Plano de Ação Regional para

Redução da Mortalidade Materna”. Em encontro patrocinado pela OPAS ficou acordado entre os países participantes, inclusive o Brasil, o compromisso da formulação de planos nacionais visando a redução em 50% nos níveis da mortalidade materna existentes em 1985 até o ano 2000 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1990).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, conferiu um papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, abandonando a ênfase na necessidade de limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano (BRASIL, 2013).

Durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em 1995, realizada em Beijing, avançou-se na definição dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, assegurando às pessoas de todas as orientações sexuais e identidades de gênero a desfrutarem da mesma dignidade e respeito a que têm direito (BRASIL, 2013).

Ao final desses primeiros 15 anos de luta (1985–2000), alguns avanços foram obtidos sem que houvesse ocorrido uma queda substancial do número de mortes maternas em todo o mundo (MAINE; ROSENFELD, 1999).

Em 2004, por ocasião da 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, a partir do disposto no documento “Estratégia Regional para Redução da Mortalidade e Morbidade Materna” a OPAS propôs aos países membros a adoção da meta da Declaração da Cúpula do Milênio das Nações Unidas, de redução das taxas nacionais de mortalidade materna em até 75% até 2015, em relação aos índices de 1990, e de diminuição das disparidades entre as zonas urbanas e rurais nos países (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2004).

No Brasil, até o início da década de 1980, a política para assistência à saúde das mulheres restringia-se à atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, preconizados pelo então Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI). Entretanto, essa política não contemplava a saúde da mulher de forma integral, permanecendo a visão acerca da mulher, nessa época, circunscrita ao ciclo gravídico-puerperal, com ênfase na saúde da criança (SANTOS NETO et al., 2008).

Como resposta do movimento feminista brasileiro, pela perspectiva reducionista como as mulheres eram tratadas (essencialmente no ciclo gravídico-puerperal), surge em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cuja criação representou um marco histórico, por anunciar uma nova e diferenciada abordagem à saúde da mulher brasileira, fundamentada no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres” (SANTOS NETO et al., 2008).

Uma das propostas do PAISM é o incentivo à implantação e institucionalização dos Comitês Estaduais de Morte Materna no Brasil. Os Comitês são importantes instrumentos de controle social, que contribuem para a discussão da mortalidade materna, sua gravidade, seus efeitos sociais e de saúde, bem como para a possibilidade de prevenção e recomendações de medidas adequadas (BRASIL, 2009).

No plano internacional, os Comitês de Estudos da Mortalidade Materna surgiram como instrumento de combate à mortalidade materna, ocorrendo muito antes da década de 1980, sendo os Estados Unidos da América do Norte o primeiro país do mundo a instituí-los na década de 1930 (VOLOCHKO, 1992). A partir de então, outros países também implantaram seus Comitês, a exemplo da Inglaterra, em 1952 (BRAGA, 1989) e Cuba, em 1968 (CABEZAS, 1988).

No Brasil, os primeiros Comitês foram criados no Estado de São Paulo, no final da década de 1980, com a participação de representantes do movimento organizado de mulheres. A partir daí o movimento ganhou maior dimensão, chegando a outros estados (RODRIGUES *apud* RODRIGUES, 2003). Posteriormente, ocorreu a adesão dos estados do Paraná, Goiás e Rio de Janeiro (LAURENTI et al., 2004). Atualmente, todos os estados têm Comitês de Morte Materna instalados.

Em 1994, o MS publicou o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna e instituiu o dia 28 de maio como o Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna (Portaria nº 663 de 22 de março de 1994). Também foi criada a Comissão Nacional de Mortalidade Materna por meio da Portaria nº 773 de 07 de abril de 1994, sendo esta responsável pela elaboração do “Plano de Ação para a Redução da Mortalidade Materna” (BRASIL, 1995).

Em Pernambuco, o Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna (CEEMM) foi criado em 1995, tendo como uma das principais atribuições, a realização de análises sobre a situação da mortalidade materna, com base nas informações fornecidas pela vigilância epidemiológica do óbito materno e pelas comissões hospitalares, além de propor estratégias de intervenção para melhoria da atenção à saúde da mulher. (PERNAMBUCO, 1995).

No ano 2000, o MS lançou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), propondo para isto critérios de desempenhos e qualidade da assistência (BRASIL, 2000) e, ainda nesse mesmo ano, regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com a finalidade de promover um novo modelo de atendimento à saúde (BRASIL, 2001).

O PNHAH, em 2004, ganhou status se conformando não mais como um programa, mas como uma política transversal, a Política Nacional de Humanização, intitulada Humaniza SUS. Essa política tem como diretriz valorizar o vínculo com os usuários, garantindo os direitos dos usuários e seus familiares, o controle social, a melhoria das condições de trabalho para os profissionais e a cogestão do processo de trabalho, além de perceber a humanização como uma troca de saberes, de diálogos entre profissionais e do trabalho em equipe multidisciplinar (BRASIL, 2004).

Todas essas iniciativas geraram a expectativa da redução da mortalidade materna. Porém, ainda se percebe um importante distanciamento entre as diretrizes políticas e a execução. As estatísticas oficiais e trabalhos publicados em período posteriores fazem pensar que permanece atual a fala de Tanaka e Mitsui (1999) ao final da década de noventa: “Infelizmente [...] o direito das mulheres à vida, ao planejamento familiar e a uma melhor qualidade de assistência ainda não foram alcançados em nosso país”.

Percebe-se que a assistência à mulher no período gravídico puerperal no Brasil, ainda está focada no modelo biomédico, o que tem contribuído para a permanência e/ou aumento do número de procedimentos invasivos e intervencionistas durante o trabalho de parto e parto, muitas vezes de forma desnecessária e sem a participação da mulher e/ou família (MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015), aumentando o risco de mortes maternas.

Essa assistência ocorre tanto no SUS como na assistência suplementar, acentuando desigualdades na qualidade do parto hospitalar. No sistema público, a desconexão entre o pré-natal e o parto, leva à peregrinação em busca por atendimento no momento do parto. Nos serviços privados, a cesariana agendada previamente ocorre em praticamente todos os partos (VICTORA et al., 2011; VIELLAS et al., 2014).

Em Pernambuco foi criado, em 2007, pelo Decreto Nº 30.859, o Programa Mãe Coruja Pernambucana (PMCP), com o objetivo da (re)estruturação da assistência obstétrica dentro de cada Região de Saúde (RS), além de garantir atenção integral e humanizada à mulher durante o ciclo gravídico puerperal e às crianças de 0 a 5 anos de idade, fortalecer os Comitês de Estudo da Mortalidade Materna e de Prevenção e Redução da Mortalidade Infantil, consolidar direitos de cidadania e a alfabetização das famílias acompanhadas, fortalecer vínculos familiares, melhorar a regularidade, a quantidade e a qualidade da alimentação das gestantes, nutrizes e crianças, entre outros (PERNAMBUCO, 2007).

Em âmbito nacional em 2011, foi criada a Rede Cegonha (RC) como estratégia para alcançar muitos objetivos, entre os quais a redução do número de óbitos evitáveis de mulheres

e de crianças no país. Com a implantação da RC, a discussão da estruturação e qualificação da assistência materna e infantil ganha um elemento crucial: um conjunto de estratégias para organizar os serviços sob a lógica técnico-política e organizacional das redes regionais de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Além de se constituir de um conjunto de ações estratégicas voltado para a mudança do modelo de atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento, a RC tem como objetivo estruturar e organizar as redes regionais de atenção materna e infantil. Essa estratégia toma como referência as diretrizes das redes de atenção à saúde, no âmbito do SUS, visando à garantia do acesso com integração sistêmica de ações e serviços de saúde e com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Prioriza o incremento no desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2011).

2.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Desde a reunião de Alma-Ata, realizada em 1978, discute-se a organização dos sistemas de saúde por meio de RAS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2011). A mudança nessa integração dos serviços de saúde vem sendo desenvolvidas em diferentes países e apresenta elementos comuns (VÁZQUEZ; VARGAS, 2009). Várias experiências de organização do sistema de saúde em RAS vêm sendo adotadas em países da Europa ocidental, como Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda. Já nos países da América Latina, a implementação das RAS ainda é inicial, sendo o Chile o país com a maior experiência na área (KUSCHNIR et al., 2010; MENDES, 2009).

No Brasil, o tema vem sendo discutido desde o final da década de 1990, sendo considerada a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008), com a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2012). Nessas redes, não há hierarquia entre os serviços, sendo que cada um deles tem seu papel específico, não havendo gradação de importância entre eles. Cada serviço tem suas características próprias, sua função bem definida e densidades tecnológicas distintas na rede. Essa organização possibilita a comunicação de forma horizontal, não autoritária (MENDES, 2011).

Vários autores têm buscado contribuir no debate sobre as RAS formulando várias definições para o conceito. Segundo Mendes (2011), as RAS são “organizações poliárquicas de

conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si, por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade, com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”.

Para a Organização Panamericana de Saúde (1993 apud MENDES, 2011), “Redes integradas de serviços de saúde, ou sistemas organizados de serviços de saúde, ou sistemas clinicamente integrados ou organizações sanitárias integradas podem ser definidas como uma rede de organizações que presta ou provê os arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que se dispõe a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população à qual ela serve”.

Shortell et al. (1996) definem a RAS como “redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população”.

Para a Organização Mundial da Saúde (2008), a RAS é “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”.

Portanto, todos esses conceitos confirmam a intenção de tornar os serviços de saúde integrados, com atenção coordenada, cuidado continuado, acesso fácil para as necessidades, sendo todos esses dispositivos importantes para o cuidado em saúde das pessoas.

Em período mais recente, o governo brasileiro, diante da necessidade de estabelecer uma coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, instituiu as RAS, cujas características de regionalização e integração para atenção são estratégias que podem modificar o quadro de iniquidade observado no acesso aos serviços de saúde.

As diretrizes das RAS foram definidas pela Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 e, em 2011, o MS publica o Decreto nº 7.508 de 30 de dezembro de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e articulação interfederativa, entre outras providências. Esse Decreto passa a exigir uma nova dinâmica e organização da gestão da atenção à saúde, estabelecendo um novo marco na descentralização e regionalização do SUS (BRASIL, 2011a). Nesse sentido, ficou mais evidente a necessidade de compatibilizar a descentralização da política de saúde com estratégias

de regionalização, a fim de promover relações intergovernamentais mais complementares, equilibrar a autonomia e a interdependência entre os entes governamentais, incentivar a formalização das pactuações e organizar em âmbito regional um sistema de saúde integrado (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015; DOURADO; ELIAS, 2011; LIMA et al., 2012).

A regionalização já era eixo estruturante da gestão do sistema de saúde brasileiro desde a criação do SUS, e autores como Albuquerque (2014) caracterizam esse processo em três fases: a primeira fortemente normativa (2001-2005); a segunda, negociada (2006-2010) e a terceira negociada e contratualizada (2011 – atual). Ainda segundo Albuquerque (2014), essa última fase tem como centro o governo federal, a partir de um movimento vertical, com uma forte característica técnico-burocrática na definição dos rumos da regionalização (normas) associado à transferência de recursos financeiros e ao baixo protagonismo dos governos estaduais, apesar da importância do papel das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na condução desse processo.

Algumas explicações para esse cenário podem ser colocadas, como: lacunas na definição de competências, dificuldade de estabelecer pactos federativos robustos, prevalecendo interesses públicos municipais ao invés de fortalecimento das regiões de saúde, desconsiderando a integralidade da atenção (PEREIRA, 2017). A instituição de um espaço de governança regional (CIR – Comissão Integestores Regional) já é um avanço, uma vez que possibilita pactos fundamentados na garantia de acesso e integralidade (PEREIRA, 2017). Entretanto, lamentavelmente autores apontam que a CIR não tem autonomia política, administrativa e técnica, comprometendo as regiões como espaço capaz de superar os desafios da organização das RAS (VARGAS et al., 2014).

Em Pernambuco, o processo de regionalização teve início no final do ano 2000, quando da elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES), durante a IV Conferência Estadual de Saúde (CES), com a previsão da reorganização do Sistema Estadual de Saúde (PEREIRA, 2017). Entretanto, foi a partir de 2003 que a gestão estadual iniciou o processo de regionalização, concluindo em 2004 (SÓTER, 2009).

Em 2011, com a publicação do Decreto que instituiu as RAS, a SES instituiu o Núcleo Estratégico de Regionalização (NER) e a partir daí foi realizada a construção do Plano Diretor de Regionalização (PDR) que reorganizou o estado de Pernambuco passando de 11 para 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), agrupando estas em quatro macrorregiões de saúde, tendo como pressuposto na área de saúde da mulher responder internamente à demanda das gestantes de alto risco com a consequente diminuição dos deslocamentos para o parto (PERNAMBUCO, 2011).

Em âmbito nacional, em 2011, especificamente para a organização da saúde da mulher e da criança, foi normatizada a RC por meio da Portaria nº 1.459/2011 com o objetivo de superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, buscando a garantia de acesso à assistência materno-infantil (BRASIL, 2011b).

A RC tem como base os princípios do SUS, com garantia da universalidade, da equidade e da integralidade da atenção à saúde. Desse modo, essa Rede é organizada para assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico, que inclui transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011b). A rede prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011b).

Pernambuco foi o primeiro estado do país a fazer adesão à RC. Em 2012, realizou a adesão na modalidade regional (PERNAMBUCO, 2011). Essa forma de adesão prevê a responsabilização das regiões de saúde, priorizadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com a oferta dos quatro componentes da Política. No mesmo ano, foram elaborados e homologados os Planos de Ação Municipais e os Planos de Ação da RC das 12 RS de Pernambuco. Entretanto, na Macrorregião de Saúde II, até os dias atuais, a RC ainda não está, de fato, implantada (FIRMINO, 2018; SILVA, 2018). Existe um desenho da organização da Rede que agrega as duas RS IV e V, embora o processo não tenha avançado.

Entre os principais desafios do SUS, destaca-se a necessidade de enfrentar a fragmentação nas regiões de saúde, já que estas são muito mais que a soma de seus municípios, e sua produção requer o esforço articulado de muitos atores para conformar uma regionalização viva, papel fundamental a ser coordenado pelos governos estaduais e enfrentar a iniquidade no acesso às ações e serviços de saúde (REIS et al., 2017).

2.5 ABORDAGENS TEÓRICAS NA ANÁLISE DO ACESSO AO CUIDADO OBSTÉTRICO

O acesso às ações e serviços de saúde refere-se à possibilidade de as pessoas obterem cuidados de saúde quando necessitam, de maneira fácil e conveniente (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996). Por outro lado, o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação entre o comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

As diferentes abordagens de análise sobre acesso aos serviços de saúde demonstram o nível de pluralidade e complexidade do tema, considerando que o conceito de “acesso” é complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Apesar de esse conceito já ser bem estudado, ainda se observam diferentes interpretações (LEVESQUE, 2013).

Nem mesmo a terminologia é consensual, uma vez que alguns autores usam os termos acesso e acessibilidade sem distinção (CHEN, 1978), enquanto outros os definem de forma distinta (ADAY; ANDERSEN, 1974; FRENK, 1985; STARFIELD, 2001).

A definição do acesso e a construção de um modelo que possa mensurá-lo têm sido amplamente estudadas em diferentes contextos, já que esses aspectos são fundamentais para o desenvolvimento do setor saúde. Diante disso, paulatinamente o conceito de acesso à saúde vem se tornando mais complexo, com a incorporação de aspectos de mais difícil mensuração (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Nas revisões sistemáticas sobre definições de acesso, duas tendências são observadas na literatura: as que definem o acesso como o “ajuste entre as características dos serviços e as da população” e as que comparam o acesso com “a utilização dos serviços”. A primeira tendência refere-se ao acesso desde a busca de atenção por parte do indivíduo até o início da atenção, enquanto que a segunda tendência se refere a um domínio mais amplo, ou seja, desde a necessidade da atenção até a utilização dos serviços. A primeira abordagem se concentra nas características da oferta (disponibilidade de serviços, localização, etc.) e como se ajustam as características da demanda (renda familiar, cobertura de seguro, etc.) e, na segunda, o estudo de acesso é idêntico ao dos determinantes da utilização de serviços (LORENZO, 2009).

Donabedian (1973) prefere utilizar o termo acessibilidade em vez de acesso para definir aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, sendo, portanto, mais abrangente do que apenas a disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Segundo Travassos e Martins (2004), a interpretação desse autor refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários, correspondendo às características dos serviços em relação ao seu impacto na capacidade da população de usá-los.

Em seus estudos, Donabedian (1973) amplia a abrangência do conceito de acesso para além da entrada nos serviços, pois, para ele, indica também o grau de ajuste entre as necessidades de saúde das pessoas, os serviços e recursos utilizados. Acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais

e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde das pessoas. Esse autor define duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica, referindo que essas dimensões se interrelacionam. A acessibilidade sócio-organizacional inclui a condição social, cultural, educacional ou econômica da pessoa, que influencia significativamente o acesso à saúde. Por outro lado, a acessibilidade geográfica reflete a distância percorrida pelos usuários até a obtenção do cuidado, levando em consideração a distância linear, o tempo de locomoção e os custos relacionados ao deslocamento.

Considerando o modelo de Donabedian (1973), Frenk (1985) define a acessibilidade como o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as da população no processo de procura e obtenção de atenção. Para esse autor, a acessibilidade é definida como uma relação funcional entre um conjunto de obstáculos considerados resistências e as correspondentes capacidades das pessoas para superar tais obstáculos. A resistência, que é característica dos recursos de atenção à saúde, tem sua contrapartida no “poder de utilização” da população, capaz de superar os obstáculos para obtenção dos cuidados de saúde.

Nesse modelo de Frenk (1985), os fatores, que criam resistências, são classificados em três tipos: ecológicos, financeiros e organizacionais. Os ecológicos referem-se, por exemplo, às distâncias e aos tempos de viagem percorridos pelos usuários para chegar ao serviço, enquanto as barreiras financeiras estão relacionadas com os preços cobrados pelo provedor. Finalmente a terceira categoria está representada por obstáculos que se originam do modo de organização dos serviços de saúde, como possibilidade de agendamento de consultas, tempo de espera para realizar exames, etc. Com relação às características pessoais que conferem poder para utilização dos serviços, é proposta a seguinte equivalência: os obstáculos ecológicos corresponderiam ao poder de tempo e transporte da população; os obstáculos financeiros, ao poder financeiro da população; os obstáculos organizativos com o poder de trato das organizações (tolerância a demora para obtenção de consultas, disponibilidade de tempo livre, tolerância com as regras burocráticas, etc.).

Para Starfield (2001), acessibilidade não é sinônimo de acesso. A acessibilidade é a característica da oferta, significando um elemento estrutural que possibilita o primeiro contato com os serviços, e o acesso se constituiria como a forma por meio da qual a população experimenta a acessibilidade, permitindo o uso oportuno dos serviços com os melhores resultados possíveis.

Alguns autores em diferentes realidades vêm buscando operacionalizar o conceito de acesso e para isso definem algumas categorias de análise (GIOVANELLA; FLEURY, 1995; MCINTYRE; LEVESQUE et al., 2013; MOONEY, 2007).

Para categorizar o acesso, Giovanella e Fleury (1995) adotam quatro dimensões de análise: a econômica que se refere à relação entre a oferta e a demanda pelos serviços de saúde; a técnica, que representa o planejamento e a organização da rede de serviços para concretizar o atendimento pretendido pelo usuário; a política, que diz respeito à capacidade de desenvolvimento da consciência sanitária e da organização social; e a simbólica, que é relativa às representações sociais acerca da atenção e à organização do sistema de saúde para atender às necessidades dos usuários.

McIntyre e Mooney (2007) acrescentaram à noção de acesso à saúde a “liberdade para o uso dos serviços: os atributos que definem o indivíduo, como seu nível educacional, sua bagagem cultural e crenças, sua condição social e econômica, entre muitos outros atributos e a relação do indivíduo com o sistema de saúde farão com que esse indivíduo seja mais ou menos “livre” para utilizar o sistema, o que se traduzirá em melhores ou piores condições de acesso à saúde”. Além disso, a informação que o profissional de saúde e o paciente possuem é um importante determinante para a qualidade da interação entre o sistema de saúde e o indivíduo. Esses autores resumem as principais características do acesso à saúde em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação.

Andersen (2008) utiliza o termo acesso ao invés de acessibilidade e vem construindo ao longo do tempo modelos teóricos para acesso e utilização dos serviços de saúde. O modelo comportamental de Andersen foi inicialmente desenvolvido em 1968 e seu processo de evolução envolveu cinco fases distintas. Ao longo do tempo, revisões foram feitas e elementos foram acrescentados em resposta às questões emergentes nas políticas de saúde. No entanto, as revisões não alteraram os componentes fundamentais do modelo e suas relações (ANDERSEN, 2008).

Em uma versão inicial, Andersen e Newman (1973 *apud* TRAVASSOS; MARTINS, 2004) acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se referem à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados posteriores. Posteriormente, Andersen (1995) amplia seu entendimento sobre o conceito de acesso e passa a incorporar a etapa de utilização dos serviços de saúde, propondo um modelo teórico que distingue o acesso entre fatores relacionados com as políticas, as

características da população e dos provedores que influem no acesso aos serviços de saúde, tendo como característica principal a distinção entre duas dimensões do acesso: o acesso potencial e o acesso realizado.

O acesso potencial é a forma como a presença de recursos possibilita o uso de serviços, enquanto que o acesso realizado constitui a utilização real dos serviços (ANDERSEN, 2008).

A última e mais recente fase do modelo de Andersen (2008) apresenta que a melhor compreensão da utilização dos serviços de saúde é feita sob a perspectiva dos determinantes contextuais e individuais. Além disso, observou-se o acréscimo do processo de cuidados médicos como um tipo de comportamento de saúde (além do uso dos serviços de saúde e práticas de saúde pessoal). Esse comportamento é entendido no modelo como a interação dos prestadores com os usuários na oferta de cuidados.

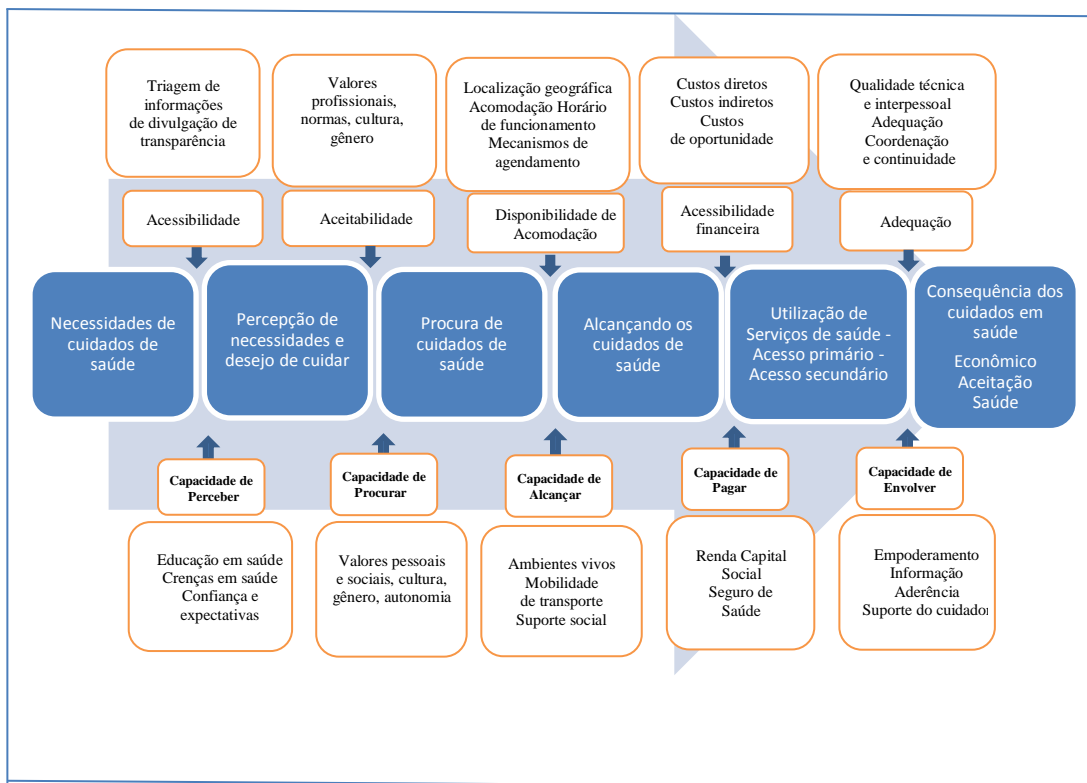
Levesque et al. (2013) conceituam acesso como a possibilidade de identificar necessidades, de procurar serviços, de alcançar e de obter ou usar serviços adequados às necessidades de assistência. Esses diferentes passos na sequência que uma pessoa experimentará representam transições cruciais em que as barreiras ao acesso podem ser reveladas. Esses autores descrevem cinco dimensões para o acesso:

- a) **A acessibilidade** - relaciona-se com o fato de que as necessidades de saúde das pessoas podem realmente identificar que alguma forma de serviços existe, pode ser alcançado e ter um impacto na saúde do indivíduo;
- b) **A aceitabilidade** - diz respeito a fatores culturais e sociais que determinam a possibilidade das pessoas de aceitarem os aspectos do serviço (por exemplo, o sexo ou grupo social de provedores, as crenças associadas aos serviços de saúde) e os julgados apropriados para as pessoas procurarem cuidados;
- c) **A disponibilidade** - e acomodação referem-se ao fato de que serviços de saúde podem ser alcançados fisicamente e em tempo hábil;
- d) **A acessibilidade financeira** - reflete a capacidade econômica das pessoas gastarem recursos e tempo para usarem serviços apropriados, resultantes de preços diretos de serviços e estão relacionados às despesas. Além disso, pode variar por tipo de serviços e depende da capacidade de gerar os recursos para pagar os cuidados (por exemplo, modo de pagamento e mobilização de recursos);

- e) **A adequação** - é o ajustamento entre os serviços e as necessidades das pessoas. Refere-se à possibilidade das pessoas de receberem cuidados realmente adequados, considerando seus recursos e habilidades.

Nesse modelo, existem cinco habilidades correspondentes das pessoas que interagem com as cinco dimensões da acessibilidade para gerar o acesso (capacidade de perceber; capacidade de procurar; capacidade de alcançar; capacidade de pagamento; e capacidade de se envolver) Figura 1.

Figura 1 – Modelo conceitual de acesso aos cuidados de saúde



Fonte: Levesque et al. (2013)

Dentre muitas propostas de análise do acesso e da utilização dos serviços de saúde, esse modelo de Levesque et al. (2013) é um dos mais amplos, por proporcionar uma visão melhor do conceito.

Para análise dos óbitos maternos obstétricos diretos, utilizou-se o modelo proposto por Thaddeus e Maine (1994), construído especificamente para esse fim. Este modelo, embora não apresente o conceito de acesso de maneira explícita, apresenta dimensões de acesso muito próximas daquelas utilizadas por Levesque et al. (2013).

Thaddeus e Maine (1994) construiu um modelo específico para analisar as barreiras que influenciaram a ocorrência de óbitos maternos. Essas barreiras influenciam o acesso às ações e serviços de saúde, organizado mediante a demarcação de três momentos ou fases denominadas por esses autores de atrasos (*delays*). Esse modelo busca compreender, nas duas primeiras fases, os vários fatores que influenciam na decisão de procurar o cuidado e em conseguir chegar onde o cuidado está disponível e, na terceira fase, o recebimento do cuidado de forma adequada e oportuna na unidade de saúde.

Essas fases permitem estabelecer uma sequência cronológica entre os fatos ocorridos desde o início da complicação obstétrica, que culminou no óbito e permite reconstruir a trajetória assistencial das mulheres no sistema de saúde, tais como questões culturais e sociais, que vão interferir nas tomadas de decisão sobre os cuidados. Fases do modelo:

- a) **1ª Fase** - Atraso na decisão de procurar o cuidado: o atraso na decisão de procurar o cuidado pode ser por parte da mulher, do companheiro, da família e de outros parentes, e, muitas vezes, pode estar relacionado aos fatores socioculturais, características da complicação obstétrica e à percepção da gravidade do problema, à possibilidade de arcar com os custos financeiros e/ou disponibilidade de outros recursos no momento, à proximidade e efetividade dos serviços de saúde ou à experiência anterior com o serviço de saúde;
- b) **2ª Fase** - Atraso em chegar ao serviço de saúde adequado: a disponibilidade e distribuição geográfica das unidades de saúde com complexidade adequada ao atendimento de emergências obstétricas ou outras complicações mais graves, o tempo de deslocamento entre a casa e o serviço de saúde, a disponibilidade e o custo dos transportes e condições das estradas podem ser barreiras para as mulheres que precisam utilizar o serviço de saúde;
- c) **3ª Fase** - Atrasos em receber o cuidado adequado em uma unidade de saúde: Fatores relevantes incluem a existência de sistema efetivo de referência e contrarreferência, a disponibilidade de suprimentos, de equipamentos e de pessoal capacitado, o tipo de serviço, o lugar onde recebe a atenção e o intervalo de tempo gasto para ser atendida.

Thaddeus e Maine (1994) têm argumentado que a falta de cuidados adequados e em tempo é o fator principal da morte de mulheres no terceiro mundo. Essas autoras enfatizam que a demora das mulheres em obter a devida assistência médica representa um dos motivos que concorrem, de forma importante, para a ocorrência da mortalidade materna. Nesse sentido, alertam para evitar interpretações simplistas, uma vez que, por trás dos atrasos, existem obstáculos para a obtenção do cuidado obstétrico de forma oportuna e adequada.

Estudar acesso às ações e serviços de saúde obstétricos constitui aspecto importante na atenção à saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, particularmente quando se trata da prevenção do óbito materno. Assim, poucos estudos no Brasil buscaram conhecer os mecanismos, a situação de níveis e fluxo de informação entre os serviços, as trajetórias assistenciais, os elos entre os diversos eventos que influenciam a ocorrência dessas mortes.

3 OBJETIVO GERAL

Analisar o acesso ao cuidado obstétrico na Macrorregião de Saúde II de Pernambuco em 2018.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar a disponibilidade da assistência obstétrica na Macrorregião de Saúde II;
- b) Analisar aspectos que facilitam ou dificultam a decisão de buscar o cuidado obstétrico para mulheres que morreram por causas maternas, na perspectiva da família/comunidade na Macrorregião de Saúde II;
- c) Analisar fatores que contribuíram para dificultar ou facilitar o acesso aos serviços de saúde para as mulheres que morreram por causas obstétricas na Macrorregião de Saúde II;
- d) Analisar o recebimento do cuidado adequado e oportuno para as mulheres que morreram por causas obstétricas, residentes na Macrorregião de Saúde II.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia utilizada envolveu quatro aspectos, detalhados a seguir:

4.1 DESENHOS E PERÍODO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de desenho misto utilizando-se as abordagens quantitativa e qualitativa. Na abordagem quantitativa foram realizados dois estudos: um estudo descritivo da disponibilidade da rede de assistência obstétrica em dezembro de 2018 e um estudo ecológico de base populacional realizado a partir dos registros de partos hospitalares de mulheres residentes na Macrorregião de Saúde II do estado de Pernambuco, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018.

Para realização do estudo qualitativo, utilizou-se como método de pesquisa o estudo de caso para analisar um fenômeno social complexo, o acesso às ações e serviços de saúde pelas mulheres que morreram por causas obstétricas diretas residentes na Macrorregião de Saúde II do estado de Pernambuco. Para essa análise foram estudados três óbitos ocorridos no período compreendido entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2018 que se enquadraram nos critérios definidos pela pesquisa.

Para Minayo (2011), a abordagem qualitativa é apropriada para aprofundar a compreensão de grupos, segmentos e microrrealidades, buscando desvendar a lógica de determinados problemas, expressa através de práticas, relações, opiniões, atitudes, crenças e valores. Dentro da abordagem qualitativa a estratégia escolhida foi centrada no estudo de casos múltiplos, baseada na concepção de Yin (2015), que define que “o estudo de caso (ou estudo de casos múltiplos) como uma investigação empírica que investiga o fenômeno (o caso ou os casos) em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes. O poder diferenciador desse tipo de estudo é a capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências em documentos, entrevistas e observações”.

Minayo (2010) referencia o estudo de caso como “uma forma de organizar dados sociais, preservando o caráter unitário do objeto social estudado; são utilizadas estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio. Isso se assemelha à focalização sobre

um experimento que se busca compreender por meio de observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados, entrevistas das pessoas envolvidas e o uso de documentos”.

Para estudar fenômenos complexos, o estudo de caso examina uma unidade de análise, através da observação pelo seu interior. O potencial explicativo desta estratégia provém da coerência da estrutura das relações entre componentes do caso e as variações dessas relações no tempo. Busca-se a profundidade da análise do caso e não do número de unidades de análise estudadas (CONTRANDRIOPOULOS et al., 1997).

4.2 ÁREA DE ESTUDO

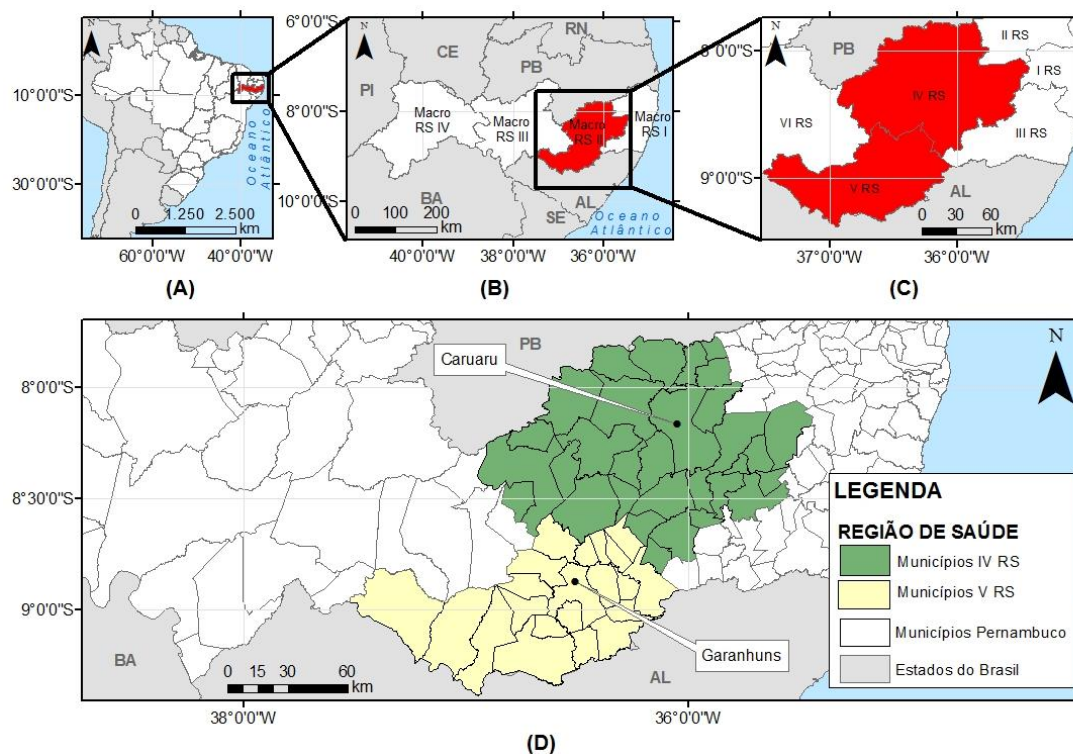
O estudo foi realizado nos municípios que fazem parte da Macrorregião de Saúde II, que são arranjos territoriais que agregam mais de uma RS, com o objetivo de organizar, entre si, ações e serviços de média e alta complexidade, complementando a atenção à saúde das populações desses territórios. A identificação das Macrorregião de Saúde deve considerar, também, os critérios de acessibilidade entre as regiões agregadas (BRASIL, 2006).

O estado de Pernambuco possui 185 municípios organizados em 12 RS, cada uma possui uma sede administrativa da Secretaria Estadual de Saúde (SES) denominadas de Gerencia Regional de Saúde (GERES). As RS estão organizadas em 4 Macrorregiões. A Macrorregião de Saúde II ou Macrorregião Agreste é composta por duas RS: as Regiões IV e V, que correspondem às Regiões com sede das GERES nos municípios de Caruaru (IV GERES) e Garanhuns (V GERES), conforme Figura 2. A Macrorregião Agreste abrange 53 municípios com uma população de 1.859.175 habitantes (IBGE, 2010).

A IV RS compreende 32 municípios (Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Felix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes) e sua população é composta por 1.324.382 habitantes (IBGE, 2010).

A V RS agrega 21 municípios (Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina, Paranatama, Saloá, São João e Terezinha) e possui 534.793 habitantes (IBGE, 2010).

Figura 2 – Mapa de Pernambuco, com detalhamento das Macrorregiões de Saúde e das Regiões de Saúde IV e V.



Fonte: a autora

Legenda: Pernambuco (A), Macrorregiões de Saúde de Pernambuco (B), Macrorregião de Saúde II (C) e Regiões de Saúde IV e V de Pernambuco (D).

Essa Macrorregião de Saúde foi escolhida para o estudo por ser a segunda Macrorregião de Pernambuco onde ocorre o maior número de óbitos maternos. Nos anos 2015, 2016 e 2017, ocorreram 60 óbitos maternos na Macrorregião II, sendo 39 óbitos na IV RS e 21 na V RS. Além disso, considerou-se dois outros aspectos: primeiro a conveniência da pesquisadora principal trabalhar nessa Macrorregião. Em segundo lugar, e muito mais importante, foi à inquietação de puder contribuir para modificação desse cenário inaceitável.

4.3 DESENVOLVIMENTO DOS MÉTODOS

Nesse tópico serão descritos os métodos utilizados no estudo.

4.3.1 Estudos Quantitativos

Os estudos quantitativos envolveram dois desenhos: um descritivo e outro ecológico.

4.3.1.1 Fontes, Coletas e Análise dos dados quantitativos

Os dados foram coletados em diversos Sistemas de Informação em Saúde, conforme Quadro 1. Todos os dados são referentes ao ano de 2018.

Quadro 1 – Variáveis, fonte de informação e indicadores, segundo o tipo de estudo. (continua)

Tipo de estudo	Variáveis	Fonte de Informação	Indicadores
Descritivo	Cobertura da ESF	Sistema e-Gestor AB	Cobertura da ESF nas RS IV e V
Descritivo	Número de consultas e trimestre de início do pré-natal	SINASC	Proporção de gestantes segundo trimestre de início e o número de consultas realizadas no pré-natal
Descritivo	Número de casos de sífilis congênita ao nascimento e número de nascidos vivos	SINAN SNASC	Coefficiente de incidência de sífilis congênita ao nascimento (por 1.000 NV), IV e V RS e Macrorregião de Saúde II de PE, 2018
Descritivo	Número de partos de risco habitual de residentes realizados no próprio município de residência	SIH	Proporção de partos de risco habitual de residentes realizados no próprio município
Descritivo	Número de partos de risco habitual de residentes realizados na própria RS e na Macrorregião II	SIH	Proporção de partos de risco habitual de residentes realizados na própria RS e na Macrorregião II
Descritivo	Número de partos de alto risco de residentes realizados na Macrorregião II e encaminhados para Macrorregião de Saúde I	SIH	Proporção de partos de alto risco realizados na Macrorregião de Saúde II e encaminhados para Macrorregião de Saúde I de Pernambuco em 2018
Descritivo	Número de dias de plantão fechado e o motivo do fechamento no hospital de referência para alto risco na Macrorregião de Saúde II	Central de Regulação de Leitos da SES	Proporção de dias com plantões diurnos e noturnos fechados no Hospital Jesus Nazareno – Caruaru
Descritivo	Número de dias de plantão fechado e o motivo do fechamento no hospital de referência para alto risco na Macrorregião de Saúde II	Central de Regulação de Leitos da SES	Proporção de dias com plantões diurnos e noturnos fechados no Hospital Jesus Nazareno – Caruaru
Descritivo	Número de partos vaginais e cesarianos realizados no SUS nas IV e V RS	SIH de Leitos da SES	Proporção de partos vaginais e cesarianos realizados no SUS nas IV e V RS

Quadro 1 – Variáveis, fonte de informação e indicadores, segundo o tipo de estudo. (conclusão)

Tipo de estudo	Variáveis	Fonte de Informação	Indicadores
Ecológico	Número de gestantes que se deslocaram dos seus municípios de residência por ocasião de partos de risco habitual nas RS IV e V de Pernambuco em 2018	SIH	Deslocamento das gestantes dos seus municípios de residência por ocasião de partos de risco habitual nas RS IV e V de Pernambuco em 2018
Ecológico	Número de partos de risco habitual realizados fora Macrorregião de residência da gestante	SIH	Fluxo dominante dos deslocamentos das gestantes com partos de risco habitual da da IV e V RS em 2018
Ecológico	Número de partos de alto risco realizados fora Macrorregião de residência da gestante	SIH	Fluxo dominante dos deslocamentos das gestantes com partos de risco habitual da da IV e V RS em 2018

Fonte: a autora.

Os bancos do SIH e do SINASC e os dados para o cálculo do coeficiente de incidência de sífilis congênita ao nascimento, e as informações sobre o funcionamento dos plantões da maternidade de referência da Macrorregião II foram fornecidos pela SES de PE. As informações sobre cobertura da AB foram obtidas pela internet diretamente do Sistema e-Gestor AB.

Para a análise dos deslocamentos das gestantes dos municípios de residência para o local de ocorrência dos partos foram construídos mapas de fluxo por meio do programa ArcGIS 10.4, diferenciados para gestantes com partos de risco habitual e partos de alto risco, tendo como unidade de análise município, RS IV e V e a Macrorregião de Saúde II.

Os mapas de fluxo representam o deslocamento das mulheres no espaço, demonstrando o movimento por meio de vetores traçados para representar o itinerário percorrido pelas gestantes, caracterizados por meio de espessuras proporcionais ao número de partos. Nesse sentido, o fluxo dominante foi definido como o maior fluxo (a partir de 10 partos) de cada município, o que permitiu identificar o arcabouço da rede de ligações (BRASIL, 2006b).

O estudo dos fluxos é componente fundamental para observação de questões ligadas à regionalização do atendimento, verificando como se deu o acesso aos serviços de saúde e identificando as distâncias percorridas (BRASIL, 2006b).

4.3.2 Estudo qualitativo

O estudo qualitativo foi desenvolvido por meio do estudo de caso, conforme descrito a seguir.

4.3.2.1 Seleção das histórias

Foram selecionadas três histórias de mulheres residentes nos municípios que fazem parte da Macrorregião de Saúde II de Pernambuco que morreram por causas obstétricas diretas, considerando as três primeiras causas desses óbitos no Brasil (doenças hipertensivas, hemorragias e infecções).

A comunicação dos óbitos à pesquisadora principal foi realizada logo após a sua ocorrência, pelos profissionais do setor de Vigilância Epidemiológica das GERES IV e V. Em primeiro lugar, foi realizada uma análise dos dados contidos no prontuário da mulher na unidade de saúde onde ocorreu o óbito e/ou uma conversa com os profissionais de saúde da AB, para identificar se o óbito ocorreu em decorrência das causas mencionadas. Diante dessa informação, iniciou-se o percurso nas unidades de saúde por onde cada mulher recebeu assistência, para coleta dos dados e composição das histórias de cada uma delas. Para evitar viés de memória, os profissionais que atenderam as mulheres foram entrevistados logo após a ocorrência dos óbitos, exceto dois profissionais de unidades distintas, que só puderam ser entrevistados após aprovação do Comitê de Ética da própria Unidade de Saúde.

As entrevistas com as famílias das mulheres só foram realizadas após 60 dias da ocorrência do óbito, respeitando as condições emocionais e psicossociais de cada um dos convidados para participar do estudo.

A escolha dos casos foi realizada por ordem de apresentação de ocorrência de cada evento à pesquisadora e que se enquadravam nos critérios de inclusão (item 4.3.2.2).

4.3.2.2 Critério de inclusão

Mulher residente em qualquer município da Macrorregião de Saúde II de PE que morreu em consequência da gravidez, parto ou puerpério e que teve como causa final do óbito doenças hipertensivas da gravidez, hemorragias ou doença infecciosas.

4.3.2.3 Critério para seleção dos sujeitos entrevistados

Para formação de cada história, foram escolhidos para serem entrevistadas pessoas da família que conheceram a trajetória da mulher na busca por cuidados obstétricos e profissionais de saúde que a atenderam em diferentes unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade do Sistema de Saúde, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Descrição dos entrevistados e local de realização da entrevista.

Mulher/Causa do Falecimento	Entrevistado	Local da Entrevista
Maria da Glória* (Eclâmpsia)	Mãe	Residência
	Enfermeiro	Unidade de Saúde da Família
	Agente Comunitário de Saúde	Unidade de Saúde da Família
	Médica Clínica	Hospital Municipal
	Médica Obstetra	Maternidade de Alto Risco
	Médico Obstetra	Maternidade de Alto Risco
Maria Augusta* (Hemorragia)	Irmã	Residência
	Enfermeiro (a)	Unidade de Saúde da Família
	Médico Anestesiologista	Hospital Municipal
	Médico Obstetra	Hospital Municipal
	Enfermeira Obstetra	Hospital Municipal
Maria José* (Infecção/Tromboembolismo Pulmonar)	Pai	Residência
	Irmã	Residência
	Enfermeira	Unidade de Saúde da Família
	Médico Clínico Geral	Hospital Municipal
	Técnica de Enfermagem	Hospital Municipal
	Enfermeiro	Hospital Municipal
	Enfermeira Obstetra	Hospital Regional
	Médico Obstetra	Hospital Regional

Fonte: a autora.

Nota: *Nomes fictícios

Todos os profissionais entrevistados preferiram realizar a entrevista no seu local de trabalho, ou seja, no mesmo local em que atenderam as mulheres, exceto uma enfermeira obstetra, que foi entrevistada em sua residência. Todos os familiares foram entrevistados em suas residências. As entrevistas dos familiares foram agendadas previamente por meio dos profissionais da vigilância epidemiológica dos municípios e/ou profissionais da AB.

Os profissionais que trabalhavam nas maternidades de Alto Risco Obstétrico foram localizados e entrevistados a partir do contato com os coordenadores dos serviços. Além disso, os coordenadores também ajudaram na identificação dos prontuários.

4.3.2.4 Categorias de análise, instrumentos e procedimentos de coleta de dados

As categorias de análises foram previamente estabelecidas por meio das fases dos atrasos, conforme proposto por Thaddeus e Maine (1994) conforme descrito abaixo e detalhado no Quadro 3.

- a) **1ª Fase:** Atraso na decisão de procurar o cuidado;
- b) **2ª Fase:** Atraso em chegar ao serviço de saúde adequado;
- c) **3ª Fase:** Atraso em receber o cuidado adequado em uma unidade de saúde.

Essas categorias de análises foram ajustadas com as cinco categorias de acesso (acessibilidade; aceitabilidade; disponibilidade e acomodação; acessibilidade financeira e adequação) do modelo de Levesque et al. (2013) para analisar o acesso das mulheres aos serviços de saúde.

Os instrumentos de coletas foram entrevistas semiestruturadas direcionadas às pessoas das famílias que estiveram mais próximo da mulher desde o momento da complicação obstétrica (APÊNDICE A), aos profissionais da AB (APÊNDICE B) e aos profissionais de saúde de unidades hospitalares (APÊNDICE C). As entrevistas foram trabalhadas de acordo com os objetivos da pesquisa, a partir de um roteiro prévio, entendido como guia de uma conversa (MINAYO, 2010), mas entendendo que este não tinha a pretensão de esgotar todos os aspectos das questões centrais da pesquisa, possibilitando a inclusão de novos temas e/ou aspectos não previstos no roteiro inicial.

Quadro 3– Modelo para análise de óbitos maternos a partir dos atrasos

(continua)

Objetivo	Dimensão Thaddeus e Maine (1994)	Definição Thaddeus e Maine (1994)	Características	Fontes de informações
<p>Analisar aspectos que facilitam ou dificultam a decisão de buscar o cuidado obstétrico para mulheres que morreram por causas maternas, na perspectiva da mulher/família/comunidade na Macrorregião de Saúde II de PE</p>	<p>1ª Fase: Atraso na decisão de procurar o cuidado</p>	<p>Envolve o processo de decisão para a busca do cuidado (por parte da mulher/companheiro, da família e de outros parentes)</p>	<p><u>Características da população/família/comunidade</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sociodemográficas e culturais: idade, escolaridade, renda pessoal e familiar <i>per capita</i>, inserção no mercado de trabalho, ocupação, contexto em que ocorreu a gravidez (gravidez desejada, estrutura familiar e arranjos conjugais), receio de penas legais em caso de aborto e disponibilidade de rede social de apoio, experiência prévia e/ou avaliação da mulher/família/comunidade quanto a qualidade dos serviços de cuidados obstétricos. • Necessidades percebidas: percepção da gravidade do problema pela mulher/família/comunidade (reconhecimento de complicações), conhecimento da mulher e/ou atores envolvidos na decisão de buscar o cuidado quanto à existência de serviços de saúde. • Recursos disponíveis: pessoal, familiar e da comunidade como: a existência de transporte público ou privado na área, condições dos transportes, condições das estradas e disponibilidade de recursos financeiros para pagar transportes, consultas, exames, medicamentos, plano ou seguro privado de saúde. <p><u>Disponibilidade e experiência prévia com serviços de cuidados obstétricos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade e experiência prévia com serviços de cuidado obstétrico: existência do serviço, distância e horário de atendimento. Experiência anterior pessoal, familiar e da comunidade: em conseguir atendimento quando procurou o serviço, experiência de violência institucional ou obstétrica e de resolubilidade do serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista com a pessoa mais próxima da mulher • Prontuários • Cartão da gestante

Quadro 3– Modelo para análise de óbitos maternos a partir dos atrasos

(conclusão)

Objetivo	Dimensão Thaddeus e Maine (1994)	Definição Thaddeus e Maine (1994)	Características	Fontes de informações
Analisar fatores que contribuíram para dificultar o acesso aos serviços de saúde para as mulheres que morreram por causas obstétricas na Macrorregião de Saúde II de PE	2ª Fase: Atraso em chegar ao serviço de saúde adequado	Considera a disponibilidade e distribuição das unidades de saúde com complexidade adequada ao atendimento de emergências obstétricas ou outras complicações mais graves, à distância e o tempo de deslocamento entre a casa e o serviço de saúde, a disponibilidade e custo dos transportes	Características da utilização dos Serviços de Saúde <ul style="list-style-type: none"> • Organização dos serviços de saúde em rede: disponibilidade dos serviços adequados ao atendimento das emergências obstétricas ou outras complicações, tipo de provedor da unidade de saúde, número de unidades de saúde que procurou para chegar a unidade que recebeu atendimento, distância e tempo de deslocamento entre os serviços, disponibilidade, adequação e custos do transporte para deslocamento, forma de acesso ao serviço de saúde (por meio da central de leitos, transferência entre serviços – com encaminhamento formal ou demanda espontânea), disponibilidade das informações sobre a mulher para que o profissional possa interpretar ocorrências anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista com a pessoa mais próxima da mulher • Entrevista com profissionais de saúde que atenderam a mulher em todos os níveis de atenção • Prontuário hospitalar • Ficha de encaminhamento
Analisar a trajetória e o recebimento do cuidado adequado e oportuno, para as mulheres que morreram por causas obstétricas, residentes na Macrorregião de Saúde II de PE	3ª Fase: Demora em receber o cuidado adequado em uma unidade de saúde	Fatores relevantes incluem a existência de sistema efetivo de referência e contra-referência, a disponibilidade de suprimentos, de equipamentos e de pessoal capacitado, o tipo de serviço, o lugar onde recebe a atenção e o intervalo de tempo gasto para ser atendida.	Características relacionadas ao cuidado adequado: <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura física: a existência e o uso de equipamentos e insumos necessários para as necessidades do caso (complicação obstétrica e/ou intercorrência clínica), disponibilidade e uso de leitos obstétricos e de UTI, uso de transporte adequado para transferências para unidades de saúde de maior complexidade. • Estrutura organizacional: existência e número suficiente de profissionais capacitados, mecanismos de coordenação de assistência – sistema de regulação efetivo com referência e contra referência formal, conhecimento e uso de protocolos clínicos, conhecimento, necessidade e uso de partograma, intervalo de tempo gasto para ser atendida, realização de reuniões clínicas e discussão de casos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista com a pessoa mais próxima da mulher • Entrevista com profissionais de saúde que atenderam a mulher • Prontuários • Cartão da gestante • Livros hospitalares • Laudos do SVO ou IML

Fonte: a autora.

Segundo Minayo (2010), a riqueza dessa técnica reside na abertura que o entrevistado tem de se expressar com espontaneidade, permitindo ao pesquisador explorar as estruturas de relevância trazidas da experiência. Além disso, também foram coletadas informações a partir de um instrumento estruturado para coleta das variáveis de interesse da pesquisa (antecedentes obstétricos e informações da assistência nos serviços de saúde e da ocorrência do óbito). Essas informações foram coletadas em diferentes fontes como prontuários, cartão da gestante, livros hospitalares e laudos do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) e/ou do Instituto de Medicina Legal (IML) (APÊNDICE D).

As entrevistas foram transcritas textualmente e, posteriormente, tanto as entrevistas das pessoas da família como as dos profissionais de saúde foram trianguladas com informações contidas nos documentos supracitados.

Antes de iniciar a coleta de dados realizou-se um pré-teste dos instrumentos, com a finalidade de avaliar sua aplicabilidade e adequação à captação das informações, de acordo os objetivos.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, que, por sua vez, treinou os responsáveis pelas transcrições das entrevistas.

Os dados obtidos no pré-teste não foram utilizados neste estudo.

4.3.2.5 Técnica de análise dos dados

A análise de dados na pesquisa qualitativa consiste em reduzir, categorizar, clarificar, sintetizar e comparar a informação a fim de obter uma visão mais completa possível do objeto de estudo (NAVARRETE, 2009).

Como técnicas de análise foram utilizadas a análise documental e a entrevista semiestruturada, que também compuseram a triangulação para qualificação dos dados (YIN, 2015), o que permitiu a comparação das informações e a identificação de aspectos semelhantes, divergentes e/ou complementares.

A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

A técnica de análise utilizada foi a análise da narrativa de conteúdo proposta por Bardin (2004). Essa técnica trabalha com mensagens, onde o objeto de trabalho é o discurso, a palavra emitida e seus significados, que nem sempre são aparentes. Contudo, nesse estudo foi utilizado

a análise do conteúdo manifesto. Na proposta de Bardin (2004) a abordagem de cada entrevista sempre será única, formando um todo original, que também será parte de um todo, composto pelo total de entrevistas realizadas.

Ainda segundo esse autor, a análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens. Caracteriza-se, assim, como um método de tratamento da informação contida nas mensagens. Para a utilização do método é necessária a criação de categorias relacionadas ao objeto de pesquisa. As deduções lógicas ou inferências que serão obtidas a partir das categorias serão responsáveis pela identificação das questões relevantes contidas no conteúdo das mensagens (BARDIN, 2004).

Portanto, neste estudo foi adotado a análise de conteúdo de forma temática a partir da técnica de condensação de significado (KVALE, 1996) para todas as entrevistas, construindo formulações a partir do discurso dos entrevistados. Para analisar as entrevistas foi realizada a transcrição de todo o material obtido e em seguida realizada a leitura detalhada e cuidadosa, buscando compreender e refletir o sentido e a relação do discurso com o objetivo proposto, a partir:

- a) Da determinação das unidades de significados naturais conforme expressas pelo sujeito;
- b) Da definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível;
- c) Da realização do questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo;
- d) Da descrição essencial dos temas identificados na entrevista, relacionando-os aos objetivos da pesquisa (KVALE, 1996).

Segundo Kvale (1996), a condensação visa transformar textos longos em textos mais breves preservando o que foi dito. Para tanto, o pesquisador buscou “unidades naturais ou os núcleos de sentido” no texto transcrito. As unidades naturais são textos sintéticos que contêm a(s) ideia(s) central(is) em formato condensado, podendo descrever a fala expressa pelo entrevistado para citações.

Assim, como no protocolo de coleta (Quadro 3), o plano de análise foi desenvolvido em três blocos, seguindo as questões centrais e os objetivos específicos da pesquisa. No primeiro, a análise partiu da identificação de aspectos que facilitaram ou dificultaram a busca do cuidado obstétrico na perspectiva da família.

No segundo bloco foi analisado a distância, tipo de transporte utilizado no deslocamento, tempo e entrada nos serviços de saúde para as mulheres que morreram por causas obstétricas na Macrorregião de Saúde II de Pernambuco.

No terceiro e último bloco foi analisado a trajetória e o recebimento do cuidado adequado, para as mulheres que morreram por causas obstétricas, nas unidades de saúde.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, conforme preconizado pela Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que normaliza as pesquisas com seres humanos. CAAE nº: 63796717.4.0000.5190.

As informações deste estudo preservaram a confidencialidade dos dados, e a não identificação das mulheres, respeitando, também, o anonimato dos profissionais ou instituições de saúde, dos familiares das mulheres, ou de qualquer outra pessoa que contribuiu com alguma informação durante o processo de investigação.

No momento de realização das entrevistas foram apresentados pela pesquisadora principal os objetivos da pesquisa, explicitados os riscos e benefícios da participação do entrevistado no estudo e a garantia do anonimato, sendo por fim, solicitado o consentimento para gravação da entrevista em aparelho de áudio. Após o consentimento da participação no estudo, antes do início da entrevista, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo entregue uma via para o entrevistado.

Para preservar o anonimato das mulheres envolvidas foram atribuídos nomes fictícios: Maria da Glória, Maria Augusta e Maria José. A escolha desses nomes foi em homenagem à obra literária “Três Marias”, escrita por Rachel de Queiroz. Nordestina, cearense de Fortaleza (nasceu em 1910 e faleceu em 2003), foi a primeira mulher a entrar para a Academia Brasileira de Letras. Apesar de não se dizer feminista, ela coloca as mulheres no centro de um romance em 1939, época em que a literatura era dominada por homens. As histórias das “Três Marias” de Rachel se encontram com as três Marias desse estudo pelos dramas comuns (histórias de perdas maternas e paternas, abandonos, lutas para criar filhos sozinhas, a impotência das

mulheres diante de poucas opções de vida). Essa obra de Rachel de Queiroz é narrada na primeira pessoa, sendo ela a personagem Maria Augusta. Em determinado trecho do livro as três Marias se comparam as estrelas:

[...] nossa comparação com as estrelas foi como uma embriaguez nova, um pretexto para fantasias, e devaneios. [...] À noite, ficávamos no pátio, olhando as nossas estrelas, identificando-nos com elas. Glória era a primeira, rutilante e próxima. Maria José escolheu a da outra ponta, pequenina e tremente. E a mim me coube a do meio, a melhor delas, talvez; uma estrela serena de luz azulada, que seria decerto algum tranquilo sol aquecendo mundos distantes, mundos felizes, que eu só imaginava noturnos e lunares (Rachel de Queiroz).

Faço alusão, aqui, à memória das três estrelas que me permitiram, de algum modo, contar suas histórias; e me sinto honrada pelo fato de poder preservar histórias que muitas vezes passam despercebidas no cotidiano da vida, fragilizadas pelas dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde e pelas iniquidades sociais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo, assim como sua discussão são apresentados a seguir considerando duas etapas: uma envolvendo a disponibilidade da assistência obstétrica na Macrorregião de Saúde II e outra envolvendo a narrativa das histórias das mulheres

5.1 DISPONIBILIDADE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE II

A Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da ESF, deve coordenar o cuidado e ser o centro de comunicação da rede. Em dezembro de 2018 grande parte dos municípios da Macrorregião II possuíam elevadas coberturas da ESF. Observou-se que 80,16% da população da IV RS era coberta pela ESF, enquanto na V RS a cobertura foi de 96,97% (Tabela 1). A ESF tem alcançado elevada cobertura populacional no atendimento integral da população (FACCHINI et al., 2006; MACINKO et al., 2006), além de promover redução das iniquidades no acesso aos serviços de saúde (MACINKO; LIMA-COSTA, 2012).

Tabela 1 – Número de habitantes e cobertura pela ESF, RS, dezembro de 2018.

RS	População	População coberta pela ESF
	N	%
IV	1.326.249	80,16
V	541.485	96,97
Total	1.867.734	-

Fonte: a autora, a partir de informações do Sistema e-Gestor AB.

Autores têm apontado que maiores coberturas da ESF contribuem para a melhoria nas condições de saúde da população, como aumento da cobertura vacinal, aumento no número de consultas de pré-natal (ANVESA et al., 2012; MENDOZA-SASSI et al., 2011), queda da mortalidade infantil (MACINKO et al., 2006) e materna (MANDÚ et al., 2009).

Cabe às equipes da APS estratificar os riscos e a vulnerabilidade e vincular a gestante aos pontos de atenção da rede, de acordo com a situação. Toda gestante deve realizar as consultas de pré-natal em uma UBS ou referenciadas ao pré-natal de alto risco, ter garantidos os exames conforme protocolo, e estar vinculada a uma maternidade, que deve ser conhecida ainda durante a gravidez (BRASIL, 2011).

A assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. A iniciação do pré-natal o mais precoce possível é importante para avaliar a necessidade de assistência mais especializada e de maior complexidade, indicando se a gravidez é ou não de risco, possibilitando contornar problemas obstétricos, prevenir danos e assegurar partos e nascimentos saudáveis (LEAL, et al., 2015).

A cobertura do pré-natal no Brasil é praticamente universal, tendo alcançado 98% de cobertura em 2017 (BRASIL, 2017). Analisando os dados da Macrorregião de Saúde II, observa-se grande proporção de cobertura da assistência pré-natal, alcançando 98,91% (Tabela 2), semelhantemente ao valor observado no Inquérito Nacional Nascer no Brasil, que observou 98,7% cobertura (VIELLAS et al., 2014). Entretanto, ao se observar os números absolutos, nota-se que 337 mulheres (1,18%) residentes na Macrorregião II não tiveram acesso a nenhuma consulta de pré-natal (Tabela 2). Situação semelhante foi observada por Domingues et al. (2015) em estudo sobre a adequação da assistência pré-natal no Brasil, que verificaram que 1,3% das mulheres da amostra não realizaram nenhuma consulta de pré-natal.

Analisando a proporção de consultas de pré-natal realizadas segundo a Macrorregião de Saúde e as RS de residência (Tabela 2), observou-se que 74,38% das mulheres da Macrorregião de Saúde realizaram 7 ou mais consultas. Quando analisado os dados de cada RS dessa Macrorregião, percebe-se que a proporção da V RS (79,10%) foi maior que a da IV (72,42%), possivelmente devido à maior cobertura da ESF observada na V RS.

Tabela 2 – Número e proporção de consultas de pré-natal segundo Macrorregião de Saúde II e RS IV e V de residência, 2018.

RS/Macrorregião	Consulta de Pré-natal							
	Nenhuma		1 – 3		4 - 6		7 ou mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
IV	246	1,22	779	3,85	4.546	22,51	14.629	72,42
V	91	1,09	266	3,18	1.396	16,63	6.638	79,10
Macrorregião II	337	1,18	1.045	3,65	5.942	20,78	21.267	74,39

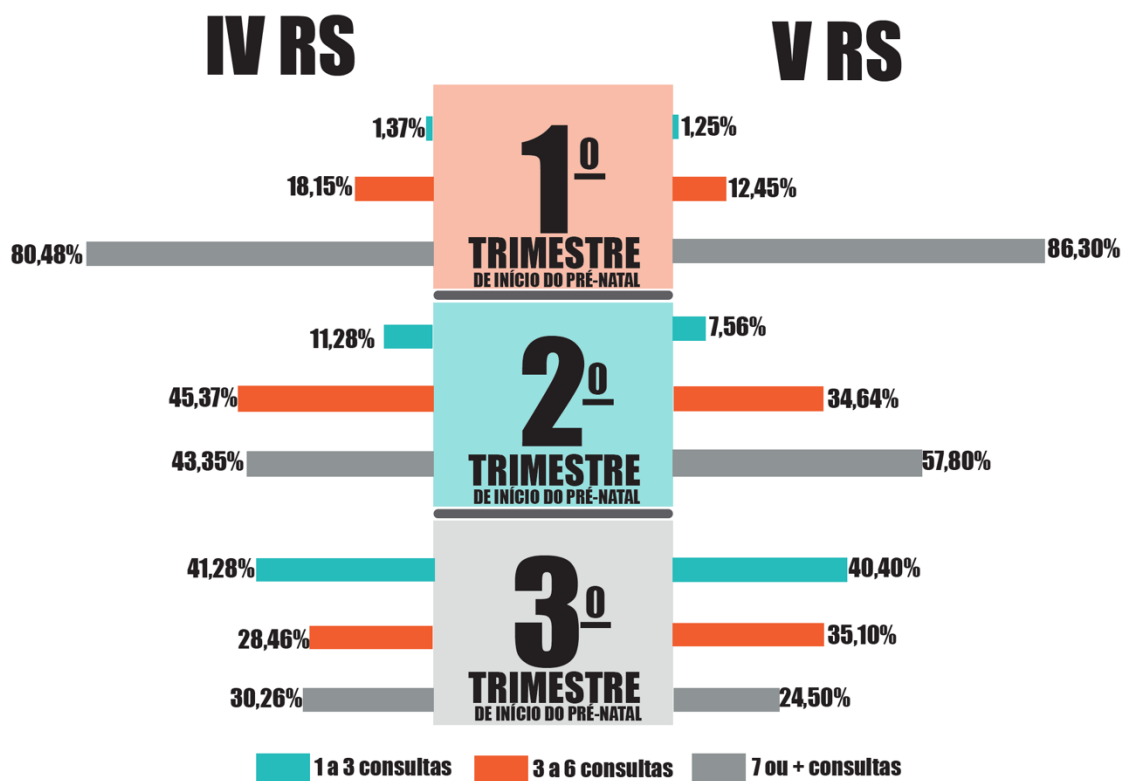
Fonte: a autora, a partir de informações do SINASC/PE/2018.

O MS recomenda que a assistência pré-natal deve incorporar condutas acolhedoras; desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento básico até o atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2006a).

O MS recomenda ainda o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. Essas recomendações são importantes, visto que a maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre (BRASIL, 2011). Recentemente a OMS publicou novas diretrizes para a atenção ao pré-natal, aumentando de quatro para oito o número de consultas que uma mulher grávida deve ao longo de sua gravidez (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

Na Figura 3 estão apresentados o número de consultas realizadas considerando o trimestre de início do pré-natal, na RS IV e V RS. Verificou-se que, de modo geral, a captação das gestantes ao pré-natal foi satisfatória em ambas as RS, sendo melhor na V RS, onde 86,30% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e realizaram sete ou mais consultas, enquanto que na IV RS essa proporção foi de 80,48%. Entre as mulheres que iniciaram o pré-natal no segundo trimestre e que realizaram sete ou mais consultas, os resultados da V RS (57,80%) também foram melhores que aqueles da IV RS (43,35%).

Figura 3 – Proporção de gestantes segundo trimestre de início e o número de consultas realizadas no pré-natal, IV e V RS, 2018.



Fonte: a autora, a partir de informações do SINASC/PE/2018.

A proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e realizaram sete ou mais consultas foi superior aquelas observadas por Domingues et al. (2015) (74,4%) e por Viellas et al. (2014) (60,6%). Para avaliação da qualidade da assistência pré-natal no Brasil, alguns pesquisadores utilizaram o índice de Kotelchuck adaptado para o calendário de consultas preconizados pelo MS, que leva em consideração o número de consultas de pré-natal, baseado no mês de início do pré-natal e na proporção de consultas observadas em relação ao número de consultas esperadas, de acordo com a idade gestacional no nascimento (LEAL et al., 2004; RIBEIRO et al., 2009). Entretanto, em período mais recente pesquisadores brasileiros têm proposto avaliar a qualidade do pré-natal, ampliando esse indicador para além da época de início do acompanhamento e do número de consultas recebidas, incorporando os parâmetros mínimos do PHPN para uma adequada assistência pré-natal para gestantes de risco habitual (COUTINHO et al., 2010; ANDREUCCI; CECATTI, 2011; DOMINGUES et al., 2012; CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

Na Macrorregião de Saúde II, apesar da elevada proporção de realização de consultas de pré-natal, não foi possível avaliar a qualidade da assistência. A avaliação da assistência pré-natal tem sido objeto de grande número de estudos que têm apontado baixa qualidade no cuidado pré-natal ofertado (MENDOZA-SASSI et al., 2011; TOMASI et al., 2017; SILVEIRA; DIAS-DA-COSTA, 2001), tais como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e efetividade (DOMINGUES, 2012; COIMBRA, 2003; COUTINHO, 2010), principalmente para impactar na redução da mortalidade materna.

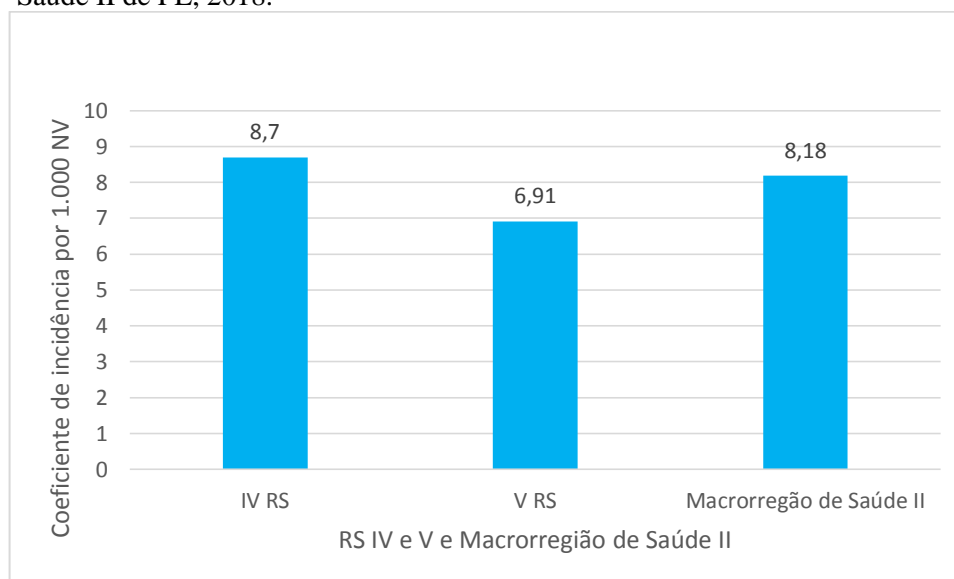
Guimarães et al., (2018), em estudo que investigou o acesso e a qualidade do cuidado pré-natal nas USF no Brasil e na Região Norte entre 2013-14, observaram uma cobertura nacional do pré-natal de cerca de 100%, no entanto, menos de 1% das Equipes de saúde da Família foram avaliadas com atenção adequada ao pré-natal, e quase a metade (43%) das unidades de saúde pesquisadas não dispunha de infraestrutura adequada, revelando uma expressiva barreira de acesso a um pré-natal de qualidade.

Em 2000 foi implantado no Brasil o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (SispreNatal), que permitiria acesso a informações para avaliar a qualidade da assistência pré-natal, além do número de consultas realizadas e do trimestre de início, como a realização dos exames de rotina, vacinação antitetânica e consulta puerperal. Porém, esses dados não estão disponíveis para consulta regular e apresentam problemas de subregistro (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Alguns autores têm apontado a incidência de sífilis congênita como indicador da qualidade da assistência pré-natal (DE LORENZI; MADI, 2001). Domingues et al. (2013) também definem a sífilis congênita como evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Outros autores apontam que, com o diagnóstico e o tratamento realizados oportunamente, a transmissão vertical é reduzida em até 97% (BLENCOWE et al., 2011). Diante disso, e considerando a indisponibilidade de informações do SispreNatal, utilizamos a incidência de sífilis congênita como marcador da qualidade da assistência pré-natal.

Como critério de notificação no SINAN, considera-se sífilis congênita todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada (BRASIL, 2016). Na Figura 4 encontra-se o coeficiente de incidência de sífilis congênita na IV e V RS e na Macrorregião de Saúde II de Pernambuco em 2018.

Figura 4 – Coeficiente de incidência de sífilis congênita (por 1.000 NV), IV e V RS e Macrorregião de Saúde II de PE, 2018.



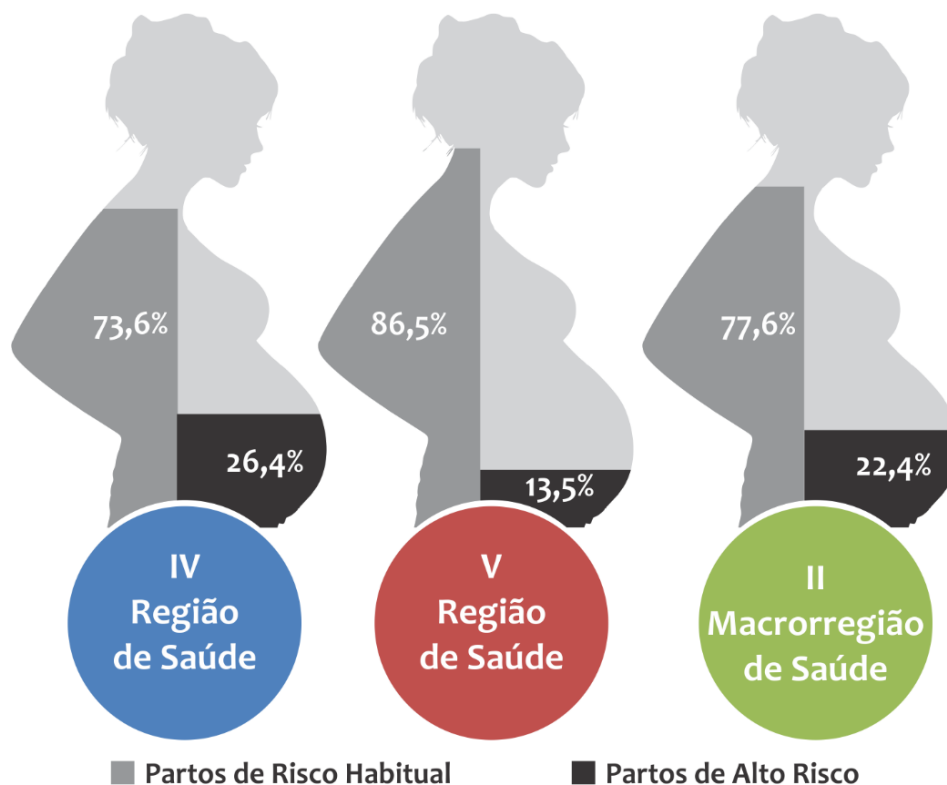
Fonte: a autora, a partir de informações do SINAN/PE (Dados de novembro de 2019).

Na Macrorregião de Saúde II observou-se altos coeficientes de incidência de sífilis congênita (8,18/1.000 NV). A RS IV apresentou coeficiente de 8,70/1.000 NV e a V RS apresentou 6,91/1.000 NV. Esses achados despertam atenção para a necessidade de melhoria na qualidade da assistência pré-natal nessa Macrorregião. O Inquérito Nascer no Brasil (DOMINGUES; LEAL, 2016) estimou a incidência de sífilis congênita ao nascimento de 3,51/1.000 NV para o Brasil, não encontrando diferença da incidência obtida com base nos casos notificados ao SINAN em 2011. Entretanto, essas autoras afirmam que essas informações

devem ser analisadas com cautela, uma vez que neste estudo não foram incluídos os casos de abortamento, sendo a sífilis uma causa conhecida de abortos.

Com relação a proporção de partos de risco habitual e alto risco segundo RS de residência e Macrorregião de Saúde II (Figura 5), verificou-se que 73,60% dos partos de mulheres residentes na IV RS de Pernambuco em 2018 foram de risco habitual, sendo que 26,40% foram considerados de alto risco, enquanto que na V RS os valores observados foram de 86,50% e 13,50%, respectivamente. Considerando a Macrorregião, 77,60% desses partos foram de risco habitual e 22,40% de alto risco.

Figura 5 – Proporção de partos de risco habitual e alto risco segundo RS de residência e Macrorregião de Saúde II, 2018.

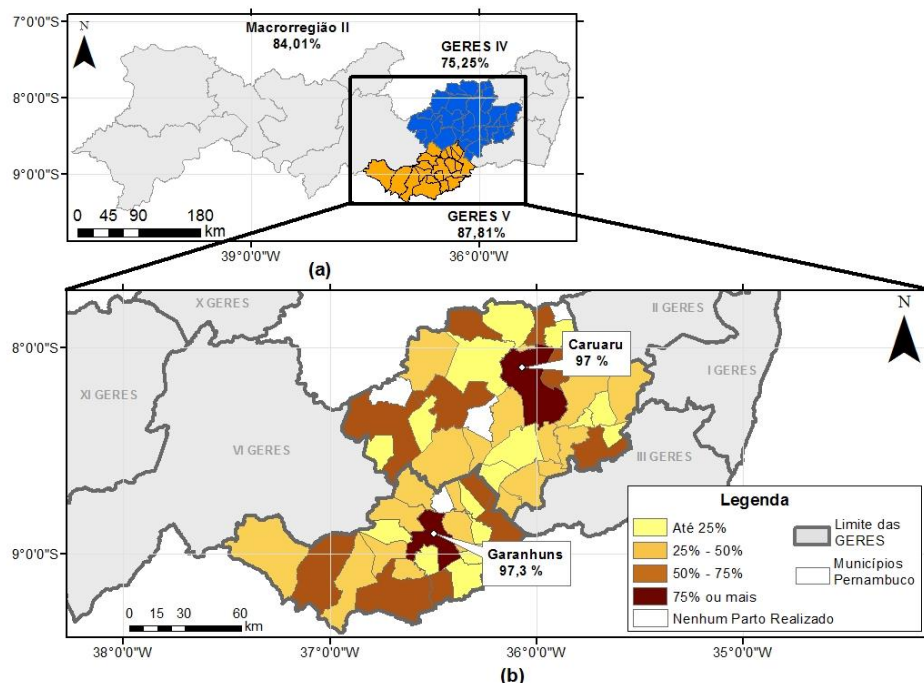


Fonte: a autora, segundo informações do SIH/DATASUS/2018.

Dados de base nacional evidenciaram (VIELLAS et al., 2014) que um quarto das gestantes da Região Nordeste foram classificadas de risco, principalmente aquelas pertencentes aos extremos etários (adolescentes com idade inferior a 15 anos e mulheres com 35 ou mais anos de idade), com 3 ou mais gestações anteriores, e aquelas com desfechos negativos anteriores. É possível que aqueles resultados obtidos para V RS sejam decorrentes de erros de classificação de partos de alto risco.

A proporção de partos de risco habitual realizados na Macrorregião II e nas RS IV e V e a proporção de parto de risco habitual realizados dentro do próprio município, estão apresentados na Figura 6 (a) e (b)), verificou-se que três municípios da IV RS não possuem serviço para realização de partos; são eles: Poção (162 partos), Santa Maria do Cambucá (204 partos) e Tacaimbó (168 partos). Na V RS dois municípios também não possuem esse serviço: Jucati (175 partos) e Garanhuns (2.313 partos) (não possui serviço municipal). Entretanto, Schramm et al., 2002 argumentam que em municípios com menos de 300 partos de NV por ano não se justifica a existência de serviços, em termos financeiros e operacionais, a não ser naqueles de acesso muito difícil. Apesar de Garanhuns não ter serviço municipal, existem dois hospitais que realizam partos de risco habitual no seu território, sendo um Hospital Regional, que realizou 19,94% (338) partos de múnicipes de Garanhuns (54,14% (183) vaginais e 45,86% (155) cesarianos) e um Hospital Filantrópico, conveniado ao município, que realizou 1.357 partos (46,28% (628) vaginais e 53,2% (729) cesarianos).

Figura 6 – Proporção de partos de risco habitual realizados nas RS e na Macrorregião II e proporção de parto de risco habitual realizado dentro do próprio município, 2018.



Legenda: RS IV, V e Macrorregião II (a) municípios (b).

Fonte: a autora, a partir de informações do SIH/2018.

As proporções de partos de risco habitual realizados na Macrorregião de Saúde II e nas RS IV e V podem ser observados na Figura 6(a). Em toda a Macrorregião de Saúde II, observou-se que 84,01% dos seus partos de risco habitual foram realizados no seu território. Com relação

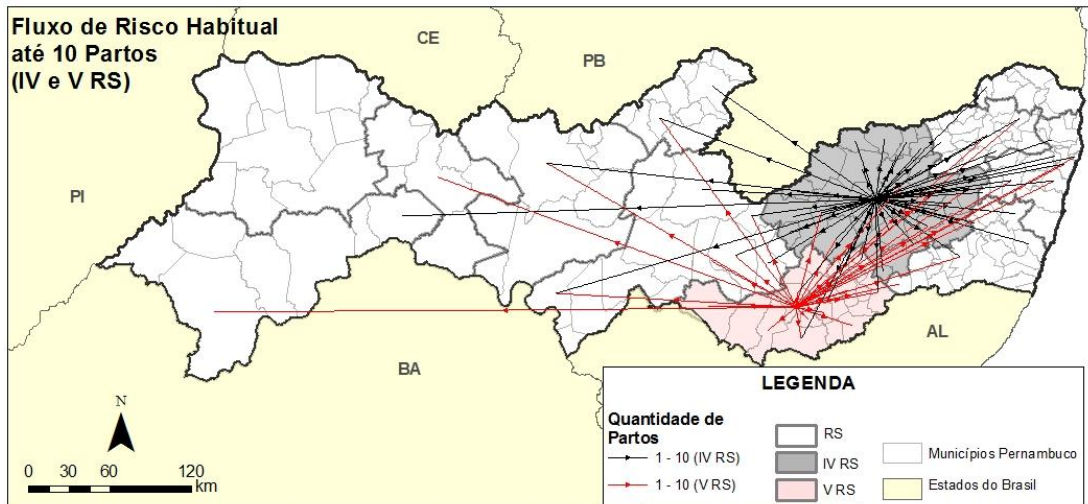
às RS verificou-se que a IV RS conseguiu realizar 75,25% dos partos de risco habitual dentro do seu território, enquanto que a V RS realizou 87,81% desses partos. Ao considerar os dois maiores municípios, verificou-se que Caruaru e Garanhuns realizaram 97,00% e 97,30% dos seus partos de risco habitual em seu território, respectivamente. Entretanto, para os municípios menores, quase a metade das mulheres tiveram seus filhos fora do seu município de residência.

Esse fenômeno também acontece em outras RS de Pernambuco. Röhr et al. (2016) analisando os deslocamentos de gestantes da RS I observaram que metade das mulheres também pariram fora do município de residência, o que evidenciou a desestruturação da rede de atenção obstétrica. Além disso, mulheres de outras Macrorregionais de Saúde tiveram seus filhos em Recife. Esses valores demonstram a necessidade de melhorar o acesso ao parto, uma vez que todos os partos, tanto de risco habitual, quanto os de alto risco, deveriam ser realizados dentro da própria Macrorregião de Saúde. Isso possivelmente decorre do fato de que em Pernambuco existem oito maternidades habilitadas para realização de partos de alto risco, sendo que a maioria delas (seis) estão localizadas na Macrorregião I, cinco delas no município do Recife e uma em Vitória de Santo Antão. As outras duas maternidades para atendimento ao parto de alto risco estão localizadas, uma na Macrorregião II e a outra na Macrorregião IV, sendo que nessa primeira inexistente Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para atendimentos de adultos. A referência para as mulheres que precisam do internamento em UTI nessa Macrorregião é o Hospital Regional do Agreste. Em Pernambuco só existem duas UTIs obstétricas, uma situada em Recife e outra em Petrolina.

Assim, a rede de assistência à gestante na IV RS está longe de atingir seus objetivos porque não consegue atender integralmente as necessidades obstétricas demandadas. Observa-se na Figura 7 os deslocamentos das gestantes dos seus municípios de residência por ocasião de partos de risco habitual nas RS IV e V em 2018

A dificuldade de acesso aos cuidados obstétricos é clara, uma vez que essas mulheres precisaram se deslocar para municípios muito distantes para conseguir assistência de risco habitual. Apesar da RC ter normatizado que os municípios devem garantir o atendimento de todas as gestantes e, se necessário, o encaminhamento a níveis de maior complexidade, assegurando o acompanhamento e assistência à gestante desde a porta de entrada na USF até o final do puerpério (BRASIL, 2011), isso ainda não acontece.

Figura 7 – Deslocamentos das gestantes dos seus municípios de residência por ocasião de partos de risco habitual nas RS IV e V em 2018.

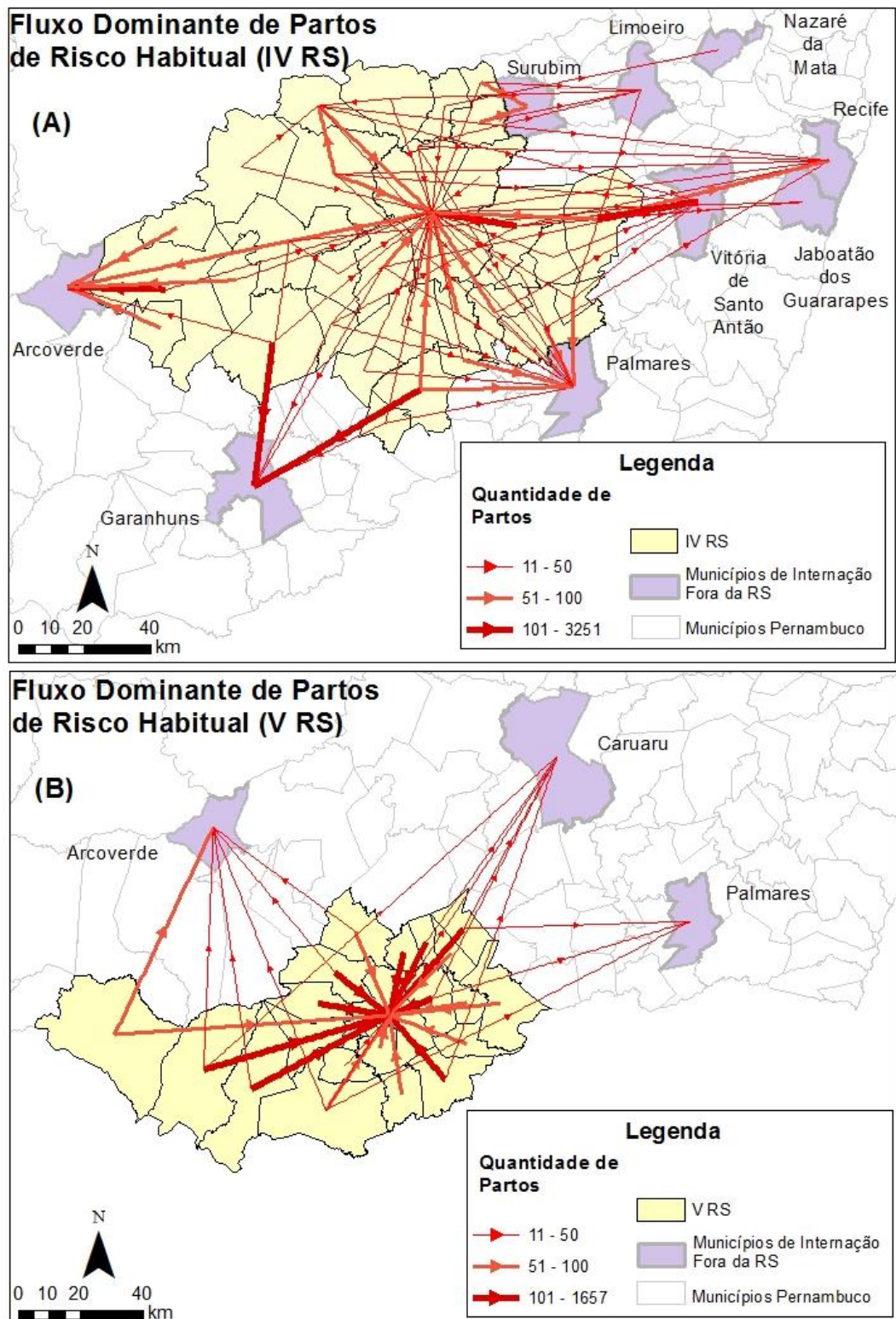


Fonte: a autora, a partir de informações do SIH/DATASUS/2018.

Os municípios fora da IV RS que realizaram partos de risco habitual de mulheres residentes na IV RS foram: Arcoverde, Garanhuns, Palmares, Surubim, Vitória de Santo Antão, Limoeiro, Jaboatão dos Guararapes e Recife (Figura 8 (a)). Os municípios que mais receberam as mulheres da V RS foram Arcoverde, Caruaru e Palmares (Figura 8 (b)). Almeida e Szwarcwal (2012) em estudo envolvendo os 5.564 municípios do país, documentaram uma mediana de 21,1 km no deslocamento intermunicipal de parturientes, sendo que cerca de 10% dos municípios apresentaram deslocamentos menores que 5 km, enquanto que outros 10% mostraram distâncias percorridas maiores que 50 km. É importante destacar que quanto maior a distância a ser percorrida pela mulher, mais difícil é o acesso aos serviços, e nessas condições, muitas vezes o trabalho de parto em andamento pode complicar (SILVA et al., 2013).

Uma das limitações do presente estudo é que a análise dos deslocamentos contemplou apenas o local de residência e o local de ocorrência do parto, não sendo permitido identificar a existência de peregrinação das mulheres para conseguir o local para parir. Pesquisa realizada nas cinco maternidades de referência para parto de risco localizadas no município do Recife, em 2013, observou que 80,2% das parturientes não tiveram o parto realizado na maternidade de referência e, que 62% procuraram mais de um serviço antes de ser admitidas para o parto e 11,5% procuraram três ou mais maternidades (PINHEIRO, 2014). A peregrinação por ocasião do parto foi documentada em outras cidades do Brasil, 35,8% em São Luís e 5,8% em Ribeirão Preto e evidenciou que a ausência da garantia de acesso universal e equânime e a desigualdade de acesso à assistência ao parto persistem entre as regiões brasileiras (MORAES et al., 2018).

Figura 8 – Fluxo dominante dos deslocamentos de gestantes com partos de risco habitual da IV RS e V RS em 2018.



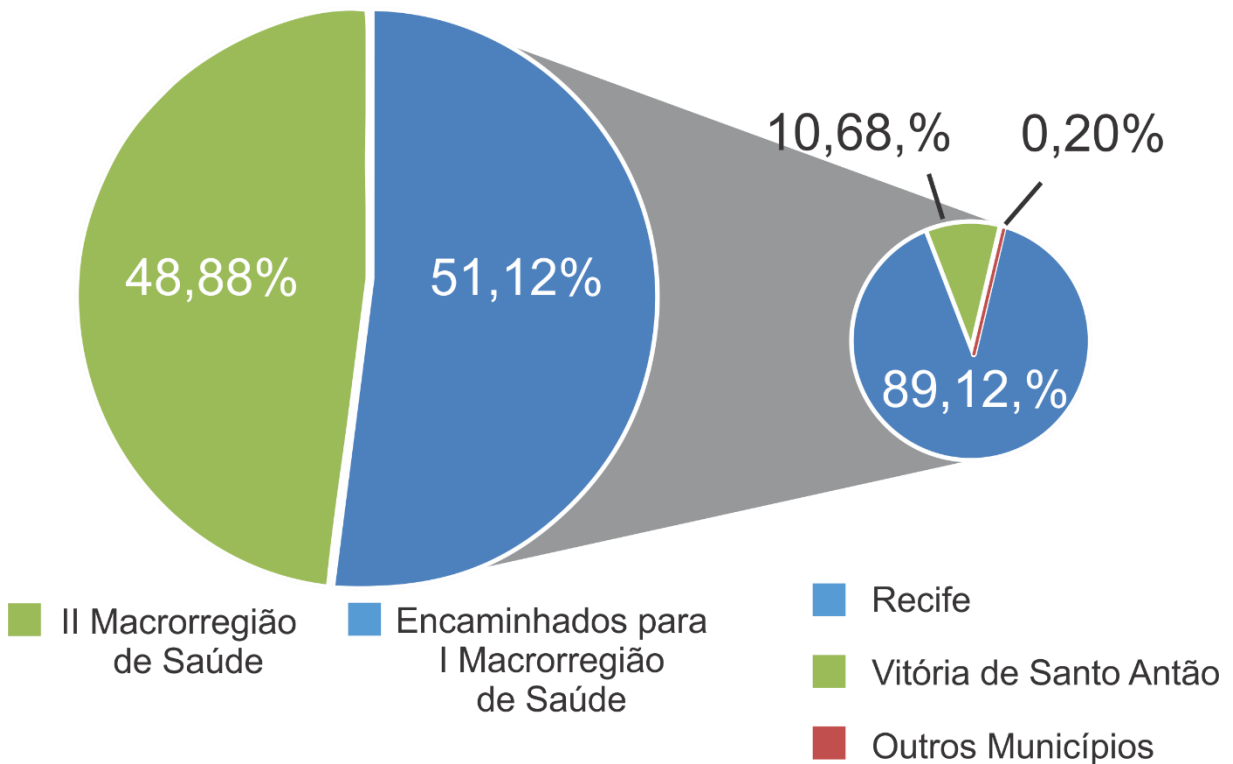
Legenda: (a) IV RS, e (b) V RS.

Fonte: a autora, a partir de informações do SIH/DATASUS/2018.

O estudo realizado em Pernambuco Pinheiro (2014) evidenciou que as mulheres jovens, pardas, com menor escolaridade, sem trabalho remunerado, primíparas, sem complicações obstétricas em gravidez prévia, que realizaram o pré-natal e que residiam fora da I RS de Pernambuco tiveram maior chance de procurar mais de uma unidade de saúde em busca de atenção ao parto.

Quando considerados apenas os partos de alto risco, a Macrorregião II só realizou 46,88% (Figura 9), quando o esperado seria que todos os casos fossem resolvidos dentro da própria Macrorregião. Como consequência, os demais partos de alto risco (51,12%) são realizados na Macrorregião I, sobretudo nos municípios de Recife (89,12%) e Vitória de Santo Antão (10,68%).

Figura 9 – Proporção de partos de alto risco realizados na Macrorregião de Saúde II e encaminhados para Macrorregião I de Pernambuco em 2018.

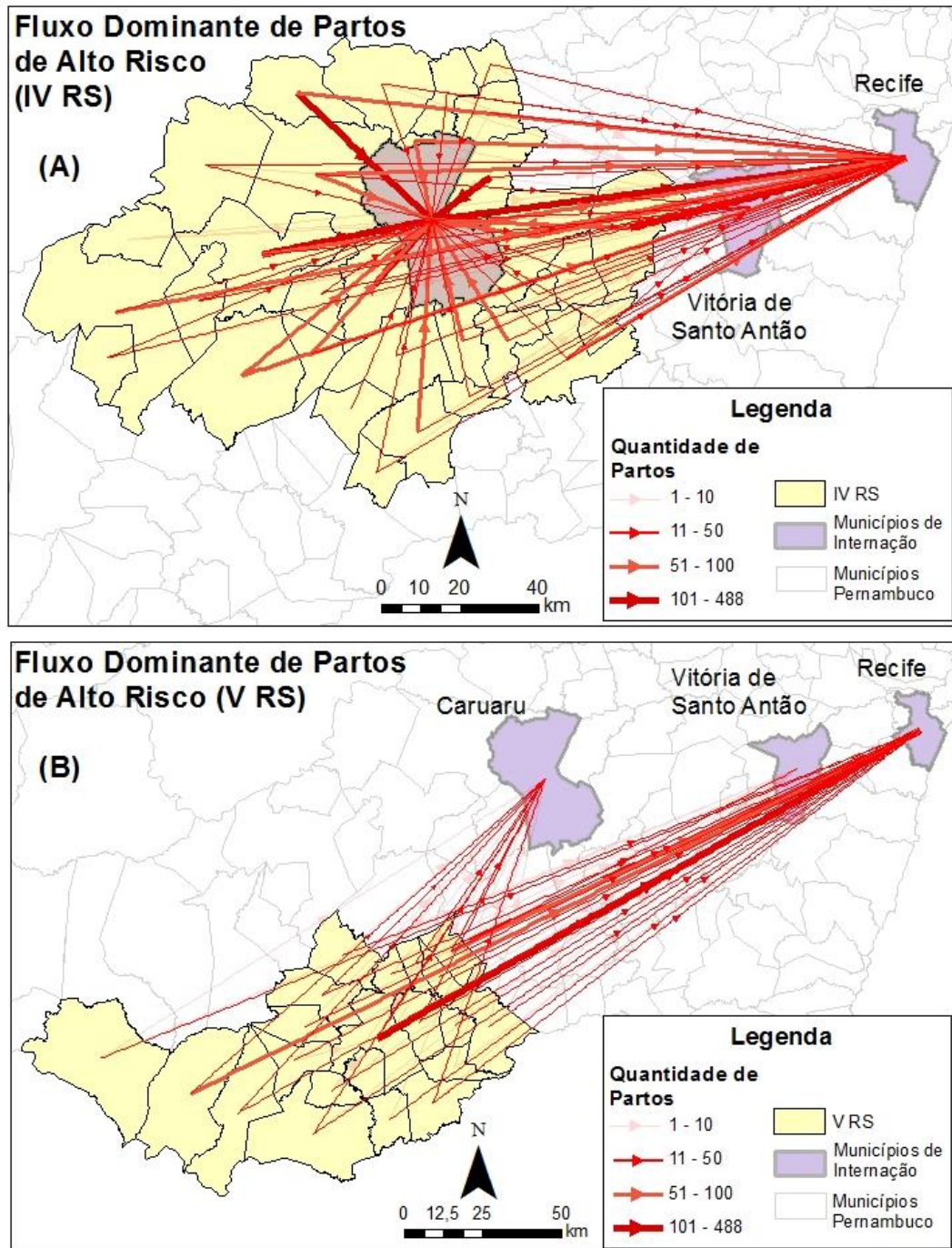


Fonte: a autora, a partir de informações do SIH/DATASUS/2018.

Dos partos de alto risco de mulheres residentes na IV RS (Figura 10 (a)), observou-se que 48,88% são realizados na própria Macrorregião II e 51,12% são encaminhados para Macrorregião I. Do total de partos encaminhados, 89,12% são realizados no Recife e 10,68% em Vitória de Santo Antão. Dos partos de alto risco de residentes na V RS apenas 26,87% são realizados na Macrorregião II, sendo o restante destes (73,13%) encaminhados também para

Macrorregião I, principalmente para os municípios de Recife e Vitória de Santo Antão (Figura 10 (b)).

Figura 10 – Fluxo dominante dos deslocamentos de gestantes com partos de alto risco da IV RS e da V RS em 2018.



Legenda: (a) IV RS e (b) V RS.

Fonte: a autora, a partir de informações do SIH/DATASUS/2018.

O município de Caruaru, sede da maternidade que realiza os partos de alto risco da Macrorregião II, encaminhou 52,82% dos seus partos de alto risco (2.621 partos) para a

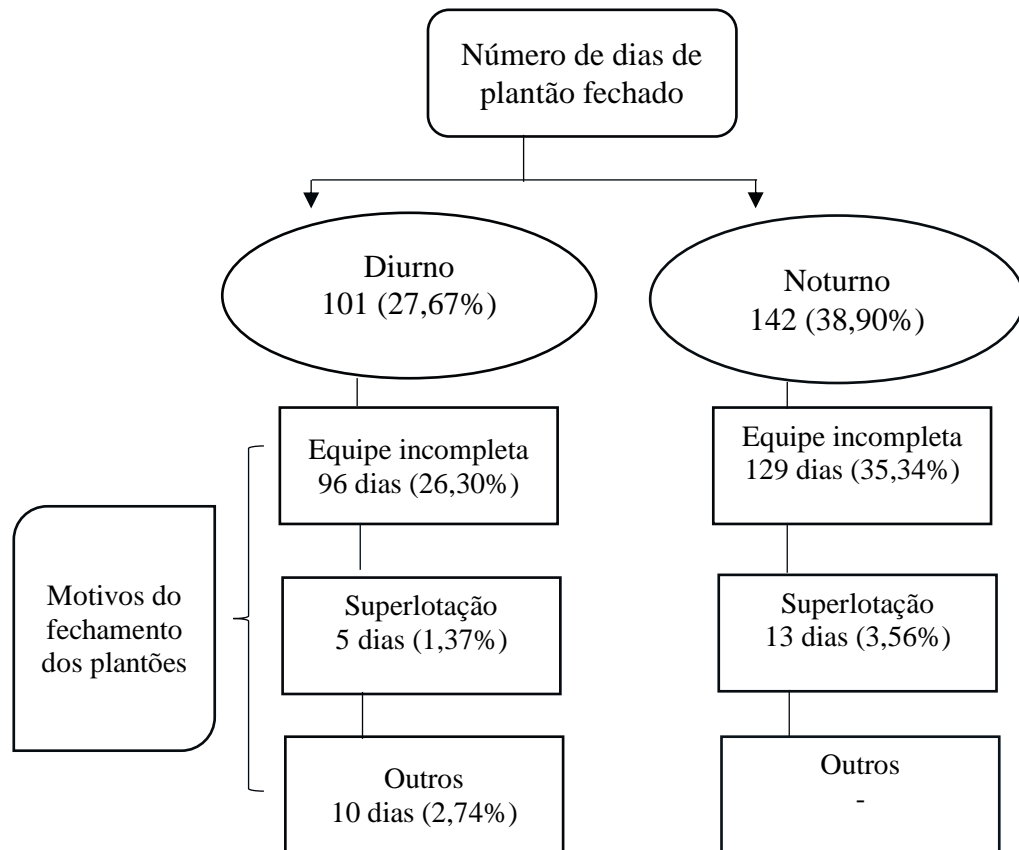
Macrorregião I, dos quais 92,95% (2.336) foram para o município do Recife e 7,05% (280) foram para Vitória de Santo Antão e 0,20% para outros municípios da Macrorregião I.

Ressalta-se que mulheres residentes na V RS percorrem uma distância de até 335 km para Recife em busca de assistência obstétrica de alto risco, como é o caso do município de Itaíba. O município de Águas Belas, distante 184 km do município sede da Macrorregião II e 315 km de distância do Recife, realizou 72,88% dos seus partos de alto risco no município do Recife (86 partos) e 27,12% em Caruaru (32 partos). O que se observou nesse estudo foi a ausência da organização da regionalização efetiva ocorrendo fluxos desordenado de gestantes, levando à peregrinação das mulheres em busca de um local adequado para o parto, (CUNHA et al., 2010; PINHEIRO, 2014; RÖHR et al., 2016). Essa inadequação tem sido documentada no Brasil, quando se observou que 32,8% das mulheres com risco obstétrico tiveram partos em hospitais sem UTI e 29,5% das mulheres sem risco foram atendidas em hospitais com UTI (BITTENCOURT et al., 2016).

Em 2018 a maternidade de referência para partos de alto risco da Macrorregião de Saúde II, Hospital Jesus Nazareno teve 27,67% dos plantões diurnos fechados para admissão para partos e 38,90% dos noturnos (Figura 11). Os principais motivos de fechamento desses plantões foram pela dificuldade de manter a equipe completa no serviço, o que pode explicar o encaminhamento de 51,12% dos partos para a Macrorregião I. Observou-se que a superlotação não foi o principal problema identificado. Estudo realizado por Röhr (2014) com informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2012 documentou que na Macrorregião II há existência de leitos obstétricos em número suficiente, entretanto, com déficit de aproximadamente 40% de obstetras e superior a 50% de anestesista e de leitos de UTI adulto e neonatal.

Vários estudos realizados no Brasil (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012; SILVA et al., 2016) descrevem aspectos relativos à dificuldade de acesso aos serviços, à superlotação das maternidades, à peregrinação das gestantes durante o trabalho de parto, e ao modelo de atenção ao parto e nascimento.

Figura 11 – Número de dias de plantão fechado para admissão ao parto e o motivo do fechamento, Hospital Jesus Nazareno, 2018.

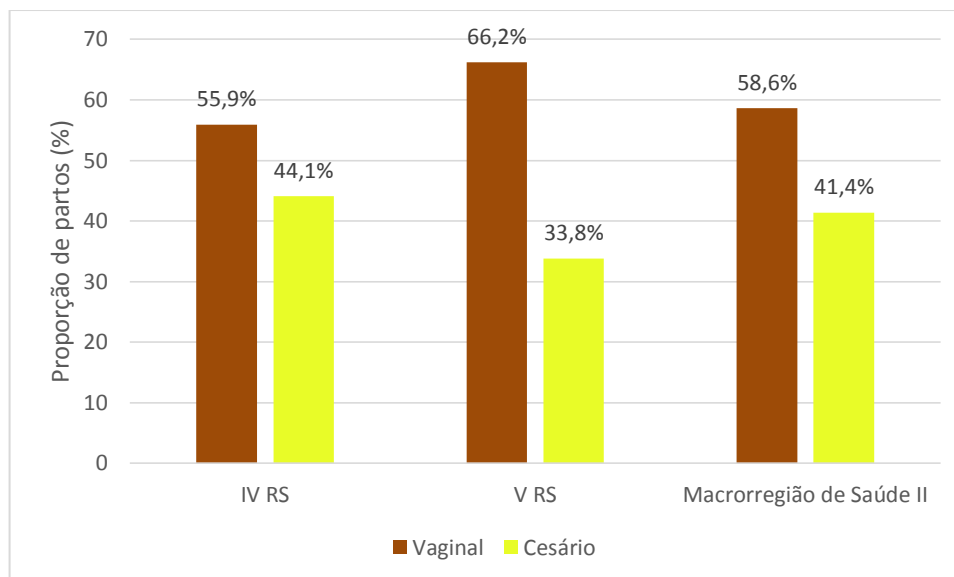


Fonte: a autora, a partir de informações do Sistema Regmed – GRH, SES, 2018.

Com relação ao modelo de atenção ao parto, a OMS recomenda que as taxas de cesariana não devem ser superiores a 15% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Nesse estudo verificou-se altas taxas de partos cesarianos no setor público da Macrorregião de Saúde II, sendo que a V RS apresentou 55% dos partos cesarianos, enquanto que na IV RS esse percentual foi de 47% (Figura 12).

O Inquérito Nacer no Brasil identificou que 51,9% de cesárea do total partos realizados no Brasil, sendo a taxa de cesárea de 35,6% em hospitais públicos. Valor inferior ao encontrado para a Macrorregião II (41,44%), mesmo entre as gestantes classificadas como de risco habitual (LEAL et al., 2014).

Figura 12 – Proporção de partos vaginais e cesarianos realizados no SUS nas RS IV e V e na Macrorregião II em 2018.



Fonte: a autora, a partir de informações do SIH/DATASUS/2018.

Ainda que esteja fora do escopo deste estudo avaliar a qualidade da assistência ao parto, investigando o grau de humanização e a utilização de boas práticas preconizadas ao trabalho de parto, o excesso de cesárea sugere uma menor qualidade da assistência. A taxa de partos cirúrgico reflete o excesso de medicalização do parto, a centralização do parto na figura do médico e ao ocorrer sem indicação técnica precisa, impõe riscos desnecessárias as mulheres e conceitos, a exemplo da alta prevalência de prematuridade no Brasil (LANSKY et al., 2014).

A redução da mortalidade materna requer a oferta de serviços de qualidade que garantam acesso facilitado, cumprimento dos protocolos estabelecidos baseados nas melhores evidências científicas e elevada cobertura populacional, além de proporcionar intervenções oportunas que visem garantir a saúde materna, em particular das gestantes (YOUNES et al., 2012).

5.2 NARRATIVAS DAS HISTÓRIAS DAS MULHERES

Para analisar o acesso ao cuidado obstétrico foi necessário fazer a reconstrução das histórias das mulheres estudadas por óbito materno, o que possibilitou analisar como se iniciou uma série de eventos que culminaram na morte dessas mulheres durante a gravidez, parto ou puerpério.

A próxima sequência de apresentação dos resultados é iniciada com as características sociais e demográficas das mulheres e, em seguida, é analisado o acesso das mulheres aos

serviços de saúde, desde o momento da complicação obstétrica até o desfecho final. Considerando as particularidades de cada mulher, as histórias serão narradas individualmente.

5.2.1 Características sociais e demográficas das mulheres

As características sociais e demográficas das mulheres estão apresentadas na Figura 13.

Maria da Glória, 17 anos, parda, ensino fundamental completo, agricultora, casada, sem filhos, morava com seu companheiro na zona rural de um pequeno município do Agreste de Pernambuco, com renda familiar em torno de um salário mínimo (R\$ 954 reais em 2018).

Ela estudou, terminou o nono ano, era agricultora, morava aqui na casa vizinha, com o marido dela. O marido dela trabalha numa fazenda, ganha um salário mínimo (Mãe de Maria da Glória).

Maria Augusta, 36 anos, parda, ensino fundamental incompleto, trabalhava como ajudante das fateiras do matadouro (mulheres responsáveis pela limpeza das vísceras dos animais abatidos), morava em uma casa de chão batido com seus sete filhos, em precárias condições sociais, vivia sem companheiro. A renda da família era de R\$ 300,00, que recebia de programas de distribuição de renda (Bolsa Família), e complementava essa renda com gorjetas que recebia no matadouro, além de cortes de carne que ganhava. A renda per capita era em torno de R\$ 39,00.

Ela estudou pouco [três anos de estudo] [...], limpava fato lá na matança [...], ia pra lá pra ganhar carne e uns trocado, ia ajudar as fateiras [...] era só ajudante. Ela ganhava 300,00 do Bolsa Família. Morava aqui numa casinha, só com os 7 filhos dela. A filha mais velha tinha 17 anos (Irmã de Maria Augusta).

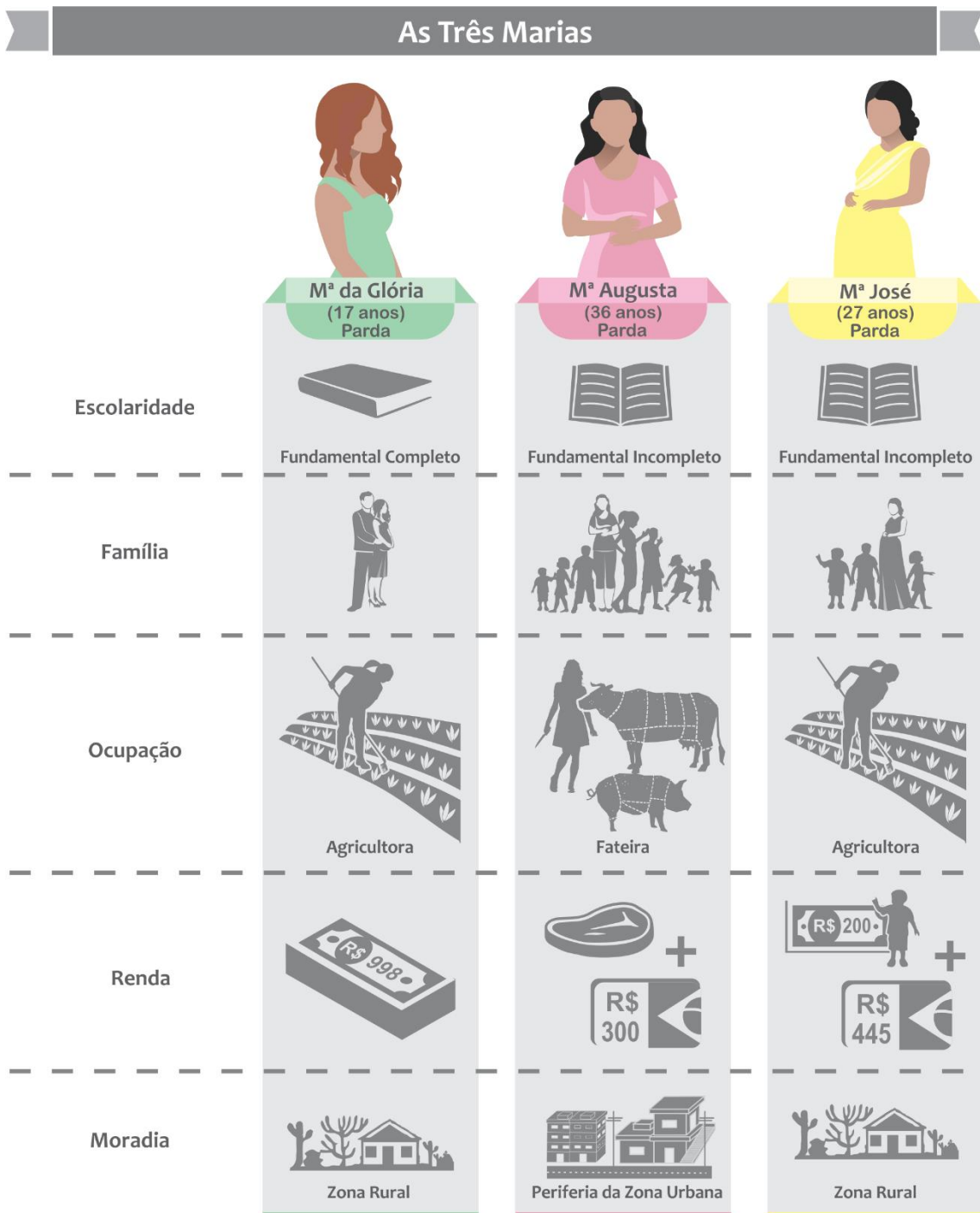
Maria José, 26 anos, parda, ensino fundamental incompleto, agricultora, morava em uma casa de cinco cômodos na zona rural, com seus três filhos, sem companheiro. A renda da família era também proveniente de programas de distribuição de renda (Bolsa Família) e de uma pensão de um dos filhos. A renda per capita era em torno e R\$ 111,00.

Ela estudou até o terceiro ano [ensino fundamental]. Trabalhava na roça com a gente. Ela só trabalhava na roça, era só pro consumo de casa mesmo, não dava pra vender, [...]. Toda a renda dela era do Fome Zero, do Bolsa Família 445,00 [...] e 200 conto da pensão do segundo filho [...]. Morava aqui do lado, numa casinha com os três filhos [...]. O homem que engravidou ela [...] casou com outra e deixou ela (Pai de Maria José).

Nas três histórias pôde-se observar que se tratavam de mulheres pardas, com pouca escolaridade, moradoras de zona rurais ou da periferia e com baixa renda familiar, comprovando o que outros autores já vêm apontado que mulheres com baixa escolaridade (KARLSEN, 2011; LEITE et al., 2011), pardas/negras (FANAIA et al., 2012; MARTINS,

2006) e pobres são as que enfrentam o maior risco de morrer por causas maternas. Frenk e Moon (2013) destacaram que mulheres com essas características possuem altos índices de vulnerabilidade social, com difícil acesso aos serviços de saúde. “Essa dificuldade de acesso leva a persistirem iniquidades em saúde que são, por si sós, injustas” (FIORATI et al., 2016), levando à ocorrência de problemas de saúde e morte evitáveis, como é o caso da morte materna.

Figura 13 – Características demográficas e sociais das mulheres.



Fonte: a autora.

Esse panorama também foi observado por outros autores em estudos com populações de mulheres negras, que observaram que elas apresentam piores indicadores de saúde reprodutiva (MARTINS, 2006) e maiores desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde (LEAL et al., 2005).

Nas histórias de Maria Augusta e Maria da Glória observou-se mulheres que viviam em situação de extrema pobreza (pessoas que sobrevivem com menos de R\$ 145 por mês ou o equivalente a US\$ 1,90 por dia) (BANCO MUNDIAL, 2017), apesar de receberem um auxílio de programas sociais. Importante também destacar que essas duas mulheres viviam em situação de abandono pelos companheiros, corroborando com Martins (2006) que documentou que a ausência de vivência marital, além de não contar com o suporte emocional do companheiro pode influenciar nas condições socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. Karlsen (2011), em estudo realizado com 287.035 mulheres em 24 países, verificou que as mulheres que viviam sem companheiro tiveram risco de morrer ao engravidar duas vezes maior do que aquelas que moravam com companheiro.

5.2.2 Análise do acesso das mulheres aos serviços de saúde

Os atrasos entre o início de uma complicação obstétrica e o seu desfecho pode ocorrer em uma das fases, ou pela combinação dessas. Os atrasos são interrelacionados e a maioria das mortes maternas é causada pela combinação das fases (THADDEUS; MAINE, 1994). As histórias das mulheres serão narradas e apresentadas dentro dessas três fases ou atrasos.

5.2.2.1 História de Maria da Glória

Maria da Glória estava pretendendo engravidar e não possuía antecedentes obstétricos. Iniciou o pré-natal com o enfermeiro da USF com 13 semanas de gestação e realizou 7 consultas, todas com registro no cartão da gestante. A mãe de Maria da Glória se queixava da qualidade da assistência pré-natal:

Toda hora que saía daqui, quando tava marcado ela ia [consulta de pré-natal], [...] e quando chegava lá ele [referindo-se ao enfermeiro] assinava o papel, media a pressão dela [...] e dizia que tava normal. Passava exame de sangue e ela vinha simhora pra casa de novo (Mãe de Maria da Glória).

Maria da Glória era assídua às consultas de pré-natal. Da segunda para a terceira consulta, quando estava com 23 semanas de gestação, aumentou 3,5 kg e apresentava PA de 120 x 80 mmHg. Nas consultas seguintes (4^a, 5^a e 6^a) ela continuou aumentando muito o peso,

aproximadamente 3 kg por mês, sendo encaminhada ao nutricionista do Núcleo de Atenção ao Saúde da Família (NASF), mas Maria da Glória não compareceu à consulta. No seu relato, o enfermeiro não soube informar o motivo dela não ter comparecido à consulta.

Eu orientei ela e encaminhei para a nutricionista, mas ela não foi pra nutricionista, não passou. A gente marcou aqui, mas ela não compareceu. Não sei o motivo, tudo que a gente pedia pra ela fazer, ela fazia; não sei por que ela não veio (Enfermeiro da USF).

Apesar do aumento excessivo do peso (16,5 kg da primeira para 7ª consulta), e da elevação da PA para 130 x 90 mmHg, o enfermeiro não observou a presença de edema (segundo registro no cartão da gestante), e nem a necessidade de compartilhamento com a médica da USF, mesmo considerando o histórico familiar (sua mãe já havia tido um feto morto em consequência de eclâmpsia, menos de um ano antes) e a sua pouca idade (17 anos). A obesidade é sabidamente associada a uma frequência mais alta de distorcias, diabetes e hipertensão na gravidez e a um risco maior de cesariana (BRASIL, 2012).

Deixa eu olhar aqui [no prontuário] se ela passou ou não pela médica. Não, aqui não tem consulta com a médica [...]. Não sei se ela não veio pra consulta ou pode ter sido também no tempo em que saiu a cubana (médica). Eu acredito que quando ela estava já pra ir na médica, eu acredito que foi quando ela começou a ter as complicações [...]. Mas aqui não tem consulta com a médica (referindo-se aos registros no prontuário) (Enfermeiro da USF).

Esse mermo cara que fez o pré-natal dela fez o meu pré-natal. Foi o que me mandou pro hospital para tomar uma injeção, porque minha pressão tava muito alta. Aí eu fui e me deram uma injeção na veia. Não sei se a pressão baixou, não sei como foi, só sei que eu vim pra casa. A pressão de 19 por num sei quanto lá, que não lembro mais [...]. Baixou muito, aí eu vim pra casa e no outro dia o menino não mexeu mais. Aí quatro dias depois eu fiz uma ultrassonografia [...] e me mandaram pro Recife. Eu fiquei uma semana internada no hospital no Recife e perdi minha criança (Mãe de Maria da Glória).

Segundo o protocolo do MS uma adequada assistência de pré-natal de baixo risco na APS deve garantir consultas intercaladas e compartilhadas entre enfermeiro e médico, o que não foi ofertado à Maria da Glória. Ainda segundo o MS, em todas as consultas deve ser realizada a classificação do risco gestacional e, se houver necessidade, a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco (BRASIL 2012).

Além das evidentes complicações desconsideradas no pré-natal e da insistente solicitação da mãe de Maria da Glória para um encaminhamento para uma consulta médica, esse acesso foi negado, como observado no relato da sua mãe:

Toda mulher incha pra descansar, né? Quando era eu, inchava com 8 meses, já perto de descansar. E ela, não. Já inchou no sétimo mês. As pernas dela ficou aquele mundo que ela não podia nem levantar direito. Aí eu fui procurar a agente de saúde, aí ela disse assim: “eu sou agente de saúde [...], não sou agente de saúde pra enviar ninguém pra médico”. O enfermeiro disse: “eu só sou do pré-natal, procure a médica”, [...] vou procurar mais não (Mãe de Maria da Glória).

O MS determina que é atribuição do ACS identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário; e do enfermeiro identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Quando a gestante é classificada como de alto risco e existir dificuldade para agendar a consulta médica, a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência (BRASIL, 2012).

Pohlmann et al. (2016) enfatizam que o pré-natal é um momento adequado para desenvolver ações educativas, utilizando o diálogo, o vínculo e a escuta das gestantes e seus acompanhantes como importantes ferramentas para essa finalidade, permitindo uma aproximação entre profissionais e gestantes e fortalecendo o conhecimento e o esclarecimento de dúvidas, de modo a evitar oportunidades perdidas em caso de complicações obstétricas.

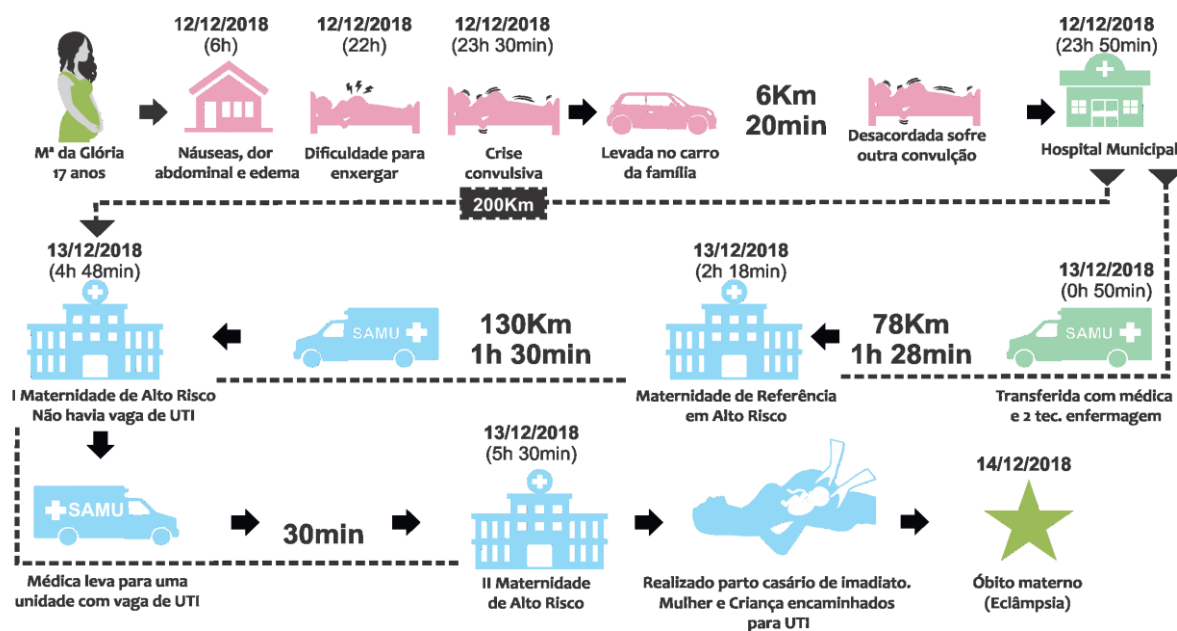
O relato da Mãe de Maria da Glória retrata a dificuldade dos profissionais de saúde, que se colocaram numa posição de espectador, não se responsabilizando pela situação e ignorando o direito e às queixas das mulheres. Essa situação criou uma barreira de acesso a um serviço de maior complexidade, que poderia ter modificado o desfecho da história de Maria da Glória.

A acessibilidade a um serviço de maior complexidade foi negada à Maria da Glória em decorrência de vários fatores, como dificuldade de comunicação entre os profissionais da equipe e entre esses profissionais com Maria da Glória e com a sua mãe; da não valorização das queixas da mãe; e da capacidade técnica dos profissionais de identificação de situação de risco obstétrico. Muitos profissionais de saúde acham que sabem o que as mulheres necessitam e esquecem de escutá-las.

Segundo Donabedian (1973; 2003) a acessibilidade sócio-organizacional se refere aos aspectos que podem facilitar ou dificultar a capacidade de uma pessoa usar os serviços de saúde. Levesque et al. (2013) utilizam, como complemento a essa noção de acessibilidade aos serviços de saúde, a capacidade das pessoas que necessitam de cuidado de perceberem que realmente necessitam desse cuidado, sendo isso influenciado pela educação, conhecimento sobre saúde e crenças relacionadas à saúde e à doença, como também à capacidade dos profissionais de saúde de se envolverem com o usuário.

A trajetória assistencial de Maria da Glória, a partir do momento da complicação obstétrica, está representada na Figura 14.

Figura 14 – Trajetória assistencial de Maria da Glória, segundo o modelo dos atrasos.



Legenda:

- Primeira Fase: Atraso na decisão de procurar o cuidado.
- Segunda Fase: Atraso em chegar no serviço de saúde adequado.
- Terceira Fase: Atraso em receber o cuidado adequado em uma unidade de saúde.

Fonte: a autora.

5.2.2.1.1 Primeira Fase: Atraso na decisão de procurar o cuidado

Na história de Maria da Glória verificou-se que o atraso teve início ainda durante o pré-natal, e foi evoluindo, principalmente em virtude das barreiras de comunicação entre a sua mãe, que era sua acompanhante, e os profissionais de saúde. Além disso, também pôde-se observar que houve barreiras no acesso à consulta médica e aos serviços de maior complexidade.

Faltando 13 dias para a Data Provável do Parto (DPP), no dia 12/12/2018, Maria da Glória amanheceu com dores no estômago, e passou o dia todo com náuseas. Às 18h00 chegou à casa da mãe sentindo dor abdominal. Mais tarde, às 21:00h tomou uma medicação para dor e retornou para sua casa, que era vizinha à casa da sua mãe. Após às 22h00 seu marido foi chamar a sogra, porque ela não estava enxergando. A mãe orientou esperar até o rompimento da bolsa.

[...] ela começou a se sentir mal umas seis horas da noite, com uma dor no estômago. O padrasto dela disse: “Vamos levar ela ao hospital”. Aí a mãe dela disse: “Não, porque não tem precisão, não tem necessidade de ir. Deixa vê se a bolsa estoura pra ir”. Aí ficaram enrolando, aí quando foi perto de meia noite deu essa convulsão e já não tinha muito o que fazer, né? (Agente Comunitário de Saúde).

Aí, quando foi umas nove horas: “ô mãe, tô com uma dor no meu estambo, pega o remédio pra eu tomar”. Aí eu dei, ela tomou. Depois o marido dela me chamou: “venha aqui, ela disse que não tá enxergando mais nada” (Mãe de Maria da Glória).

Mesmo diante desse grave quadro sua mãe ainda demorou a decidir buscar assistência. Somente às 23h30min, após Maria da Glória apresentar uma crise convulsiva, é que sua família resolveu levá-la, em carro próprio, ao hospital municipal, localizado a 30 minutos de sua residência.

“Aí deu primeiro aqui uma coisa nela, começou se entronchando toda, aí corremo para levar ela para o hospital” (Mãe de Maria da Glória).

Por volta da meia-noite a família chegou ao hospital municipal, com Maria da Glória já inconsciente, quando ela teve outra crise convulsiva, ainda na porta do hospital municipal.

“Quando chegemo lá, deu de novo. Foi eclampsia que deu nela. Deu aqui e deu lá” (Mãe de Maria da Glória).

“Ela chegou totalmente inconsciente, convulsionando” (Médica da Emergência do Hospital Municipal).

De acordo com Filippi et al. (2009) é muito comum mulheres chegarem em condições graves nos serviços de saúde. Entretanto, Leite (2006), analisando óbitos maternos de residentes na cidade do Recife, verificou que muitas delas chegavam em boas condições nos serviços de saúde, tendo seu quadro agravado após darem entrada nas unidades de saúde.

Percebeu-se que Maria da Glória tinha dificuldades de tomar decisões, deixando essa responsabilidade para sua mãe, que já tinha experiências negativas prévias com os profissionais e com os serviços de saúde. Isso também se devia ao fato de Maria da Glória ainda ser uma adolescente.

A mãe de Maria da Glória não tinha aceitabilidade com o serviço de saúde que realizava o pré-natal. A aceitabilidade é uma das dimensões do acesso no modelo teórico de Levesque et al. (2013), que determina a possibilidade das pessoas aceitarem os aspectos do serviço, sendo influenciada por fatores culturais e sociais. A dificuldade da aceitabilidade pode desestimular as mulheres de procurarem e usarem os serviços de cuidado obstétrico.

Outro ponto observado foi o desconhecimento de Maria da Glória e de seus familiares sobre as complicações obstétricas, mesmo sua mãe já tendo tido uma complicação obstétrica anterior.

Em um estudo realizado em Bangladesh observou-se que os principais motivos que dificultaram a decisão das pessoas/comunidade de buscarem o cuidado foram o desconhecimento sobre as complicações maternas, a inexistência de pessoas qualificadas nas

emergências obstétricas, a falta de conhecimento e preparação para o parto, a falta de transporte para realizar as transferências emergenciais e a indisponibilidade financeira das pessoas (ABDULLAH, 2017).

5.2.2.1.2 Segunda Fase: Atraso em chegar no serviço de saúde adequado

O segundo atraso pode ser considerado a partir do momento em que Maria da Glória chegou, já em grave condição, em um serviço de saúde inadequado para resolver a sua situação. O serviço de saúde para onde ela foi levada só dispunha de emergência clínica.

Quando Maria da Glória chegou ao hospital municipal, a médica que estava de plantão se surpreendeu com a gravidade do caso e com o fato de Maria da Glória estar muito obesa e edemaciada, o que dificultou, inclusive, sua entrada para o setor de emergência do hospital.

Eu escutei um barulho e vim pra porta do hospital. Quando olhei, imaginei: “isso é uma convulsão”. Então pegaram a cadeira pra colocar ela e, pelo que eu vi [...], porque a luz estava apagada, [...] então eu chamei a enfermeira e disse: “é uma idosa [...], convulsionando. Aí fui pra sala, já calcei a luva e nada de chegar, por conta do peso que ela tava [...]. Quando colocou ela aí na cama, aí a mãe dela disse: “ela tá gestante. E eu: “mas rapaz, essa moça, essa mulher de 40 e poucos anos inventou de engravidar?”. Quando eu vi a ficha: ela tinha apenas 17 anos. Ela tava muito inchada, a PA 230 x 140 mmHg (Médica da Emergência do Hospital Municipal).

A médica pediu para chamar outro colega que estava de plantão para ajudá-la na condução do caso. Os médicos fizeram os primeiros atendimentos, administraram 6g de sulfato de magnésio para reverter a crise convulsiva e começaram a solicitar uma senha pela Central de Leitos para transferi-la para uma Unidade de Saúde adequada ao atendimento da gravidade do quadro clínico que ela apresentava. Os médicos intubaram Maria da Glória.

O feto tava com BCF [Batimentos Córdio-fetais] de 60 [...]. Eu chamei outro colega, a gente sulfatou, mas ela continuou a convulsionar. Aí a gente resolveu intubar, quando viu que o BCF tava caindo, resolveu fazer ventilação invasiva. Aí a gente intubou, aí ela parou de convulsionar (Médica da Emergência do Hospital Municipal).

Vale lembrar que que essa unidade de saúde para onde Maria da Glória foi levada não era adequada para prestar assistência de emergência obstétrica, embora realizava parto para as mulheres que chegavam em período expulsivo. Esta era também a única unidade de saúde do seu município que realizava atendimento de urgência clínica.

A senha concedida foi para uma das maternidades de referência, distante aproximadamente 200 km do hospital municipal. A médica da Central de Regulação de Leitos orientou a médica responsável pela transferência parar na maternidade mais próxima, caso houvesse qualquer intercorrência.

Aí a senha saiu para uma Maternidade de Referência em Alto Risco no Recife, mas a médica da central me orientou: “a qualquer momento, qualquer intercorrência, você para na maternidade mais próxima” (Médica da Emergência do Hospital Municipal).

Não havia aparelho de ventilação mecânica no hospital municipal, nem na ambulância do SAMU. Assim, as profissionais (a médica e duas técnicas de enfermagem) foram ventilando manualmente a mulher com ambu durante todo o percurso.

“E aí a gente não tinha respirador, não tava de respirador, só tava com o ambu” (Médica da Emergência do Hospital Municipal).

Apesar do direito da parturiente a um transporte adequado para realização de transferências entre unidades de saúde estar regulamentado pelo MS, por meio da RC, (BRASIL, 2011), o acesso a esse direito foi negado para Maria da Glória.

A organização dos serviços maternos na Macrorregião de Saúde II do Estado de Pernambuco constitui uma barreira significativa do acesso para muitas mulheres alcançarem os serviços de emergência obstétrica. Outra dimensão do acesso se refere à disponibilidade e à acomodação, ou seja, ao fato de que os serviços de saúde podem ser alcançados tanto fisicamente quanto em tempo hábil (LEVESQUE et al., 2013). Para uma mulher que já estava em estado grave e a sua vaga hospitalar foi concedida para uma unidade de saúde a 200 km de distância, percebe-se claramente que existiram falhas importantes no acesso aos serviços de saúde, tanto para Maria da Glória quanto para muitas outras mulheres dessa Macrorregião de Saúde que necessitam dessa assistência.

O acesso é restrito se os recursos disponíveis forem distribuídos de maneira desigual (WHITEHEAD, 1992, *apud* LEVESQUE, 2013). Nesse sentido, pode-se constatar que esse problema ocorre no estado de Pernambuco, já que os serviços emergenciais obstétricos são concentrados na Macrorregião de Saúde I, mais especificamente na cidade do Recife. Isso porque, embora conste uma maternidade que realiza esse atendimento nessa Macrorregião, em muitas das vezes não há garantia de atendimento naquele estabelecimento. Essa situação se reflete nas desigualdades regionais e macrorregionais dentro do próprio estado de Pernambuco, levando a peregrinação das gestantes em busca de cuidado adequado em tempo oportuno.

A peregrinação das mulheres em busca de cuidados obstétricos é entendida pela necessidade de percorrer mais de um serviço de saúde até conseguir acesso para atendimento ao parto (BARBASTEFANO et al., 2010). Essa peregrinação pode ser um dos componentes da segunda fase dos atrasos (WAISWA et al. 2010; PACAGNELLA et al., 2014), mas ela pode continuar na terceira fase, quando uma mulher chega a um serviço de saúde que poderia realizar o parto, mas, por algum motivo, ela não é atendida na sua necessidade e continua a peregrinar.

Existem evidências de que muitas gestantes estão expostas às sequelas decorrentes da peregrinação (FURTADO et al., 2016). Em função disso, a peregrinação também é considerada uma violência obstétrica (RODRIGUES et al., 2015).

Entende-se por “violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, podendo ser expressada por meio de relações não humanizadas e do abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres” (TESSER et al., 2015).

O Inquérito Nacer no Brasil observou que as práticas prejudiciais/ineficazes na obstetrícia ainda são rotina no país. Os resultados mostraram que 70% das mulheres da amostra foram rotineiramente puncionadas, 40% receberam ocitocina e em 40% delas realizaram amniotomia. Entre aquelas que pariram (48% da amostra), 92% estavam em posição de litotomia (deitadas), 56% foram submetidas a episiotomia, e 37% receberam a manobra de Kristeller. Somente 26% das mulheres puderam se alimentar, 46% puderam se movimentar durante o trabalho de parto, e apenas 18,7% puderam ter acompanhante (VIELLAS et al, 2014). Isso demonstra a magnitude da violência obstétrica no país.

5.2.2.1.3 Terceira Fase: Atraso em receber o cuidado adequado em uma unidade de saúde

O terceiro atraso se iniciou quando Maria da Glória conseguiu chegar em uma unidade de saúde que, teoricamente, deveria ser adequada para resolver sua complicação, mas não pôde ser atendida, conforme a narrativa a seguir:

Como Maria da Glória estava com saturação irregular, e seguindo a orientação do profissional da Central de Leitos, a médica que a acompanhava decidiu parar na maternidade mais próxima e com estrutura mais adequada para resolver a situação emergencial. Entretanto, o obstetra da unidade não quis atender, alegando que estava sozinho no plantão e, por esse motivo, o plantão estava fechado.

O tempo inteiro, saturando, saturando. Aí eu disse: “vamos entrar na [Nome Maternidade]”. Eu não sabia que não tinham dado a senha pra lá porque só tinha um obstetra no plantão (Médica da Emergência do Hospital Municipal).

Apesar do médico que estava nessa unidade recusar o atendimento e orientar que seguissem com a transferência, uma enfermeira emprestou um ventilador mecânico para facilitar o trabalho da equipe, que já estava muito cansada. A parada nessa maternidade durou aproximadamente uma hora, o que atrasou a transferência de Maria da Glória.

Quando cheguei lá, tava todo mundo dormindo. O plantão estava fechado. A técnica não queria chamar o médico. Não queria chamar nem a enfermeira. Aí eu disse: “Olhe, a central orientou que eu parasse em alguma maternidade. Eu sou a clínica e aqui tem um especialista, e ele tem que me ajudar de alguma forma.” [...] O médico apareceu no corredor e disse: “Siga! Siga!”. E eu falei: Mas o senhor não vai nem olhar a paciente? Ele não olhou a paciente de jeito nenhum. A enfermeira que veio, disponibilizou, arrumou um ventilador pra gente. [...] Mas isso foi 1 hora de atraso (Médica da Emergência do Hospital Municipal).

Nesse momento Maria da Glória poderia ter tido acesso a esse serviço, que era adequado para resolver seu problema, mas a equipe médica estava incompleta. Entretanto, mesmo com a equipe incompleta o médico não deveria ter se eximido da responsabilidade de examinar a mulher. Esse problema, de não se responsabilizar pelas parturientes, foi observado por Araujo (2012) nessa mesma Macrorregião de Saúde de Pernambuco, que documentou que “nem mesmo o sentido da não-maleficência tem sido observado, na grande maioria dos casos, pelos médicos que estão nas maternidades”.

A equipe seguiu viagem com ela por mais 130 km, aproximadamente 1h30min, para a maternidade de referência que havia sido concedida a vaga pela Central de Regulação de Leitos. Como, no momento de solicitar a senha, a mulher ainda não havia sido intubada, foi disponibilizado vaga para uma maternidade que não tinha leito de UTI disponível. Ao chegar nessa unidade, a médica obstetra, que já sabia da gravidade do caso, examinou Maria da Glória ainda dentro da ambulância e decidiu levá-la para um outro hospital com vaga de UTI disponível.

No momento a gente não tinha vaga de UTI aqui. Inclusive tava com uma paciente aqui no Centro Obstétrico já precisando de vaga de UTI [...]. Na hora que ela chegou, eu liguei pra Central de Leitos, porque ela tinha vindo com senha e eu perguntei como tinham dado uma senha pra um paciente naquele estado pra cá, sabendo que a gente não tinha vaga de UTI (Médica da Emergência do 1º Hospital de Alto Risco).

Nesse momento, a médica ligou para outra maternidade de referência de alto risco obstétrico em que também trabalha. Falou que estava levando uma mulher em situação crítica e foi com a equipe na ambulância do município de origem. Ao chegar lá, foram direto para o bloco cirúrgico e fizeram o parto.

E aí na mesma hora eu liguei pro [nome do hospital], que eu sou de lá também e vi que tinha vaga de UTI lá. Conversei com o pessoal do plantão e eles já organizaram tudo [...]. Aí a gente foi pra lá, e eu me ofereci pra ir com ela, com a médica que trouxe. Ela tava meio angustiada, acho que quem lida com gestante assim, sem ser obstetra, fica meio apreensivo (Médica da Emergência do 1º Hospital de Alto Risco).

[...] a gente chegou lá e o pessoal da triagem já estava esperando: a sala da cesárea já estava pronta, anestesista, todo mundo já tava pronto esperando a paciente e o leito de UTI já tava reservado. Então nessa hora não teve demora pra ela (Médica da Emergência do 1º Hospital de Alto Risco).

E ela já tinha vindo muito grave do interior, quando chegou no primeiro alto risco. De lá, ainda veio transferida pro nosso alto risco, que demora mais ou menos uma meia hora, então ela chegou aqui bem grave. (Médica da Emergência do 2º Hospital de Alto Risco).

Além da dificuldade de leito de UTI enfrentada, há relato que houve demora de conseguir hemoderivados no hospital de alto risco.

A dificuldade que a gente teve pra essa paciente foi plaqueta, porque a gente tem uma dificuldade de transfusão de plaquetas de imediato. Essa paciente só pôde fazer a transfusão de plaquetas quando ela chegou na UTI, porque a gente também não tinha exame, não tinha exame do primeiro local. Então ela chegou, a gente teve que fazer a coleta de sangue pra ver como é que ela tava, durante a cirurgia. Quando a gente recebeu o resultado, que isso demora mais ou menos uma hora, é que a gente pede o sangue. Então ela foi fazer sangue e plaqueta quando ela já tava na UTI (Médica da Emergência do 2º Hospital de Alto Risco).

A restrição do acesso na dimensão sócio-organizacional (DONABEDIAN, 1973, 2003) pode ser claramente observada nessa história. A oferta de leitos de UTI é muito desigual no estado de Pernambuco. A peregrinação de Maria da Glória continuou nos serviços de saúde, pela indisponibilidade de leitos de UTI obstétrico. Outro problema verificado foi que a Regulação de Leitos não foi capaz de identificar o serviço adequado para Maria da Glória, ficando essa responsabilidade a cargo da profissional médica, que conseguiu um leito de UTI em outro serviço, onde tinha conhecimento. Também foi mencionado, por um dos profissionais entrevistados, atraso para o recebimento de hemoderivados, apesar de ser um serviço de referência para alto risco obstétrico.

Um dia após a chegada nessa unidade, foi aberto o protocolo para diagnosticar morte encefálica, e Maria da Glória morreu, por eclâmpsia, no dia 14/12/18. A criança sobreviveu e hoje mora com a avó materna.

Para a mãe de Maria da Glória, houve falhas na condução do caso. Ela relatou que não ficou satisfeita com a assistência pré-natal, e que a filha não deveria ter morrido.

O atendimento pré-natal dela foi muito mal [...]. Por causa que o médico era pra tá em cima, o enfermeiro era pra tá em cima, que nem os médicos do Recife falou. Era pros médico tá em cima e qualquer coisa diferente encaminhar pra médico, já encaminhar pra outro canto, mas não [...], ela nunca foi no médico (Mãe de Maria da Glória).

Ela morreu por falta de atendimento. Se ela tivesse sido atendida bem, não tinha acontecido isso. Tivesse com uns sete mês, tinha encaminhado ela, e o médico do Recife tinha tomado conta dela. Quando tivesse uns oito mês, tinha tirado a criança e ela tinha reagido. Não tinha acontecido o que aconteceu (Mãe de Maria da Glória).

Maria da Glória não teve acesso a um cuidado adequado. A adequação é uma dimensão do acesso e pode se referir à qualidade técnica dos profissionais e dos serviços prestados em tempo oportuno (LEVESQUE et al., 2013). Nessa história observou-se atraso para o recebimento do cuidado adequado por ausência de profissionais na unidade de saúde e de leitos

de UTI em tempo oportuno, além de atrasos de hemoderivados em unidades de saúde de alta complexidade.

5.2.2.2 História de Maria Augusta

Maria Augusta não estava pretendendo engravidar, estava na décima gestação, sendo que, das gestações anteriores, teve sete partos vaginais e dois abortos. Iniciou o pré-natal com a enfermeira da USF, com 13 semanas de gestação e realizou apenas duas consultas. Na ocasião, a enfermeira prescreveu suplementação com ácido fólico, sulfato ferroso e vitamina C, além de solicitar exames e fazer testes rápidos para HIV e sífilis (sem registro dos resultados no prontuário). Nas suas outras gestações ela não fez pré-natal.

“Ela nunca fez pré-natal de nenhum [dos outros filhos]. [...] Ela num fez dos outros, aí achava que ia ser normal, do mermo jeito” (Irmã de Maria Augusta).

Maria Augusta era etilista e tabagista e não interrompeu o uso dessas substâncias durante a gestação. Ela vivia em precárias condições sociais.

[...] ela fumava muito e ingeria bebida alcoólica no período da gravidez. E tinha tudo: uma má alimentação, porque era bem precária a situação de vida dela, a vulnerabilidade era muito grande. A casa bem precária, era bem difícil (Enfermeira da ESF).

Nos finais de semana ela desaparecia, possivelmente necessitava desse tempo para que pudesse se refazer para retomar a rotina desgastante do dia a dia.

Ela bebia muito. Ela trabalhava, mas quando era sexta, sábado, domingo, era pra ela beber. Ela bebia muito, mesmo gestante, ela bebia [...] e fumava muito. Aí desses outros filho dela, ela bebia, tinha o menino normal, nunca aconteceu nada. A mesma coisa que fez com os outros, fez com esse (Irmã de Maria Augusta).

Um mês após a primeira consulta Maria Augusta retorna a USF, com idade gestacional de 18 semanas e 6 dias, sem resultados de exames e com sintomas de infecção de vias aéreas superiores. Aquela foi a última consulta de pré-natal de Maria Augusta, que já tinha o histórico de não manter o acompanhamento de suas gestações.

Ela retornou na segunda consulta, sem [resultado dos] exame, [...]. Aí, quando a gente fez a consulta que perguntou dos exames, acho que ela disse que tinha perdido. Aí eu solicitei novos esses exames de sangue e ultrassonografia, aqueles de rotina. Aí, nesse meio tempo que ela terminou a consulta, deixou realmente as solicitações lá no posto para marcar, mas ela não apareceu mais (Enfermeira da ESF).

Foram realizadas duas buscas ativas nos dois meses seguintes, porém em nenhuma delas a mulher estava em casa, estava sempre no matadouro. Além disso, a enfermeira era novata na área e a ACS estava de licença maternidade.

Aí ela foi embora, só que não retornou no próximo mês. Aí no outro a ACS estava de licença maternidade. Aí ficava bem complicado a gente fazer a busca ativa, e eu também estava recém-chegada nesse posto. Aí acho que com o tempo a gente fez uma busca ativa, mas sem sucesso, porque ela trabalhava no matadouro, que é próximo de onde ela morava, e nunca estava em casa (Enfermeira da ESF).

Mulheres que vivem em intensa situação de vulnerabilidade social deveriam ser melhor acolhidas pelo serviço de saúde. Considerando que Maria Augusta tinha 36 anos, não pretendia engravidar e já tinha sete filhos, provavelmente ela não teve acesso a um planejamento familiar. Esse fato sugere que a integralidade da assistência à saúde das mulheres possivelmente não faz parte das práticas cotidianas nesses serviços de saúde. Assim, percebe-se que ainda existem barreiras de acesso aos serviços de saúde, dificultando a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

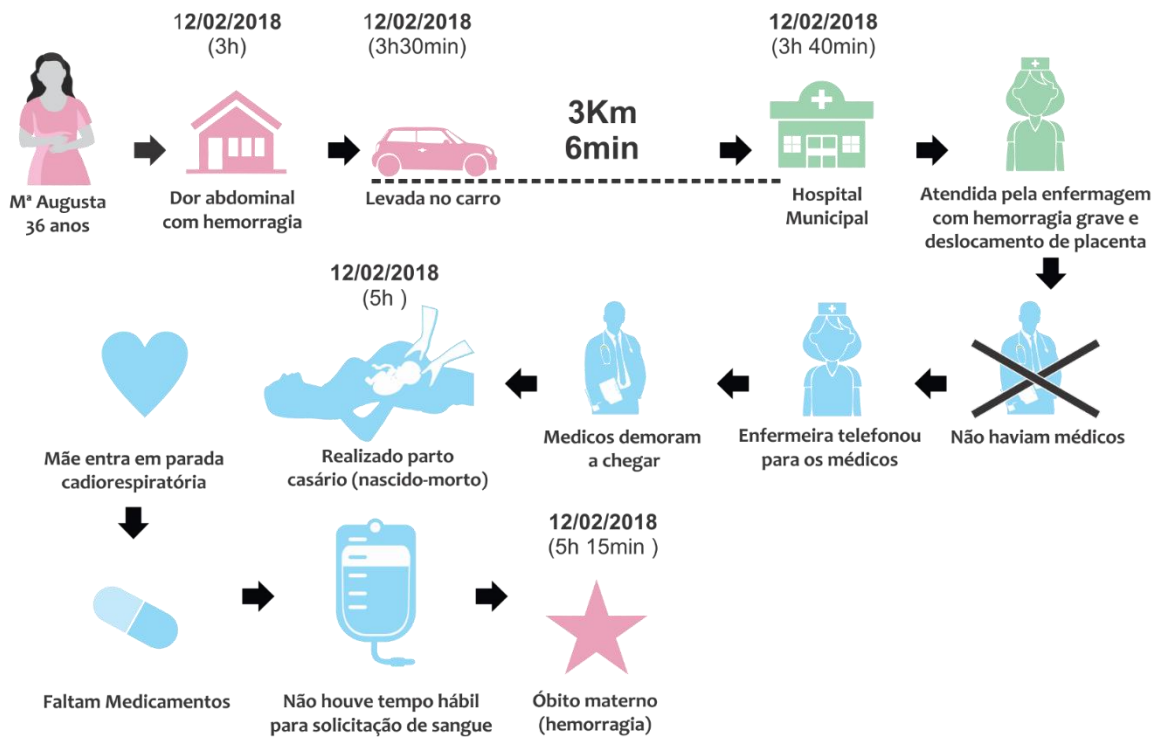
A OMS assegura que as taxas globais de morbidade e mortalidade materna podem ser reduzidas com o acesso universal aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva de forma segura, aceitável e de boa qualidade, especialmente o acesso aos métodos contraceptivos e aos cuidados em saúde materna (OMS, 2014).

Maria Augusta era considerada de alto risco obstétrico, porque tinha 36 anos, já estava na décima gestação, com dois abortos prévios, era etilista e tabagista e não tinha histórico de adesão ao pré-natal nas gestações anteriores. Além disso, Maria Augusta ainda não tinha vínculo constituído com a enfermeira da sua área, por ser esta novata, e a ACS estava de licença maternidade. O vínculo entre as mulheres e os profissionais dos serviços de saúde é de grande importância para garantia do desenvolvimento de ações de saúde. Nesse sentido, a grande rotatividade dos profissionais nas unidades corrobora para dificultar esse vínculo.

Verificou-se que, apesar de ter sido realizada busca ativa na sua residência, na tentativa de resgatá-la para o pré-natal, essa ação não foi eficiente, já que ela passava o dia no seu local de ocupação.

A trajetória assistencial de Maria Augusta, a partir do momento da complicação obstétrica, está representada na Figura 15.

Figura 15 - Trajetória assistencial de Maria Augusta, segundo o modelo dos atrasos.



Legenda:

- Primeira Fase: Atraso na decisão de procurar o cuidado.
- Segunda Fase: Atraso em chegar no serviço de saúde adequado.
- Terceira Fase: Atraso em receber o cuidado adequado em uma unidade de saúde.

Fonte: a autora.

5.2.2.2.1 Primeira Fase: Atraso na decisão de procurar o cuidado

Na história de Maria Augusta o primeiro atraso iniciou ainda durante o pré-natal, porque ela não tinha muita possibilidade de escolha, pois seu modo de vida não permitia que tivesse cuidado com ela mesma e, talvez por isso, não conhecia muito bem as complicações obstétricas. O cuidado pré-natal parece ter ficado em segundo plano, diante de uma vida injusta e desigual. Ela precisava “trabalhar” para conseguir alimentação para ela e seus sete filhos.

A complicação obstétrica teve início quando ela estava com cerca de 38 semanas de gestação, quando um dia ela acordou, aproximadamente às três horas da manhã, numa segunda-feira, feriado de carnaval, com dor em baixo ventre, achando que a bolsa tinha se rompido. Entretanto, ela apresentava hemorragia intensa. Pediu à filha mais velha (17 anos) para chamar sua irmã na casa ao lado. A irmã veio, ajudou Maria Augusta a se trocar e conseguiu um carro de um parente para levá-la ao hospital de referência municipal para parto de baixo risco obstétrico.

Era três hora da manhã. Aí minha sobrinha chegou, que ela num entende, né? Disse: “Ô tia, a bolsa de mãe estourou!”. Eu disse: “Oxente, e ela vai ter menino agora?”. Aí cheguei lá e ela disse que era água. Mas só que tava escuro, elas num viram. Quando eu cheguei, ela tava esvaindo de sangue. Aí num tinha carro. Aí arrumei com o marido da minha tia, que tinha um carro. Aí mandei um menino lá, correndo, chamar. Aí ajeitei ela, dei banho nela, botei um calço [absorvente] nela, botei no carro e fui embora (Irmã de Maria Augusta).

Tava perdendo sangue, eu nunca vi tanto sangue daquele jeito, não. Colchão, cama... “Tais sentindo dor?” “Tô não. Não tô sentindo nada.” Só sangue, se esvaindo em sangue (Irmã de Maria Augusta).

Para Maria Augusta o primeiro atraso foi decorrente das condições sociais em que ela vivia, da dificuldade de acesso ao planejamento familiar, e do não envolvimento dos profissionais da APS. O envolvimento é uma das habilidades que influencia a acessibilidade aos serviços de saúde (LEVESQUE et al., 2013).

5.2.2.2 Segunda Fase: Atraso em chegar no serviço de saúde adequado

Para Maria Augusta o segundo atraso iniciou quando ela chegou em uma unidade de saúde que não era adequada ao atendimento de emergências obstétricas. Entretanto, mesmo que essa unidade de saúde não fosse preparada para atender essas emergências, houve várias barreiras de acesso que claramente não deveriam ocorrer dentro de uma unidade de saúde, como se observa na história a seguir.

A irmã de Maria Augusta afirmou ter chegado ao hospital por volta das 3h30min da madrugada. Entretanto, os registros apresentavam informações divergentes: na ficha de internação constava queixa de hemorragia desde às 3h45min.. No prontuário hospitalar, a chegada ao serviço foi registrada como tendo ocorrida às 4h00min pela enfermagem, e às 4h25min pelo médico obstetra. Segundo o médico anestesiológico a cirurgia iniciou às 5h30min:

“Três e meia, por aí. Assim quando chegou já foi atendida (pela enfermagem)” (Irmã de Maria Augusta).

Ela chegou sangrando às 3h15min, só pra uma questão de constar, certo? E ela foi operada de imediato, né? Aliás, chegou às 4h25min, ela foi operada às 5h30min, porque esse tempo é o tempo de preparo dela... (Médico Anestesiológico).

Observa-se nesses depoimentos contradições entre os horários de chegada. Maria Augusta pode ter esperado por aproximadamente duas horas para realizar o parto.

Apesar da irmã ter relatado que foi logo atendida ao chegar, vale ressaltar que esse atendimento foi realizado pela enfermeira obstetra e pela técnica de enfermagem, que, ao constatarem sangramento, suspeitaram de um descolamento de placenta como segue o relato:

Eu atendi a paciente com a técnica de enfermagem que sempre me acompanhava, recebi ela [...] bêbada, com dificuldade pra andar. Tinha algum acompanhante, eu acho que era a irmã. Quando coloquei na mesa da triagem ela começou a sangrar. O sangue já não era mais aquele vermelho vivo, parecia misturado com água, já era meio róseo. Eu acho que já vinha sangrando há muito tempo. Aí eu olhei assim..., como enfermeira, a experiência que eu tinha de enfermeira, eu acho que é um descolamento de placenta, eu pensei... (Enfermeira Obstetra).

Tava sangrando, mas tava conversando comigo normal, que nem eu tô conversando aqui mais vocês. [...] aí [a enfermeira] disse: “ela tá com descolação de placenta, ela tá com...” eu esqueci o nome que eles fala lá [...] descolação de placenta, só entendi isso (Irmã de Maria Augusta).

Ainda na chegada foram realizados exames que apontaram resultados positivos para hepatite B e sífilis. Essas doenças poderiam ter sido diagnosticadas e tratadas corretamente durante a assistência pré-natal. Assim, verifica-se mais uma oportunidade perdida de intervenção pela não realização do cuidado pré-natal.

A irmã de Maria Augusta afirmou que a acompanhou até o momento em que ela foi conduzida para sala de parto.

“Eu entrei com ela [...], onde eles entravam, eu emburacava. Só não entrei na sala de parto porque não deixaram” (Irmã de Maria Augusta).

O estado geral de Maria Augusta na chegada ao hospital, também mostrou divergência nos documentos e depoimentos. No prontuário, constava a informação rasurada de estado grave, enquanto que em outro local deste prontuário registrava bom estado geral. O obstetra não relatou, na entrevista, a condição de hemorragia grave informada pela irmã e pela enfermeira obstetra, limitando-se a informar o seguinte:

A gestante [chegou] em trabalho de parto, debilitada, é... acredito que ela tenha feito umas farrinhas durante o dia. Disseram que ela tinha bebido, entendeu? Mas em trabalho de parto e foi internada. Foi atendida normalmente, fez o exame, estava em trabalho de parto e interna. Só que ela apresentou contrações intensas e foi colocado na mesa... (Médico Obstetra).

Maria Augusta foi preparada para o parto cesariano. Porém, com base no relato da enfermeira, os médicos não estavam no hospital:

Aí eu coloquei a mulher no soro. Ela foi sangrando da sala da triagem até a sala do pré-parto. Aí eu fiz toda a documentação da internação [...], já tinha ligado para o centro cirúrgico, para o bloco cirúrgico para pedir para preparar a sala, e ligado para o doutor, mas nada do doutor chegar. Aí isso já fazia mais de 20 minutos, meia hora... (Enfermeira Obstetra).

[...] nenhum dos médicos estava no hospital, principalmente esses plantões de feriados, os médicos não ficam. Eu tinha os contatos deles comigo. Eu ligava para eles quando precisava, e eles vinham no serviço (Enfermeira Obstetra).

Aí eu liguei para o doutor obstetra, [...] ele atendeu e eu disse: “Eu acho que é um descolamento de placenta. Ela está sangrando muito, o que é que eu faço?” Aí ele disse que ia operar. Aí eu liguei para o anestesista. Aí o anestesista disse: “Quando o obstetra chegar você me liga (Enfermeira Obstetra).

Entretanto, a irmã de Maria Augusta relatou que o médico estava no hospital, mas realizando uma outra cirurgia, dando a entender que ela recebeu essa informação:

“E o doutor tava lá fazendo uma cirurgia, não sei o quê que ele tava fazendo” (Irmã de Maria Augusta).

Essa é uma situação gravíssima e, no mínimo, negligente, em que mulheres chegam aos serviços de saúde e encontram barreiras de acesso porque os profissionais não estão em seu local de trabalho, mesmo estando de plantão.

Para Levesque et al., (2013) na dimensão disponibilidade e acomodação o acesso é restrito se os profissionais de saúde estão ausentes nos serviços.

Nessa história, ainda merece destaque o fato do profissional médico relatar que não houve atraso no atendimento de Maria Augusta no serviço hospitalar, e que o atraso ocorreu em virtude da demora para ela chegar até o serviço:

[...] eu sou médico [...], sou médico de emergência. Não acredito que ela tenha tido demora no atendimento dela, não. Até porque essa época a gente aqui no hospital, especificamente nesse hospital, a gente trabalhava com uma escala fechada (Médico Anestesiologista).

A paciente, essa em tela mesmo, já veio sangrando, de casa, no percurso. Os familiares dizem que esse negócio de duas horas, três horas... Até pra ela vir até aqui leva tempo, pra ela identificar que tá sangrando [...]. Normalmente a gestante, ela tem uma repulsa em vir quando tem problema maior (Médico Anestesiologista).

Fica evidente a intenção dos médicos em atribuir a culpa à Maria Augusta e a seus familiares, se eximindo completamente da responsabilidade pelo atraso. É mais fácil para o profissional de saúde culpar a mulher ou os familiares, porque esses são sabidamente os mais fragilizados da história.

No entanto, a enfermeira obstetra relatou que houve atraso para realização do procedimento cirúrgico.

Teve demora para a gente atender, teve. Teve porque, do momento que ela entrou no bloco cirúrgico até o início da cirurgia, foi em torno de meia hora. mas também ela já chegou nas últimas, [...] ela já não tava bem, mas a demora também favoreceu, a demora do atendimento médico (Enfermeira Obstetra).

Todas as contradições nos depoimentos e as inconsistências nos registros dos instrumentos dessa história, só foram possíveis de serem identificadas, porque este estudo foi

realizado em profundidade, com triangulação das informações. Assim, parece que alguns registros foram feitos após a morte de Maria Augusta, sendo isso um alerta importante para os profissionais que trabalham com a Vigilância do Óbito Materno.

5.2.2.2.3 Terceira Fase: Atraso em receber o cuidado adequado em uma unidade de saúde

O terceiro atraso foi observado quando Maria Augusta entrou na unidade de saúde, em graves condições, e, apesar da enfermeira ter realizado a estratificação de risco na admissão, constatando aparente descolamento prematuro de placenta e hemorragia grave, os médicos não estavam no hospital para realizar a cesariana imediata.

“Eu vi que era descolamento de placenta. Eu fiz tudo que podia fazer. Eu só não podia operar porque sou enfermeira. Não posso operar a mulher” (Enfermeira Obstetra).

Pode-se notar que Maria Augusta não teve acesso a um cuidado adequado, já que suas necessidades não foram atendidas em tempo hábil. Além dos atrasos dos profissionais, houve dificuldade de acesso a sangue/hemoderivados (não havia registro de solicitação no prontuário) e medicamentos, como se pode observar nos relatos seguintes:

Como ela tava sangrando... e solicitar sangue do Hemope... [...] Foi [solicitado], mas não deu tempo, pelo que eu tô vendo aqui [olhando o prontuário]. Porque o Hemope, em cidade do interior.... Ele funciona 24 horas, mas cinco e meia da manhã..., no carnaval... (Médico Anestesiologista).

“Não deu para solicitar sangue para ela. Não deu tempo durante a operação. Quando eles abriam ela, já viram que ela já estava quase sem sangue” (Enfermeira Obstetra).

O médico obstetra também relatou que não foi solicitado sangue porque não deu tempo, e que geralmente nesses casos nunca dá tempo. Ele ainda afirmou que é muito comum morrer o feto, ou as vezes a mãe, ou mesmo os dois (a mãe e a criança).

Não, não dá tempo fazer sangue. Geralmente a gente faz a urgência obstétrica, né? Ela apresentou contrações hipertônicas e o descolamento de placenta rápida, descolamento normalmente inserida, e bota na sala, quando normalmente, quer dizer, é muito comum falecer um dos dois: o feto, ou binômio materno-fetal. Normalmente o feto, se não for muito avançado o quadro dela, às vezes o feto nasce vivo (Médico Obstetra).

“Mas para dizer que é difícil, sempre foi.... Pedir sangue e chegar, enquanto pedem provas, prova do sangue e tudo mais, mas geralmente chega” (Médico Obstetra).

No relato desse profissional ficou aparente ser comum ocorrer a morte da criança e, às vezes, da mulher. Parece que a morte, para ele, é uma consequência comum, em virtude da desorganização da estrutura da rede de cuidados. Esse relato também traz uma reflexão sobre as condições em que as crianças estão nascendo nessa Macrorregião de Saúde.

Maria Augusta entrou em parada cardiorrespiratória, sendo realizada ressuscitação, segundo informações transcritas do prontuário. No entanto, faltavam medicamentos necessários para o procedimento, conforme os relatos a seguir:

Aí começaram a gritaria atrás de mais soro, de dopamina. Não tinha dopamina, não tinha atropina, não tinha adrenalina, não tinha isso tudo lá, dentro do bloco cirúrgico. Aí eu comecei a correr no hospital, pra ver se eu achava em outro setor. Na sala da gente, na sala de parto, na sala de enfermagem, e nada, em canto nenhum achava. Aí foi quando disseram que não tinha mais jeito, que ela tinha ido a óbito (Enfermeira Obstetra).

Aí, quando eu entrei lá, eu só vi um corre-corre. Eu digo: aconteceu alguma coisa, né? E sobe enfermeiro e desce enfermeiro, e pega remédio e dana-se remédio. E foi aquela agonia... E eu lá, sem saber de nada! (Irmã de Maria Augusta).

Muitas mulheres podem ser salvas por um atendimento rápido e com profissionais treinados em reconhecer, controlar e tratar a hemorragia obstétrica. A OPAS/OMS e o MS do Brasil têm desenvolvido uma estratégia para redução da mortalidade materna por hemorragia. Essa estratégia é realizada por meio de ações de planejamento familiar, pré-natal e de atendimento hospitalar, com formação de equipes profissionais.

A estratégia chamada “Zero Mortes Maternas por Hemorragia”, utiliza a construção de tecnologias leves e de baixo custo que podem ser utilizadas em unidades de saúde para ajudar a preservar a vida e a saúde das mulheres (OPAS, 2018). Para evitar a ocorrência de mortes como a de Maria Augusta, é importante que estas estratégias, que já estão sendo desenvolvidas em outros lugares, sejam acessíveis em todos os lugares. Quando o trabalho é organizado e baseado em diretrizes, os profissionais conseguem fazer o manejo adequado da situação, ficando mais atentos às situações potenciais de risco.

A enfermeira relatou que o médico queria culpá-la pela morte de Maria Augusta.

E o médico dizendo que a culpa tinha sido minha, que eu não tinha ligado para ele, que eu tinha demorado para ligar [...]. As técnicas disseram que ele estava me culpando. Como? Como que a culpa foi minha? Eu fiz tudo que podia fazer [...]. Eu comecei a chorar, chorei copiosamente. E a mulher lá, no bloco, e nada de falar [do médico avisar que a mulher havia falecido] para a família (Enfermeira Obstetra).

Esse relato evidencia a questão do poder que uma categoria profissional tem sobre a outra, sendo este um problema que ocorre nos serviços de saúde, principalmente na obstetrícia (BERWICK, 2009). Assim, possivelmente esse serviço tem uma lógica de organização com um modelo de cuidados que reforça a divisão de trabalho entre aquele que comanda e o que executa as ações (SANTOS et al., 2019).

O médico obstetra estava com dificuldades para falar para a família de Maria Augusta que ela havia falecido.

Eu fui lá procurei ele e perguntei: E aí, o senhor já falou com a irmã dela? Aí fui com ele. Ele começou a falar, mas, no final de contas, quem disse que ela tinha ido a óbito fui eu. A irmã começou a chorar desesperada. Foi um dos gritos mais desesperados que aquele hospital já ouviu. Acho que de qualquer lugar do hospital, conseguia ouvir o choro dela (Enfermeira Obstetra).

A irmã de Maria Augusta relatou como recebeu a notícia.

Aí depois, com um tempão, o doutor saiu. Aí disse: “Quem é fulana?” Disse: “sou eu”. Ele olhou, ainda demorou... Aí disse: “Lamento, eu fiz de tudo pra salvar a vida da sua irmã, mas não consegui, porque não deu mesmo”. Pronto, ali eu já me acabei. Já me acabei. Já sabia que o menino tava morto, mas, ela? (Irmã de Maria Augusta).

Eu fiquei besta! E quando o doutor saiu dizendo que ela tava morta, que ela tinha morrido, eu fiquei... Aquele hospital foi pequeno [...]. Eu gritava: “Ôxe, a mulher chegou falando, conversando e agora deu a notícia que a mulher tá morta?” (Irmã de Maria Augusta).

Conforme os registros em prontuário o óbito foi confirmado às 05h15min. O corpo de Maria Augusta foi encaminhado ao SVO, onde foi constatado como *causa mortis* “choque hemorrágico” decorrente de “descolamento prematuro de placenta normoinserida”.

Com relação à evitabilidade do óbito, a família acha que o óbito não poderia ser evitado. Já alguns dos profissionais da equipe do atendimento pensam diferente, mas sempre culpando a mulher.

“O doutor estava no hospital [...]. Morreu porque tinha de morrer mesmo. Porque a pessoa entrar falando pra ter menino e sair dentro de um caixão...” (Irmã de Maria Augusta).

Bem, se a mulher tivesse chegado em tempo hábil pra ela..., porque ela também já chegou nas últimas. Se o médico tivesse chegado, tivesse na unidade na hora e tivesse sido de imediato, podia ter sido evitável, sim [...]. Se tivesse solicitado sangue, se tivesse sangue prontamente, como no hospital que eu trabalho atualmente [...], que existe sangue vizinho ao hospital.... Se tivesse sido assim, poderia ter evitado, sim, o óbito. Assim como os outros suprimentos [...]. Era emergência obstétrica, tem que ser imediato. Tinha que ser imediato, e não foi imediato (Enfermeira Obstetra).

Veja só: quando você tem uma paciente que sangra, e ela se preocupa, e ela chega rápido ao serviço, e o serviço faz o que foi feito com ela, poderia ter sido evitado. O problema começou quando ela começou a sangrar e não identificou.... Porque a gestante, ela houve falar... [ela não sabe identificar] (Médico Anestesiologista).

A restrição do acesso na dimensão adequação (LEVESQUE et al., 2013) foi observada pela ausência dos profissionais médicos em tempo oportuno, pela não solicitação de sangue/hemoderivados e pela ausência de medicamentos na unidade de saúde.

5.2.2.3 História de Maria José

Maria José não estava pretendendo engravidar, mas, segundo relato da enfermeira que realizou o seu pré-natal, ela aceitou a gravidez, e informou que gostaria de fazer uma laqueadura após o parto. Entretanto, seu pai falou que era desejo dela ter seu bebê e viver em sua casa com os 4 filhos. Maria José estava na quarta gestação, tinha três filhos, todos nascidos por parto vaginal. Nessa última gestação, iniciou o pré-natal com 11 semanas e realizou três consultas.

“Ela disse que foi sem querer [a gravidez]. Que aconteceu, era sem querer, mas ia ter a criança e que depois queria fazer uma laqueadura” (Enfermeira da USF).

Ela pretendia engravidar, porque o caba oferecia tudo pra ela. Desses caba pilantra, oferecia dela ir morar onde ela quisesse, na cidade que ela quisesse. Ela matuta, aqui do sítio, com a vida cheia de sonho, uma menina nova, ia fazer 27. Caiu na besteira de engravidar de novo, até que foi morrer (Pai de Maria José).

Nas três consultas de pré-natal que realizou na USF não apresentou nenhuma intercorrência, com exceção de uma anemia leve. Na última consulta (12/12/18), realizada três dias antes de Maria José procurar, pela primeira vez, os serviços de emergência, ela apresentou seus exames laboratoriais e uma ultrassonografia feita no dia anterior (11/12/18). Tudo estava normal, até então.

A trajetória assistencial de Maria José, a partir do momento da complicação obstétrica, está representada na Figura 16.

5.2.2.3.1 Primeira Fase: Atraso na decisão de procurar o cuidado

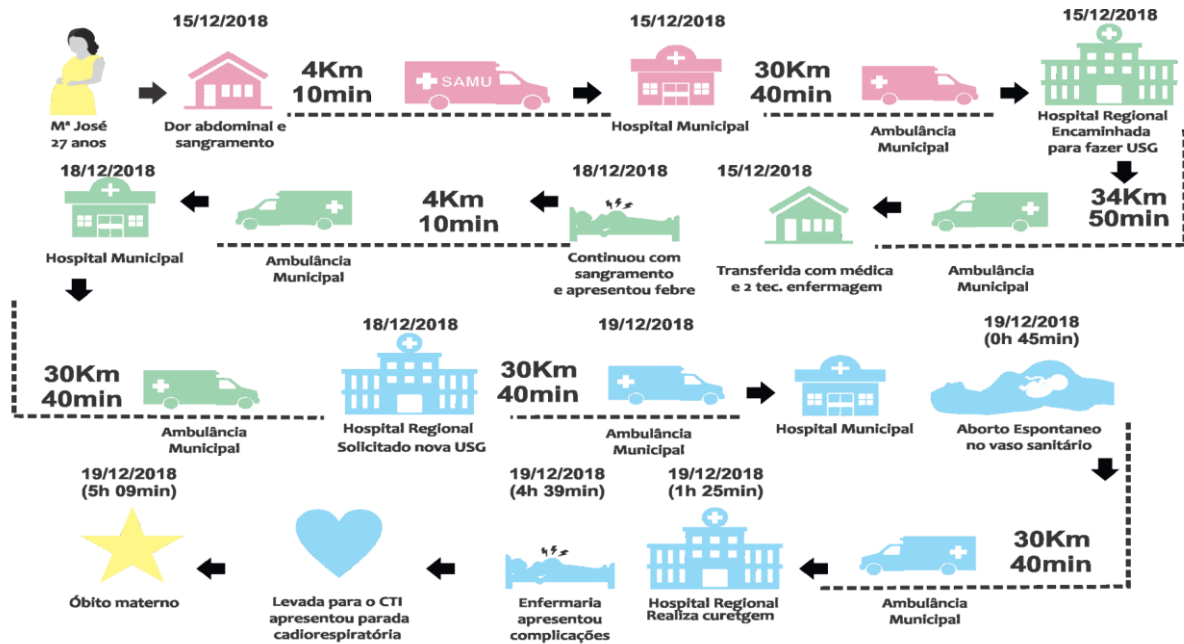
Conforme relato dos familiares, um dia após a última consulta (13/12/18) Maria José começou a sentir dor no abdome. Dois dias depois (15/12/18), continuava com muitas dores e apresentou sangramento vaginal leve. Nesse momento, a idade gestacional era de 21 semanas.

Maria José esperou seu pai chegar do trabalho para ele decidir buscar assistência, conforme relato do seu pai:

Aí quando eu cheguei do serviço eu disse: “minha fia você tá tão ruim, vou ligar pra ambulância”. Liguei pra ambulância, a ambulância veio, levou ela pro Hospital (Pai de Maria José).

O pai de Maria José chamou o SAMU, que demorou 30 minutos para chegar, já que sua casa ficava a 4 km de distância do município.

Figura 16 - Trajetória assistencial de Maria José, segundo o modelo dos atrasos.



Legenda:

- Primeira Fase: Atraso na decisão de procurar o cuidado.
- Segunda Fase: Atraso em chegar no serviço de saúde adequado.
- Terceira Fase: Atraso em receber o cuidado adequado em uma unidade de saúde.

Fonte: a autora.

Possivelmente o baixo nível educacional influenciou na dificuldade de empoderamento de Maria José, sua mãe e sua irmã para tomarem decisões relacionadas à busca do cuidado. A capacidade de perceber a necessidade de buscar cuidado obstétrico é uma habilidade no modelo de Levesque et al., (2013) que interage com as dimensões da acessibilidade para gerar o acesso.

Os profissionais do SAMU realizaram o atendimento pré-hospitalar e registraram a ocorrência como suspeita de aborto, levando Maria José ao Hospital Municipal.

Chegando lá, ela foi examinada pelo plantonista (clínico geral), que constatou a hemorragia e a encaminhou (sem encaminhamento formal) ao Hospital Regional, que fica a 30 km de distância do seu município, pois o hospital municipal não possuía assistência obstétrica (exceto para as mulheres que chegam ao serviço em trabalho de parto, em período expulsivo).

5.2.2.3.2 Segunda Fase: Atraso em chegar no serviço de saúde adequado

O segundo atraso foi iniciado quando Maria José conseguiu chegar no Hospital Regional e foi atendida na emergência obstétrica, onde foi examinada pelos profissionais e recebeu orientações para fazer uma ultrassonografia e retornar quando tivesse com o resultado, já que o

estabelecimento não estava realizando o exame no momento (as ultrassonografias no Hospital Regional são realizadas apenas no período da manhã), receitou medicamentos para alívio sintomático conforme relatos da irmã de Maria José:

O que eles passaro foi [remédio para dor e febre] e um ultrassom pra ela. Só que adepois nós foi marcar particular e não tinha como marcar assim esse exame, de uma hora pra outra (Irmã de Maria José).

Maria José não conseguiu ser admitida no serviço. Foi atendida apenas na triagem e o acesso ao serviço, que deveria ter sido facilitado pelos profissionais, foi negado. Segundo Albuquerque et al. (2019) um sistema de saúde precisa ter capacidade para facilitar a entrada das pessoas, garantir a continuidade dos cuidados e coordenar as atividades entre setores e níveis assistenciais.

Como a sua acessibilidade ao SUS foi negada e ela não tinha acessibilidade financeira para realizar o exame em um serviço particular, retornou para casa sem resolver o seu problema. Segundo Levesque et al. (2013), a acessibilidade financeira é a capacidade econômica que o usuário tem para arcar com os custos com as atividades de saúde. O relato a seguir representa como a acessibilidade ao serviço de saúde foi negada, influenciando no atraso de conseguir cuidados adequados na unidade de saúde:

“Ela era uma pessoa de não ter umas condições [financeira] boa, porque se tivesse teria feito no dia que pediram” (Técnica de Enfermagem do Hospital Municipal).

E eu perguntei a enfermeira se lá fazia ultrassom [Hospital Regional] e ela disse que fazia. E eu disse: “E por que você não faz nela pra ver como é que o bebê tá?” [...] e ela falou assim: “Porque tinha que passar mais de mês internada. Ela não tem o direito de fazer porque ela chegou hoje”. Você já viu uma coisa dessa? Num pode! E lá faz! Lá faz tudo isso [...], só que só faz de manhã e tem que tá internada (Irmã de Maria José).

Apesar de garantido desde 1988, na Constituição brasileira, que a saúde é um direito de todos e um dever do estado, essa situação experimentada por Maria José e seus familiares, representa uma grave violação desse direito (BRASIL, 1998). A acessibilidade financeira não deveria influenciar atrasos no recebimento de cuidados em saúde no Brasil.

Após três dias do último atendimento (18/12/18), o pai de Maria José chegou do trabalho e encontrou a filha pior. Ele relata a seguir como a situação de Maria José estava se arrastando e que diante disso, resolveu chamar novamente o SAMU, às 18h15min (o SAMU chegou ao local 18h24min).

Aí ela vorta, passa o resto do sábado, o domingo, a segunda, e perdendo sangue, e aquela dor matando. Quando eu chego aqui de quatro hora da tarde, a mulher disse: “A Maria José tá ruim, vai lá na casa dela”. Eu disse: “Oh, minha fia, será que você vai morrer?” Aí ela disse: “Vou não, pai!”. Aí eu liguei pra SAMU de novo, a SAMU veio. Aí levou ela pra o hospital de novo (Pai de Maria José).

Segundo registro do SAMU, no dia 18/12/18, Maria José estava com 21 semanas e 6 dias de gestação, com PA de 120 x 90 mmHg; FC de 116; FR de 90; Temp: 38,4 °C; HGT: 92; SPO₂ %: 99. Também constava a seguinte informação: “Gestante abordada na residência, consciente, orientada, relata cólica e sangramento, cefaléia e febre. Feitos todos os procedimentos. A informação foi repassada para o médico da regulação que orientou o encaminhamento para o hospital municipal”. Nesse serviço o médico plantonista constatou sangramento em borra de café e ausculta fetal ausente e, novamente, encaminhou Maria José para o hospital de referência para avaliação pelo obstetra. O transporte até o Hospital Regional foi realizado em uma ambulância básica do município, acompanhada de sua irmã e de uma técnica de enfermagem.

A paciente já tinha passado no Hospital Regional no sábado, não sei o porquê do motivo da consulta. Acho que foi por uma história de sangramento, e chegou aqui pra mim na terça-feira à noite. A gente levou pra sala de parto, e tinha um sangramento em borra de café, mas nada volumoso. Porém, ausculta fetal estava ausente. Eu transferi ela para o Hospital Regional para que o obstetra avaliasse e visse a questão do óbito fetal (Médico do Hospital Municipal).

Ela tinha uma história de febre. Eu comecei aqui remédio pra ela, fiz o relatório e encaminhei pro colega lá, porque eu não sabia se esse feto já estava morto ou não; só sei que aqui a gente não teve a ausculta (Médico do Hospital Municipal).

Na história de Maria José a peregrinação foi um fato marcante. Ela conseguiu, por duas vezes, acesso ao transporte do SAMU e entrar no Hospital Municipal, mas quando chegava no Hospital Regional ela sempre enfrentava barreiras, não conseguindo acessibilidade neste hospital.

5.2.2.3.3 Terceira Fase: Atraso em receber o cuidado adequado em uma unidade de saúde

Maria José chegou ao Hospital Regional no mesmo dia (18/12/18), às 20h51min, e foi atendida pelo obstetra e pela enfermeira, sendo mais uma vez constatada ausência de BCF, hemorragia discreta e febre, com registro em prontuário de 39 °C e 39,5 °C. Também houve registro de tontura e vômito em jato.

O médico realizou uma prescrição para alívio dos sintomas e, após a medicação, Maria José foi novamente orientada para retornar ao serviço após realizar uma ultrassonografia (no prontuário não havia registro da alta hospitalar).

Aí [Maria José] estava com febre. [A enfermeira do hospital] pediu pra eu levar para o alojamento. Eu levei e eles colocaram soro, certamente com alguma medicação pra febre. Ela tomou. Aí depois da medicação eu perguntei se ela ia ficar ou se ela voltava. Aí a técnica [de enfermagem do hospital regional] disse: “Eu vou perguntar ao médico”. Aí voltou e disse: “Ele disse que levasse ela de volta e trouxesse ela com o

ultrassom”. Aí o médico deu alta a ela. Na verdade eu nem vi o médico na hora da alta (Técnica de Enfermagem do Hospital Municipal).

O enfermeiro do hospital municipal relatou que havia sido informado pela técnica de enfermagem que conduziu Maria José até o Hospital Regional que durante todo o atendimento o médico estava falando ao celular, sugerindo que ele não prestou a devida atenção à história de Maria José, encaminhando-a para realizar uma ultrassonografia fora daquele hospital mesmo diante da evidente gravidade da situação.

[...] o médico que atendeu ela basicamente não teve aquele cuidado humanizado de ficar, acompanhar... Tava no telefone o tempo todo... Tava atendendo ela e no telefone, auscultando e no telefone. Fez o toque, e no telefone. Então assim, é um defeito grande nesse meio. Porque não teve realmente cuidado. Não sei nem se ele viu que não tinha ausculta, porque ele tava também no telefone, segundo o que a nossa técnica de enfermagem falou (Enfermeiro do Hospital Municipal).

A técnica de enfermagem que a acompanhava relatou, também, que tentou conversar com uma profissional de enfermagem do serviço para saber da possibilidade de Maria José ficar internada no hospital e fazer a ultrassonografia no outro dia pela manhã, mas não teve sucesso.

Aí até conversei com ela [técnica de enfermagem do hospital regional]: “Mas será que não dava pra ela ficar aqui? Porque no turno da manhã, aqui, de seis horas, faz ultrassom grátis”. Ele [o médico] disse que levasse e fizesse a ultrassom [...] (Técnica em Enfermagem do Hospital Municipal).

Pelo discurso da técnica de enfermagem que acompanhava Maria José percebe-se a informação equivocada da gratuidade da assistência pelo SUS.

A técnica de enfermagem percebeu que a situação de Maria José estava complicada. Diante disso, ela entrou em contato com o diretor do hospital do município de origem, que permitiu o retorno de Maria José para aquele hospital e afirmou que, pela manhã, providenciaria transporte para levá-la, mais uma vez, ao Hospital Regional, para tentar fazer o exame. No hospital municipal, o médico plantonista concordou que seria melhor deixar Maria José internada, iniciando antibioticoterapia e hidratação endovenosa (no prontuário do município não há registro do início do antibiótico).

À 00h45min, de acordo com registros do hospital e relatos, Maria José foi ao banheiro, onde ocorreu o abortamento. Sua irmã acordou com o chamado de Maria José e gritou pedindo socorro à equipe de plantão. Como o feto havia caído no vaso sanitário, uma profissional o removeu e o médico clampeou o cordão umbilical e resolveu levar Maria José de volta para o Hospital Regional, conforme relato a seguir:

Nós precisamos dormir na maternidade daqui. Aí, quando chegou lá, ela foi fazer xixi. Eu tava dormindo, e ela me chamou. Quando eu cheguei, era o menino. Desceu [...] no sanitário (Irmã de Maria José).

Aí disse [irmã de Maria José]: “Venha aqui! Olha aqui, que parece que ela tá abortando!”. Aí nós fomos chamar o doutor. Aí chegamos lá e o feto já tava dentro da bacia do banheiro que, por sinal, eu calcei uma luva e puxei o feto. Aí o doutor enrolou [o feto] num campo. Aí disse: “Vamos! Vou levar pra maternidade e mostrar pra eles a paciente que eles mandaram de volta pra aqui”. Aí ela foi com a irmã e o médico (Técnica de Enfermagem do Hospital Municipal).

O médico e a técnica de enfermagem disseram que, pelo aspecto, o feto já estava morto há alguns dias. O médico também relatou ter dificuldade na remoção da placenta, optando por transferir a mulher novamente para que se realizasse uma curetagem.

Já era feto morto, acho que de uns cinco dias, por aí. Já tinha um pouco de maceração da pele. Então, eu clampeei o cordão, cortei e esperei pra tirar a placenta, mas a placenta não tava saindo. Ficou um pouco retida e eu achei que poderia ser uma placenta acreta. Então eu achei por bem não tirar a placenta dela aqui. Coloquei ela dentro da ambulância, fiz ocitocina e levei o feto pro colega, que havia mandado ela de volta, ver [...] (Médico do Hospital Municipal).

Pelo jeito do feto, ele não tava morto da terça, não. [...] já tava assim, saindo a pelezinha. Você entende? Tava normalzinho, mas aquela pelezinha já tava saindo (Técnica de Enfermagem do Hospital Municipal).

Dessa vez, o médico e a técnica de enfermagem plantonistas acompanharam Maria José na ambulância até o Hospital Regional levando o produto do abortamento, que foi entregue lá (confirmei o recebimento do feto com a enfermeira diarista, que disse ter descartado com a placenta). O médico ainda afirmou que ele próprio levou Maria José para garantir sua entrada e permanência naquela unidade:

Eu levei, claro! Como era uma paciente com processo hemorrágico, que já tinha voltado do camarada lá. Eu que levei, senão ela não ia ficar no Hospital (Médico do Hospital Municipal).

Fiz questão de falar com o médico que mandou ela de volta pra cá. Foi o mesmo médico que eu mandei chamar pra receber ela. Porque ela foi pra lá [Hospital Regional] umas 18-19h, voltou pra cá umas 21h. Fui levar ela de volta meia noite (Médico do Hospital Municipal).

O relato apresentado por esse profissional exhibe a situação de violência que Maria José e muitas mulheres são expostas nos serviços de saúde. Assim, a violência obstétrica nos serviços de saúde é expressa na relação desigual entre profissionais de saúde e as mulheres. Este fato, somado à precariedade da qualidade da assistência, aumenta ainda mais o sofrimento das mulheres e de seus familiares.

Essa situação de violência enfrentada por Maria José ficou mais evidente quando, em vários momentos foi relatado que ela era relapsa, que tinha problemas mentais ou que estava desorientada por ter feito o uso de drogas para provocar o aborto:

Ela apresentava uma desorientação também. A técnica tinha falado, mas... tipo assim, ao mesmo tempo ela falava também coisas coerentes. Aí eu perguntei [para técnica de enfermagem que a acompanhava] se ela também não teria utilizado alguma coisa

[drogas para aborto], ou se ela tinha algum problema também mental (Enfermeira do Hospital Regional).

Por isso que estou dizendo a você: para uma mãe que já tinha três filhos, era uma mãe extremamente relapsa. Não era aquela paciente assídua no posto de saúde, que fizesse aqueles cuidados todos, não. Porque eu sabia que ela era um pouco relapsa. Eu achei ela relapsa, é uma impressão minha, entendeu? (Médico Plantonista do Hospital Municipal).

Não sei se ela tinha feito o uso de alguma droga ilícita que foi associada a uma droga lícita, que seria aqui os anestésicos. Foi uma coisa que a gente ficou pensando, ficou conversando entre a gente. Pelo o que eu lembre, ela não era uma pessoa muito orientada, não, que soubesse falar da saúde prévia dela (Médico Obstetra do Hospital Regional).

Já a enfermeira que realizou o pré-natal de Maria José informou que ela não era relapsa:

“Aí a gente fez acompanhamento, tudo direitinho dela, ela sempre vinha pras consultas, tudo direitinho. Fazia todo o acompanhamento. Ela não era relapsa” (Enfermeira da USF).

Na entrevista com a família percebi que a irmã de Maria José tem problemas auditivos, e o pai confirmou que Maria José também tinha o mesmo problema. Assim, os relatos dos profissionais de que Maria José era “relapsa, desorientada, apresentava problemas mentais” possivelmente eram, na verdade, em consequência do problema auditivo, que os profissionais que a atenderam não foram capazes de perceber.

Os relatos apresentados evidenciam as condições desumanas em que mulheres em situação de aborto são tratadas nos serviços de saúde. Em uma pesquisa realizada em dois hospitais em Salvador constatou-se que, mesmo depois de internadas, as mulheres tinham que esperar por um médico que não se recusasse a realizar o aborto, sendo que muitas vezes elas esperavam o plantão inteiro” (DE ZORDO, 2012).

O obstetra relatou que não internou Maria José quando ela chegou mais cedo no hospital porque existiam poucos leitos e estes eram priorizados para as mulheres que realmente necessitavam:

Eu não lembro especificamente desse caso, o que eu sei é o seguinte: que aqui tem tão pouco leito que a gente geralmente prioriza para aquelas pacientes que estão realmente necessitando de ficar internada (Médico Obstetra do Hospital Regional).

Mesmo após o óbito, o obstetra não reconheceu que Maria José deveria ter ocupado um leito obstétrico. No estudo em Salvador os obstetras apontaram que as mulheres que chegavam com abortos incompletos eram consideradas clandestinas por duas razões principais: porque ocupavam os leitos que deveriam ser reservados às mulheres grávidas e a missão da obstetrícia é salvar a vida (dos fetos vivos) (DE ZORDO, 2012).

Quando perguntado sobre as condições de chegada de Maria José no Hospital Regional, o médico plantonista relatou que ela havia chegado bem, e que ele havia solicitado exames e

realizado a curetagem. Entretanto, não foram encontrados registros dessa solicitação de exames. Com diagnóstico de abortamento incompleto, Maria José foi submetida à curetagem, sem intercorrências, sob anestesia (com a presença do anestesista).

Ela chegou relativamente bem. Aí foram solicitados os exames [não há registro no prontuário dessa solicitação de exames]. Depois foi feita uma curetagem (Médico do Hospital Regional).

No alojamento conjunto, Maria José foi examinada pela enfermagem, às 02h15min, que constatou sangramento fisiológico, palidez, sudorese e sonolência, sem queixas por parte da mulher.

Quando ela chegou ao alojamento, ela tava sonolenta, como eu te falei. Estava pálida e também apresentava sudorese. Eu abri o soro inteiro, ela teve como se tivesse tido uma melhora. [...] Depois, quando vi, ela tava melhor, tava respirando normal, não apresentava dispneia, nada. Eu diminuí o soro, mas ainda deixei um gotejamento razoável. E aí saí de lá, fui fazer os procedimentos burocráticos (Enfermeira do Hospital Regional).

A irmã de Maria José se queixou que precisou pedir ajuda a um funcionário da limpeza para encontrá-la depois do procedimento.

Não foram nem me chamar [após a curetagem]. Eu que andava procurando com um rapaz que trabalha lá, um funcionário que trabalha lá, na limpeza, pra poder eu chegar lá [na enfermaria]. Porque não foram me chamar. Parece que não tinha dono, [...], não tinha enfermeiro, esse lugar. Eu nunca vi um hospital desse (Irmã de Maria José).

A irmã de Maria José relatou que nenhum profissional foi examiná-la depois que ela chegou no quarto onde sua irmã se encontrava. Relatou, ainda, que foi acordada no meio da noite com Maria José apertando sua mão e em seguida saiu pelo hospital gritando, pedindo socorro.

E depois eu fiquei dormindo perto dela. E quando foi com um pedaço ela apertou na minha mão. Aí eu saí desesperada, porque ela nunca fez isso. Menina, eu saí, acendi a luz. Aí saí pedindo socorro. Nenhum médico e nenhuma enfermeira, desde que ela fez [a curetagem], chegaram perto dela. Aí depois de meia hora, eu sem saber... Porque lá no [Hospital Regional] é muito grande pra você procurar quarto de enfermeiro, sala de doutor. É muito grande. E eu também nunca tinha ido lá, né? Aí eu apitava lá, no negócio lá da sala. Perdido! Tava tudinho dormindo (Irmã de Maria José).

Após algum tempo, a irmã de Maria José encontrou uma técnica de enfermagem, que chamou uma das enfermeiras do turno e os maqueiros para auxiliar. O próximo registro do prontuário foi feito às 04h39min e apontava que Maria José foi encontrada se contorcendo e com cianose de extremidades, sendo levada na maca ao Centro de Terapia Intensiva (CTI), localizado em outro bloco do hospital.

Aí a gente foi chamada pela técnica de enfermagem porque a mulher tava passando mal. Aí a gente correu lá. Quando chegou, ela tava assim: parecia um quadro de convulsão. Aí a gente puxou a maca na mesma hora, porque ela tava no apartamento, né? Apartamento, quarto, porque ela fez a curetagem. Lá não tem nada [medicamento e material para emergência], na verdade assim, que possa fazer nada por ela, porque

não é uma semi-intensiva, não é uma UTI, é um apartamento comum. Aí a gente tirou ela e levou para a semi-intensiva (Enfermeira do Hospital Regional).

A curetagem foi na madrugada. Foi feita a curetagem dela, e eu acho que ela foi pra enfermaria depois. Ela passou mal depois da curetagem e da anestesia, aí foi prontamente levada lá pra emergência. Na emergência, as enfermeiras foram no quarto da gente, no quarto masculino, aí chamaram a gente. O clínico e eu fui também (Médico do Hospital Regional).

Maria José chegou ao CTI em parada cardiorrespiratória, recebendo os socorros do clínico da emergência e do obstetra, que chegou depois, além da equipe presente no setor. Conforme os registros no prontuário hospitalar foram feitas intubação orotraqueal e manobras de ressuscitação cardiopulmonar por 25 minutos, sem resposta, até que foi constatado o óbito, às 05h02min

Aí foram tentadas as manobras de ressuscitação cardiopulmonar. Inicialmente ela voltou, foi revertida a parada, e um tempo depois me comunicaram que ela tinha ido à óbito (Médico do Hospital Regional).

De acordo com a ficha de encaminhamento que estava no prontuário, o corpo de Maria José foi encaminhado ao SVO, para definição da *causa mortis*. Entretanto, o pai de Maria José informou que corpo foi levado para o IML, sendo essa informação confirmada pela pesquisadora principal. Até as entrevistas para esse trabalho serem concluídas, nem a família nem os profissionais de saúde envolvidos no caso foram informados sobre as conclusões. O médico suspeitava de embolia ou infecção:

Eu não sei direito. A gente ficou pensando... A princípio, as hipóteses foram uma embolia ou uma infecção. Ou se ela tinha uma doença cardíaca prévia que não teve como ser diagnosticada nesse curto espaço de tempo (Médico do Hospital Regional).

O fato de o corpo de Maria José ter sido encaminhado para o IML, ao invés do SVO, sugere que os profissionais suspeitavam que o problema dela poderia ter ocorrido em consequência de uma tentativa de aborto.

Posteriormente, foi emitido o laudo tanatoscópico, que foi inconclusivo. Buscando elucidar a verdadeira causa da morte de Maria José, junto com a Secretaria de Saúde do seu município, solicitamos ao IML a realização de exame histopatológico do material armazenado. O resultado desse exame definiu tromboembolismo pulmonar como causa do óbito.

O pai de Maria José relatou que ela morreu porque ninguém se importou com ela e que ela não deveria ter morrido.

Será se esse médico não podia ter mandado fazer esse ultrassom na hora? Pra saber se a criança tava viva ou morta? Porque você sendo um médico, você vendo que aquele tá ali passando mal? [...] Mas não, “vorte pra casa que tá tudo normal. Vá simhora que tá tudo bem! Venha outro dia!”. Não atendeu porque [...] não se importaram com ela. Claro que [...] o médico, que tinha visto esse estado dela, tinha feito esse ultrassom na hora, tinha feito uma cirurgia, tinha tirado a criança... Ela tava viva ainda (Pai de Maria José).

O acesso adequado (LEVESQUE et al., 2013) para Maria José nos serviços de saúde foi negado. Isso ocorreu em virtude de falhas por parte dos profissionais de saúde que não se envolverem com a sua situação, criando barreiras para acessibilidade e continuidade do cuidado dentro dos serviços de saúde.

6 CONCLUSÕES

As Regiões de Saúde IV e V, que compõem a Macrorregião de Saúde II de Pernambuco apresentaram altas coberturas da ESF, com grandes proporções de cobertura da assistência pré-natal de baixo risco obstétrico.

A maioria das mulheres realizaram acima de sete consultas e iniciaram o cuidado pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação. No entanto, observou-se altos coeficientes de incidência de sífilis congênita, despertando a necessidade de melhoria na qualidade da assistência pré-natal nessa Macrorregião.

Muitas mulheres enfrentaram grandes deslocamentos em busca de acesso à realização dos partos, especialmente naqueles de alto risco, que foram encaminhadas principalmente para o município do Recife. Isso indica uma desestruturação da rede de cuidados obstétricos na Macrorregião de Saúde II, demonstrando a necessidade de melhorar o acesso ao parto para que todas as mulheres possam ter suas necessidades obstétricas atendidas dentro da própria Macrorregião.

A dificuldade de acesso ao alto risco obstétrico na Macrorregião de Saúde II, possivelmente ocorreu devido ao fato do hospital de referência ter dificuldades de manter a equipe completa nos plantões. É possível que muitas das mulheres também foram encaminhadas pela dificuldade de leitos de UTI nessa Macrorregião.

Com relação à narrativa das histórias das mulheres, essa análise baseou-se em duas razões: por um lado, o reconhecimento de que não há morte materna que deva passar despercebida, pois cada morte representa falhas no acesso ao sistema de saúde e na sociedade em geral e; por outro lado, as mortes evitáveis podem nos oferecer lições, quando bem analisadas e entendidas, podendo permitir o desenvolvimento de intervenções que evitem a ocorrência de outras mortes nas mesmas condições.

As mulheres desse estudo possuíam pouca escolaridade, precárias atividades ocupacionais, baixa renda, moravam em zonas rurais ou periferias de cidades maiores e duas delas viviam sem companheiro. Elas enfrentaram dificuldades de acesso ao planejamento familiar e a um pré-natal de qualidade.

Os principais aspectos que dificultaram a decisão de buscar o cuidado obstétrico foram a dificuldade de acessibilidade a outro nível de complexidade do sistema de saúde, a não valorização das queixas das mulheres e dos familiares, as experiências negativas anteriores das

famílias com os serviços de saúde, as dificuldades de percepção da gravidade do problema, a não responsabilização ou o não envolvimento pelos profissionais de saúde.

Os principais fatores que contribuíram para dificultar o acesso aos serviços de saúde adequado foram as barreiras de acesso pela não disponibilidade física dos serviços e o alcance desses em tempo hábil; pela dificuldade de acessibilidade financeira das mulheres; e acessibilidade a leitos de UTI, levando à peregrinação entre os serviços de saúde, muitas vezes em transportes inadequados.

A violência obstétrica foi um fenômeno observado, contribuindo para o agravamento de mulheres em processo de abortamento. Mesmo que a mulher conseguiu chegar na unidade de saúde que poderia ser adequada para resolver sua complicação, ou mesmo evitar o agravamento da complicação.

O cuidado não foi adequado em tempo oportuno, com várias barreiras de acesso já dentro do serviço de saúde, como ausência de profissionais no plantão, de solicitação de sangue/hemoderivados, de medicação para as urgências, e de acompanhamento efetivo em casos de pós procedimento, levando à transferência para outras unidades de saúde e atrasando o cuidado adequado em tempo oportuno.

A Macrorregião de Saúde II precisa de investimentos, tanto na organização e na disponibilidade do serviço, como na formação continuada de profissionais para que estes possam identificar e agir em situações potenciais de risco obstétrico, se responsabilizando pelas mulheres.

O acesso aos serviços obstétricos é um tema complexo, necessitando de novas investigações que possam auxiliar na compreensão e na resolução dos problemas.

REFERÊNCIAS

- ABDULLAH, A. S. M. et al. Community Delay in Decision Making and Transferring Complicated Mothers at Facilities Caused Maternal Deaths: A Qualitative Study in Rural Bangladesh Abdullah. Integrative. **Journal of Global Health**, Edimburgo, v.1, n. 3, p.15, 2017. Disponível em: <http://www.imedpub.com/integrative-journal-of-global-health/inpress.php>. 2017. Acesso em: 20 jan. 2017.
- ACURCIO, F. A.; GUIMARAES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 233-242, 1996.
- ADAY, L. A. ANDERSEN, R. M. A. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, Chicago, v. 9, n. 2, p. 202-220, 1974.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Reflexões sobre o processo de realização da PMAQ-AB no contexto da regionalização no Estado de Pernambuco. *In*: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S (org.). **Rotas da Atenção Básica no Brasil**: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes, 2014. p. 88-113.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Access to healthcare for children with Congenital Zika Syndrome in Brazil: perspectives of mothers and health professionals. **Health Policy and Planning**, London, v. 34, n. 7, 2019, p. 499–507. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czz059>.
- ALBUQUERQUE, M. S. V.; VIANA, A. L. D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 28-38, 2015. DOI: 10.5935/0103-1104.2015S005390.
- ALMEIDA, W. S.; SZWARCOWALD, C. L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 68-76, fev. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 nov. 2019.
- ALVES, M. M. R. et al. Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 283-291, abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000200283&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2019.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, Los Angeles, v. 36, n. 1, p. 1–10, 1995. Disponível em: www.jstor.org/stable/2137284. Acesso em: 28 jan. 2018.
- ANDERSEN, R. M. et al. Societal and individual determinants of medical care utilization in the united states. **Health and Society**, Milbank Q., v. 51, n. 1, p. 95–124, 2005. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x. PMID: PMC2690261.
- ANDREUCCI, C. B. CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de**

Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jan. 2017.

ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n. 4, p. 789-800, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 nov. 2019.

ARAUJO, F. R. F. **A bioética da proteção e as implicações morais no acesso desigual ao parto: o caso de uma maternidade de referência no agreste de Pernambuco**. 2012. Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BANCO MUNDIAL. **Relatório anual de 2017: Erradicar a pobreza extrema. Promover a prosperidade compartilhada**. Genebra: Banco Mundial, 2017.

BARBASTEFANO, P. S. et al. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. **Revista Gaúcha de Enfermagem (online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 708-714. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400014&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 28 jan. 2020.

BERWICK D. M. What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. **People Health Foundation**, Millwood, n. 28, p. 555-65. 2009. DOI:10.1377/hlthaff.28.4.w555.

BITTENCOURT, S. D. A. et al. Adequacy of public maternal care services in Brazil clínicas e obstétricas potencialmente associadas a emergências obstétricas. **Reproductive Health**, London, v. 13, suppl 1, p. 257-265, 2016. DOI: 10.1186/s12978-016-0229-6.

BOHREN, M. et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review Public Library of Science Medicine. **PLoS Med**, San Francisco, v. 12, n. 6, 2015. Disponível em: <https://afar.info/id=2629>.

BRAGA, L. F. C. Comitês de morte materna. In: **SIMPÓSIO ESTADUAL COMITÊS DE MORTE MATERNA**, 1989, Curitiba. Anais. Secretaria Estadual de Saúde, 1989.

BRASIL. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) Organização Panamericana da Saúde (OPAS) **Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN)**. Universidade de Brasília (UnB), 2012. (APOSTILA).

_____. **Decreto n. 7.508, de junho de 2011a**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm

_____. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude>. BRASIL, 2017.

_____. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011b**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://goo.gl/PkrXAJ>. Acessado em: 16 jan. 2017.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação Materno-Infantil – COMIN. **Plano de ação para redução da mortalidade materna**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 1995.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acessado em: 13 out. 2015.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde **Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2000.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde (DIAHV). Nota informativa N° 2 – SEI/2017. **Critérios de definição de casos para notificação das sífilis adquirida, congênita e em gestantes**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2017

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2018.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Abordagens espaciais na saúde pública**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 136 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde; 1)

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual dos Comitês de mortalidade materna**. 3. ed. 1, reimpressão, Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria Executiva. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BLENCOWE, H. et al. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health**. London, v. 11, Suppl 3, S9, 2011. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-S3-S9>

CABEZAS, E. Mortalidad materna en Cuba. *In*: **REUNIÓN REGIONAL SOBRE PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA**, Anais. Campinas, SP: Organização Pan-Americana da Saúde. Mimeografado, 1988.

CAMPERO, L. et al. La contribución de la violència a la mortalidad materna en Morelos, México. **Salud Publica de Mexico**, Mexico, v. 48, n. (supl 2), p. 297-306, 2006.

CARVALHO, V. C. P. ARAÚJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 3, p. 309-317, jul./set., 2007.

CECATTI, J. G. FAUNDES, A. Intervenções para aperfeiçoar o conhecimento sobre o número e as causas de morte materna. **Femina**, São Paulo, v. 17, n. 5, p. 389-392, 1989.

CHEN, M. K. A quantitative index of access to primary medical care for health planning. **Socio-Economic Planning Sciences**, v. 12, p. 295-301, 1978.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. *In*: **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Hartz, Z. (org.), p. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

COUTINHO, T. et al. Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 32, n. 24, p. 563-9. 2010.

CUNHA, S. F. et al. Peregrinação no anteparto em São Luís, Maranhão. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 441-447, 2010.

DE ZORDO, S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas/obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1745-1754, jul. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2019.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 out. 2019.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, p. 147-57, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201600.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University, 1973.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

ESPINOZA, H.; CAMACHO, A. V. Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. **Revista Panamericana de Salud Publica**. Washington, v. 17, n. 2, p. 23-29, 2005.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 669-681, set. 2006.

FANAIA, N. Z. et al. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 1, p. 27-35 jan/mar, 2012.

FARIA, D. R. et al. Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. **Revista Médica Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 1-128, 2012. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/121>

FILIPPI, V. et al. Identifying barriers from home to the appropriate hospital through near-miss audits in developing countries. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, Amsterdam, v. 23, n. 3, p. 389-400, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19250874>

FIORATI, R. C. et al. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 24, e. 2683, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02687.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>.

FIRMINI, G. C. S. **Análise Documental da implantação e acompanhamento da Rede Cegonha na IV Região de Saúde de Pernambuco**. Trabalho de Conclusão de Residência.

(Programa de Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde) Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. Recife, 2018.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Pública de México**. Mexico, v. 27, n. 5, 1985.

FRENK, J.; MOON, S. Governance challenges in global health. **The New English Journal of Medicine**. Massachusetts, v. 368, n. 10, p. 936-942, 2013.

FURTADO É. Z. L. et al. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 10, p. 1-10, 2016 DOI:10.1590/S1518-8787.2016050005396

GADAMER, H-G. **O Caráter Oculto da Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. *In*: EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

GUIMARÃES, W. S. G. et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00110417, 2018.

IBGE. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religião_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf. Acessado em: 20 mar. 2018

INDEXMUNDI. Mortalidade Materna por país. Disponível em: <MM/Taxa%20de%20mortalidade%20materna%20por%20pais20-20Mapa%20Comparativo%20entre%20Países%20-%20Mundo.html>. Acesso em: 10 de jun 2016.

KARLSEN, S. et al. The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: Analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Public Health**. London, v. 11, n. 606, p. 1-10, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/606>

KASSEBAUM, N. et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, London, v. 384, n. 9947, p. 980-1004, 2014.

KODNER, D. L.; SPREEUWENBER, C. Integrated care: meaning, logic, applications and implications: a discussion paper. **International Journal of Integrated Care**, Netherlands, v. 14, n. 2, p. 1-6, 2002.

KUSCHNIR, R. C. et al. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC. Brasília: CAPES: UAB, 2010.180p.

KVALE, S. **An Introduction to Qualitative Research Interview**. London, SAGE Publications, 1996.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 192-S207, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 nov. 2019.

LAURENTI, R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 507-12, 1988.

LAURENTI, R. et al. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, p. 449-60, 2004.

LEAL, M. C. et al. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, jan. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>.

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 1-17, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 jan, 2018.

LEAL, M. C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 1, p. 91-104, 2015. DOI 10.1590/S1519-38292015000100008. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=102484927&lang=pt-br&site=eds-live&scope=site>. Acesso em: 27 nov. 2019.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 nov. 2019.

LEAL, M. C. et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl.1, p. S63-S72, 2004, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700007&lng=en&nrm=iso.

LEITE, R. M. B. **Mortalidade materna no Recife**: análise das trajetórias das mulheres. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2006.

LEITE, R. M. B. et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1977-1985, out. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2011.v27n10/1977-1985/>.

LEVESQUE, J. F. et al. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 12, n. 18, 2013. Disponível em: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18>.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LORENZO, I.V. **Barrera se nel acceso a la atención en saluden modelos de competencia gestionada**: um estudio de caso em Colombia. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 2009.

LÜDKE, M. et al. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal Epidemiology Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, jan. 2006. DOI:10.1136/jech.2005.038323

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008.

International Journal for Equity in Health, London, v. 11, n. 1, p. 33, jun. 2012. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-33>

MAGADI, M. et al. Analysis of factors associated with maternal mortality in Kenyan hospitals. **Journal of Biosocial Science**, Cambridge, v. 33, p. 375-389, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11446400>

MAINE, D. ROSENFELD, A. The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled? **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 89, n. 4, p. 480-2, 1999. DOI: 10.2105/ajph.89.4.480.

MAMEDE, F. V.; PRUDÊNCIO, P. S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. esp, p. 262-266, 2015.

MANDÚ, E. N. T. et al. Mortalidade materna: implicações para o Programa saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun; v. 17, n. 2, p. 278-284, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a25.pdf>.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100022&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 jan. 2020.

MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **The economic of health equity**. New York: Cambridge University; 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDOZA-SASSI, R. A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 787-789, abr. 2011.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 jan. 2016.

MINAYO M. C. S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 02-11, 2011.

Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/652>

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12^a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MORAES, L. M. V. et al. Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, e0015-1217, 2018 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001105002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 nov. 2019.

MOURA, B. L. A. et al. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 0018-8016, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 nov. 2019.

NAÇÕES UNIDAS. Every Woman Every Child.[Internet]. **The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030)** [Internet]. New York: United Nations; 2015.

Available from: <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>. Acesso em: 5 out. 2015.

NAVARRETE, M. L. V et al. **Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde**. Tradução de Maria Rejane Ferreira da Silva e Maria do Rosário Ferreira da Silva. Recife: IMIP: 2009. 130 p. ISBN: 978-85-88660-45-8.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: OMS; 2014.

_____. **Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito**. 10 Revisão. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, USP, 1993, v. 1.

_____. **Global Health Observatory Data Repository. Causespecific mortality and morbidity: Maternal mortality ratio by country.** Genebra: OMS; 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main>. Acesso em: jul. 2013.

_____. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra: OMS; 2014.

_____. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** Genebra: OMS; 2016.

_____. **Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM).** Genebra: OMS; 2015. Disponível em: who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/ Acesso em: 5 oct. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; UNITED NATIONS POPULATION FUND; BANCO MUNDIAL. La prevencion de la tragédias de las muertes maternas *In: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA MORTALIDADE MATERNA*, 1., 1987, Nairobi: **Informe sobre la conferência....** [s.n.t].

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Organização Panamericana de Saúde. Brasília, 2011. 113 p.

_____. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica.** Brasília: OPAS, 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégias Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidades Maternas. *In: XXV CONFERENCIA SANITARIA PAN-AMERICANA*. 2004. Washington, D. C.: OPS/OMS.

PACAGNELLA, R. C. et al. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 14, n. 159, p. 1471-2393, 2014. DOI: 10.1186/1471-2393-14-159.

PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violencia obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 49, e174907, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000100307&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2019.

PEREIRA, A. P. C. M. **Redes interestaduais de saúde: o caso da rede de atenção à saúde Pernambuco/Bahia.** 2017. Tese. (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

PERNAMBUCO. **Decreto nº. 30.859, de 4 de outubro de 2007.** Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco, Poder Executivo, Recife, Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=11431&tipo>. Acesso em: 04 jun. 2018.

_____. **Portaria nº. 87, de 15 de setembro de 1995.** Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco, Poder Executivo, Recife, 27 de set. 1995.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife. SES, 2011, 20p.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016-2019**. Recife. SES, 2016. 338p.

PICOLI, R. P. et al. Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 17, n. 4, p. 729-737, dec. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000400729&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2018.

PINHEIRO, H. D. M. **Do domicílio ao parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife – PE**, 2014. Dissertação (Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

POHLMANN, F. C. et al. Prenatal care model in the far south of Brazil. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 25 n. 1 e3680013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003680013>. Acesso em: 23 fev. 2018.

REIS, A. A. C. et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232017002401045&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 ago. 2018.

RIBEIRO, E. R. O. et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 9, n. 31, e1186-1471, 2009. DOI: 10.1186/1471-2393-9-31

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. Uma análise da implementação dos comitês de estudo da morte materna no Brasil: Um estudo de caso do Comitê do estado de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 1, p.183-89, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100020>.

RODRIGUES, D. P. et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015.

RÖHR, L. K. et al. Delivery care and the inadequacy of the obstetric care network in Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 16, n. 4, p. 447-455, dec. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000400447&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000400006>.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/>

SANTOS, F. A. P. S. et al. Autonomia do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 2, p. 471-479, jun 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000200471&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 nov. 2019.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n. 2, p.107-119, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>.

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Global Health**, London, v. 2, n. 6 e323-33, 2014. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X).

SCHRAMM, J. M. A. et al. Assistência obstétrica e risco de internação na rede de hospitais do Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 590-7, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000600008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000600008>.

SHORTELL, S. M. et al. **Remakins health care in America**. 1. ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series, 1996.

SILVA, B. G. C. et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 484-493, jul./set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300484&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600030002>.

SILVA, R. M. **Análise Documental da implantação e acompanhamento da Rede Cegonha na V Região de Saúde de Pernambuco**. 2018. (Trabalho de Conclusão de Residência) - Programa de Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. Recife, 2018.

SILVA, T. et al. Attention to the parturient adolescent: access and reception – a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 12, n. 4, p. 872-81, dec. 2013. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4263>. Acesso em: 29 jan. 2020. doi:<https://doi.org/10.5935/1676-4285.20134263>.

SILVEIRA, D. S. et al. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 131, p. 17, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100013>.

SÓTER, A. P. M. O papel da esfera estadual na gestão descentralizada do SUS: o caso Pernambuco. 2009. Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 31, n. 3, p. 545-66, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11562005>.

SZWARCWALD, C. L. et al. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 Sup: S71-S83, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00125313>

TAGUCHI, N. et al. Influence of socio-economic background and antenatal care programmes on maternal mortality in Surabaya, Indonesia. **Tropical Medicine & International Health**. Oxford, v. 8, n. 9, p. 847-852, set. 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12950671>

TANAKA, A. C. D'A.; MITSUIKI, L. **Estudos da magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras**. São Paulo: UNICEF, 1999.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, 24 jun. 2015. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmf10(35)1013).

THADDEUS, S.; MAINE, D.. Too far to walk: maternal mortality in context. **Social Science & Medicine**, New York, v. 38, p. 1091-110, 1994. DOI: 10.1016/0277-9536(94)90226-7.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. e00195815, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 jan. 2020. Epub Apr 03, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 22, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

UNICEF BRASIL. **Mortes maternas caem um terço em todo o mundo**. Brasília; 2016. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/media_1811.htm. Acesso em: 29 ago 2016.

VALONGUEIRO, S. A; ANTUNES, M. B. C. Morte por causas externas durante o período gravídico-puerperal: como classificá-las? **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 743-64, 2009.

VAZQUEZ, M. L. et al. Marco conceitual para o estudo das organizações sanitárias integradas. In: VAZQUEZ, M. L.; VARGAS, I. **Organizações Sanitárias Integradas**. Um estudo de casos. Barcelona: ConsorciHospitalari de Catalunya, 2009. 260p.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, London, v. 377, p. 1863-1876, 2011.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.

VOLOCHKO, A. **Mortalidade de Mulheres: Mortalidade Materna, SUS/1988. 1992.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

WAISWA, P. et al. Using the three delays model to understand why newborn babies die in eastern Uganda. **Tropical Medicine & International Health**. Oxford, v.15, n. 14, p. 964-972, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YOUNES, L. et al. Estimating coverage of a women's group intervention among a population of pregnant women in rural Bangladesh. **BMC Pregnancy Childbirth**. London, v. 12, n. 60, 2012. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-12-60>.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA DA FAMÍLIA/COMUNIDADE

01 N° da Entrevista: _____	02 Entrevistador: _____
03 Data da entrevista: ____/____/____	04 Nome do Entrevistado _____
05 Local da entrevista:	
Qual a sua relação com <nome da mulher>?	

Roteiro

Você poderia me falar sobre a gravidez dela e das complicações que podem ter levado ao óbito?

Perguntas Orientadoras	Questões relevantes
1. Você acha que <Nome> pretendia ou não engravidar?	<ul style="list-style-type: none"> • Usava algum método para evitar gravidez; • Dificuldades ou facilidades enfrentadas para obtenção de métodos; • US que era atendida; • Satisfação com o atendimento;
2. Como foi a gravidez e o pré-natal de <Nome>?	<ul style="list-style-type: none"> • Fazia pré-natal; • Início e número de consultas de pré-natal; • Profissionais que a atenderam durante o pré-natal; • Recebia visitas do ACS ou de outro profissional da US; • Profissional que realizava o pré-natal; • Conseguia realizar todos os exames; • Facilidade ou dificuldade para realizar os exames; • Necessidade e acesso a medicação; • Necessidade de internamento durante o pré-natal • Necessidade de encaminhamento para outro serviço • Dificuldades e facilidades para conseguir ser atendida; • Tempo de espera para ser atendida? • Necessidade de buscar mais de um serviço para ser atendida; • Satisfação ou insatisfação com o atendimento na unidade de saúde < citar o nome do serviço > • Satisfação ou insatisfação com o atendimento na unidade de saúde que realizou o pré-natal).

<p>3. Como foi o parto?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Momento que decidiu buscar assistência para o parto; • Tempo rápido ou demorado para decidir procurar o SS; • Pessoa que tomou a iniciativa; • Facilidades e dificuldades enfrentadas para chegar na unidade onde realizou o parto (distância entre a casa e o serviço de saúde, tempo que levou para chegar até lá, condições das estradas, transporte utilizado ou alguma outra coisa que ache importante); • Tempo de espera para ser atendida (rápido ou demorado); • Profissional ou profissionais que a atenderam; • Direito a acompanhante durante o parto; • Queixas de alguma conduta realizada por algum profissional durante o trabalho de parto; • Satisfação ou insatisfação com o atendimento durante o parto.
<p>4. Conte como foi o momento da complicação que pode ter levado ao óbito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoa que percebeu que estava ocorrendo alguma complicação com a gravidez; • Decisão para procurar algum serviço de saúde; • Participante (s) dessa decisão; • Tempo (rápido ou demorado) para decidir procurar o serviço; • Tempo entre resolver ir e o momento da chegada no SS; • Caminho percorrido para chegar na unidade de saúde; • Tempo entre a chegada e o atendimento na US; • Se precisou ser transferida para outra (as) US, como foi a transferência? • Qual o transporte? • Quem a acompanhou? • Necessitou de UTI? Como foi o acesso? • Necessitou de sangue/hemoderivados? • Necessitou de medicamentos?
<p>5 Por favor me fale se você acha que aconteceu alguma falha neste serviço (serviços)?</p>	
<p>6 Você acha que a morte dela poderia ter sido evitada?</p>	

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA AB

DADOS DO(A) ENTREVISTADO(A)

01 N° da Entrevista: _____	02 Entrevistador: _____
03 Data da entrevista: ____/____/____	04 Nome do Entrevistado _____
05 Local da entrevista: _____	

DADOS DO(A) ENTREVISTADO(A)

Sexo (1) Feminino (2) Masculino (3) Outro: Qual: _____	Possui religião? (1) Sim (2) Não Se sim, qual? _____
Qual grau de escolaridade? (1) Nenhum (6) Superior incompleto (2) Ensino fund.inc. (7) Superior completo (3) Ensino fund. comp. (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Outro _____ Quantos anos de estudo? _____	Qual a sua raça/cor da pele? (1) Amarela (2) Branca (3) Indígena (4) Parda (5) Negra
Categoria Profissional	Serviço que atua:

ROTEIRO

- 1- Você lembra de <nome>?
- 2- Como era o acompanhamento de <nome> nessa US? (já era usuária, se pretendia engravidar...)
- 3- Como foi o Pré-natal de <nome> nessa US? (número de consultas, início, necessidade de medicamentos, exames...)

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DO HOSPITAL

DADOS DO(A) ENTREVISTADO(A)

01 N° da Entrevista : _____	02 Entrevistador: _____
03 Data da entrevista: ____/____/____	04 Nome do entrevistado (iniciais) _____
05 Local da entrevista: _____	

DADOS DO(A) ENTREVISTADO(A)

Sexo (1) Feminino (2) Masculino (3) Outro: Qual: _____	
Qual grau de escolaridade? (1) Nenhum (6) Superior incompleto (2) Ensino fund.inc. (7) Superior completo (3) Ensino fund. comp. (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Outro _____ Quantos anos de estudo? _____	Possui religião? (1) Sim (2) Não Se sim, qual? _____
Categoria Profissional	Serviço que atua:

ROTEIRO

- 4- Você lembra desta mulher <Nome>?
- 5- Ela ou familiares relatou (relataram) alguma dificuldade para chegar ao serviço?
- 6- Como ela chegou ao serviço (central de leitos, com ou sem encaminhamento formal ou demanda espontânea)?
- 7- Qual o estado de saúde geral da mulher quando chegou ao serviço?
- 8- <Nome> ela trouxe o cartão de pré-natal ou exames anteriores?
- 9- Os profissionais de saúde repassaram informações para sobre as condições de saúde dela?
- 10- Por favor, relate-me como foi o atendimento da mulher nessa unidade de Saúde.

- 11- Considerando essa história, houve alguma dificuldade quanto à disposição de equipamentos, exames, medicamentos, leitos (incluindo UTI), sangue/hemoderivados ou qualquer outro dispositivo necessário para o atendimento dela?
- 12- Se <Nome> necessitou ser transferida para outra US, qual o motivo? Como ocorreu a transferência?
- 13- Na sua opinião, esse óbito era evitável? Por quê?

APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

<p>Qual a data de nascimento de <nome da mulher>? ____/____/____</p> <p>Idade: _____</p>	<p>Quem morava na mesma casa de <nome da mulher>? Qual o grau de parentesco dessas pessoas com ela?</p>
<p>Qual foi a renda da família de <nome da mulher> no último mês (em reais, contando todos os valores dos membros da família)?</p>	<p>Quantas pessoas dependiam dessa renda?</p>
<p><Nome da mulher> trabalhava ou tinha alguma atividade que gerava alguma renda? Se sim: Qual a ocupação dela?</p>	<p>Se sim, qual era renda (em reais)?</p> <p>Ela tomava as decisões pela família? (1) Sim (2) Não</p>
<p>Qual o último ano que <Nome da mulher> concluiu e foi aprovada na escola?</p> <p>(1) Nenhum (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Superior incompleto (7) Superior completo (8) Outro: _____</p> <p>Quantos anos de estudo? _____</p>	<p><Nome da mulher> era:</p> <p>(1) Casada ou vivia em união com o companheiro (a) (2) Tinha um companheiro/a, mas não moravam juntos. (3) Tinha um namorado (4) Não tinha parceiro fixo (5) Tinha outra situação: _____</p>
<p>Você diria que a raça/cor da pele dela era:</p> <p>(1) Amarela (2) Branca (3) Indígena (4) Parda (5) Negra (6) Não declarado</p>	<p>Ela possuía plano ou seguro privado de saúde? (1) Sim (2) Não Se sim, qual? _____</p>
<p><Nome> frequentava culto ou igreja? (1) Sim (2) Não Se sim, qual era a religião dela? _____</p>	<p>Ela participava de algum grupo social? (1) Sim (2) Não Se sim, qual? _____</p>

<p>Antecedentes obstétricos</p> <p>GESTA (contando com essa gestação): _____</p> <p>ABORTOS: _____</p> <p>Para: _____ Normais: _____ Cesárea: _____ Fórceps: _____</p> <p>Nascidos vivos: _____ Nascidos mortos: _____</p> <p>Intervalo entre as duas últimas gravidezes: _____ (meses ou anos)</p>	
<p>Método contraceptivo predominante antes desta gestação:</p> <p>(1) Não usava</p> <p>(2) Contraceptivo hormonal</p> <p>(3) Preservativo</p> <p>(4) DIU</p> <p>(5) Diafragma</p> <p>(6) Coito interrompido</p> <p>(7) Tabela</p> <p>(8) Outro: _____</p>	<p>Complicações em gestações anteriores:</p> <p>(1) Sem complicações</p> <p>(2) Hipertensão</p> <p>(3) Hemorragia</p> <p>(4) Diabetes</p> <p>(5) Cardiopatia</p> <p>(6) ITU</p> <p>(7) Sífilis</p> <p>(8) Feto morto</p> <p>(9) Ameaça de parto prematuro</p> <p>(10) Infecção puerperal</p> <p>(11) Outra: _____</p> <p>(99) Não se aplica</p>
<p>GRAVIDEZ ATUAL</p>	
<p>Local do parto ou de assistência ao processo obstétrico:</p> <p>(1) Hospital com maternidade</p> <p>(2) Hospital sem maternidade</p> <p>(3) Outro estabelecimento de saúde</p> <p>(4) Domicílio</p> <p>(5) Via pública</p> <p>(6) Outro: _____</p> <p>(99) Não se aplica</p>	<p>Tipo de estabelecimento:</p> <p>(1) Rede própria SUS</p> <p>(2) Rede filantrópica conveniada ao SUS</p> <p>(3) Rede privada conveniada ao SUS</p> <p>(4) Rede privada</p> <p>(99) Não se aplica</p>
<p>Teve alta?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não:</p> <p style="padding-left: 20px;">(1.1) Transferência</p> <p style="padding-left: 20px;">(1.2) Óbito</p> <p>(99) Não se aplica</p>	<p>Reinternou-se no pós-alta?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>(99) Não se aplica</p> <p>Se sim, qual a causa do internamento?</p>
<p>Tipo de parto:</p> <p>(1) Vaginal</p> <p>(2) Cesária in vivo. Indicação: _____</p> <p>(3) Fórceps</p> <p>(4) Cesária <i>post-mortem</i></p> <p>(99) Não se aplica</p>	<p>Bolsa rota?</p> <p>(1) Não</p> <p>(2) Sim. Tempo: _____ horas</p>

Utilização de partograma: (1) Sim (2) Não	
Complicações: (1) Sem complicações (2) Hipertensivas (3) Hemorrágicas (4) Infecciosas (5) Embólicas (6) Abortamentos (7) Outra: _____ (99) Não se aplica	Início das complicações: (1) Antes do início do trabalho de parto (2) Trabalho de parto (3) Parto (4) Até duas horas pós-parto (5) Entre duas horas pós-parto e a alta (6) Após a alta (99) Não se aplica

RESUMO DA ATENÇÃO HOSPITALAR

Nº de unidades de saúde que procurou para assistência obstétrica: _____ (1) Não procurou	Obteve assistência obstétrica: (1) Na 1ª Unidade de Saúde que procurou (2) Na 2ª Unidade de Saúde (3) Na 3ª Unidade (4) Na 4ª ou mais (99) Não se aplica
Profissional responsável pelo atendimento: (1) Obstetra (2) Clínico Geral (3) Enfermeiro (4) Parteira (5) Outro (99) Não se aplica	Cirurgias realizadas: (1) Não realizou (2) Histerectomia (3) Curagem (retirada manual de placenta) (4) Curetagem pós-parto (5) Laparotomia (6) Ligadura de artérias hipogástricas (7) Outras: _____
Equipamentos necessários à assistência ao caso: (1) Em falta (2) Com baixa qualidade (3) Adequados (99) Não se aplica	Medicamentos necessários à assistência ao caso: (1) Em falta (2) Insuficientes (3) Adequadas (99) Não se aplica
Necessidade de sangue e hemoderivados: (1) Sim (2) Não Se sim, quais?	Dificuldade de obtenção de sangue e/ou hemoderivados: (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica
Uso de sangue e/ou hemoderivados em tempo oportuno: (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica	Necessidade de UTI: (1) Sim (2) Não

<p>Conseguiu internação em UTI: (1) Sim (2) Não Se sim, onde ocorreu a internação? No mesmo hospital?</p>	<p>Tempo entre decorrido entre a solicitação e a internação em UTI: _____</p>
---	---

DADOS DA OCORRÊNCIA DO ÓBITO

<p>Data do óbito: ___/___/_____</p>	<p>Hora do óbito: ____:____</p>
<p>Local de ocorrência: (1) Hospital com maternidade (2) Hospital sem maternidade (3) Transporte (4) Domicílio (5) Via pública (6) Outro. Qual? _____</p>	<p>Tipo do estabelecimento de ocorrência: (1) Rede própria SUS (2) Rede univ. conveniada (3) Rede filantrópica privada (4) Outro estabelecimento conveniado ao SUS (5) Rede privada (6) Não se aplica</p>
<p>Setor de ocorrência do óbito: (1) UTI (2) Enfermaria (3) Centro obstétrico (4) Emergência/triagem (5) Outro: _____ (6) Não se aplica</p>	<p>Se óbito ocorrido em ambiente hospitalar, data do internamento no estabelecimento de ocorrência: ___/___/___</p> <p>Hora de admissão: ____:____</p>
<p>Procedência: (1) Hospital com maternidade (2) Hospital sem maternidade (3) Serviço pré-natal (4) Domicílio (5) Outro: _____</p>	<p>Hipóteses diagnósticas de entrada na unidade em que ocorreu o óbito:</p> <p>(99) Não se aplica</p>
<p>Condições gerais por ocasião do internamento na unidade em que ocorreu o óbito: (1) Boas (2) Regular (3) Grave (4) Agonizante (5) Sem vida (99) Não se aplica</p>	<p>Momento do óbito: (1) Na gestação (2) No aborto/pós-aborto (3) No parto (4) No puerpério precoce (5) No puerpério tardio</p>

INFORMAÇÕES SOBRE A DISCUSSÃO PELO CEMM (caso já tenha discutido)	
Classificação do óbito materno: (1) Obstétrico direto (2) Obstétrico indireto (3) Outro: _____	Período do óbito materno: (1) Precoce (2) Tardio
Há evidências de falhas? (1) Não (2) No preenchimento da DO (3) Na assistência pré-natal (4) No acesso oportuno à assistência hospitalar ao procedimento obstétrico (5) Na assistência hospitalar ao processo obstétrico (6) Na assistência ao puerpério (7)	Se evidência de falhas, quais?
O óbito pode ser considerado: (1) Evitável (2) Provavelmente evitável (3) Inevitável (4) Inconclusivo	Fatores de evitabilidade (1) Profissionais (2) Institucionais (3) Sociais (4) Intersetoriais (5) Comunidade/família/gestante