

**CONTINUIDADE DO CUIDADO: ESTUDO DE CASO DE UM ÓBITO  
MATERNO EM UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA DE PERNAMBUCO**  
*CONTINUITY OF CARE: CASE STUDY OF A MATERNAL OBJECT IN A MUNICIPALITY  
OF THE MATA DE PERNAMBUCO AREA*

Gracikelly Gomes Vasconcelos Lima<sup>1</sup>, Régia Maria Batista Leite<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE.

<sup>2</sup>Universidade de Pernambuco – UPE/Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz Fiocruz/CPqAM

**RESUMO**

O presente estudo tem como objetivo identificar a continuidade do cuidado a partir da ocorrência de um óbito materno por causa obstétrica, afim de detectar possíveis falhas e obstáculos nos serviços de saúde que contribuíram para a ocorrência do óbito e verificar a relação entre a continuidade do cuidado e a ocorrência do mesmo. Trata-se de um estudo de caso em profundidade por meio de pesquisa qualitativa, realizado no município de Timbaúba. Para participar do estudo foi escolhido um óbito materno obstétrico ocorrido em 2017, utilizando como técnica de coleta de dados a entrevista individual semiestruturada com o sujeito ativo do processo, com o intuito de evidenciar aspectos relacionados à continuidade da assistência. Também foram analisadas informações contidas em prontuários e fichas de investigação do óbito materno. Foram identificadas possíveis falhas e obstáculos nos serviços de saúde que podem ter colaborado para a ocorrência do óbito, bem como a necessidade de compreender a importância da continuidade do cuidado de qualidade na prevenção do óbito materno.

**Palavra-chave:** Estudos de Casos; Continuidade da Assistência ao paciente; Mortalidade Materna.

## **ABSTRACT**

This study aims to identify the continuity of care from the occurrence of a maternal death due to obstetric causes, in order to identify possible failures and obstacles in the health services that contributed to the event of death and to verify the relationship between the continuity of care and the occurrence thereof. This is an in-depth case study by means of qualitative research, carried out in the municipality of Timbaúba. To participate in the study, a maternal obstetric death occurred in 2017, using as data collection technique the individual interview semi-structured with the active subject of the process, in order to evidence aspects related to the continuity of care. Also analyzed were information contained in medical records and records of maternal death investigation. We identified possible failures and obstacles in health services that may have contributed to the occurrence of death, as well as the need to understand the importance of the continuity of quality care in the prevention of maternal death.

**Keywords: Case Studies; Continuity of patient care; Maternal Mortality.**

## 1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um problema de saúde pública mundial e uma prioridade global de saúde <sup>1</sup>. 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 <sup>2</sup>. A maioria das mortes maternas está concentrada nos países em desenvolvimento e é decorrente da falta de acesso a cuidados de rotina adequados e cuidados de emergência quando necessários<sup>3</sup>.

No Brasil, foram observadas 1.972 mortes maternas no ano de 2015, representando a RMM de 65, o que representa uma queda de 46% na RMM <sup>2</sup>. Contudo, a razão de óbitos maternos ainda permanece acima da meta estipulada pelo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5 (ODM 5), que é de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos, 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) <sup>4</sup>.

A região Nordeste do Brasil apresentou um total de 594 óbitos maternos no ano de 2014, ocupando o segundo lugar do consolidado de mortes maternas no Brasil para o mesmo ano<sup>5</sup>. Nos últimos 5 anos, entre os anos de 2012 até 2016, foram registrados um total de 421 óbitos maternos no estado de Pernambuco, sendo 2,1% desses de mulheres residentes na XII Regional de Saúde, segundo dados do Departamento de Informação e Análise Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Governo Federal<sup>6</sup>.

Considerando que o Brasil e muitos países não atingiram as metas de 2015 estipuladas pelo ODM 5, a comunidade internacional adotou um conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (SDGs) em 25 de setembro de 2015, para fornecer referência alvo para o desenvolvimento global entre 2016 e 2030 <sup>7</sup>. O SDG 3.1 estabelece um objetivo específico para todos os países, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos e no caso do Brasil, a meta é de diminuir para aproximadamente 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos, até 2030 <sup>7</sup>.

Entre as causas de mortes maternas, as obstétricas diretas representaram cerca de 86% a nível global em 2015 <sup>2</sup>. O aumento do uso do serviço de saúde reprodutiva como

assistência ao pré-natal, atendimento domiciliar, parto qualificado, serviços de planejamento familiar e cuidados pós-natais são uns dos fatores determinantes para diminuir o risco de morte materna<sup>8,9</sup>.

Para uma adequada compreensão desse problema e afim de prevenir o óbito materno é necessário conhecer as circunstâncias em que essa morte ocorreu. Nessa perspectiva é importante a discussão de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS), definida como uma rede de serviços de saúde que oferece atenção coordenada através de um contínuo de prestações a uma população determinada e que se responsabilizam pelos custos e resultados em saúde da população<sup>10</sup>.

A implantação dessas redes tem como objetivos intermediários o acesso, a coordenação clínica e a continuidade da assistência, e os objetivos finis são a equidade de acesso e eficiência dos serviços de saúde<sup>11</sup>. A presente pesquisa se propôs analisar um dos objetivos intermediários, a continuidade do cuidado de redes, utilizando como condição traçadora o óbito materno.

Na literatura a continuidade do cuidado tem sido definida de diversas formas, apresenta-se como um conceito de difícil concepção e medida, por ser considerado por alguns autores<sup>12</sup> como um conceito multidimensional, para o qual não existe consenso definido. A maioria das definições sobre esse conceito utiliza diferentes elementos como a transferência de informação<sup>13,14</sup>, a relação interpessoal e coordenação da atenção, buscando enfatizar a importância da conectividade entre as partes<sup>15</sup>.

Neste estudo foi adotado o conceito proposto por Reid et al.<sup>15</sup>. Para estes autores, a continuidade do cuidado é “o grau de coerência e união das experiências na atenção percebida pelos usuários ao longo do tempo, de maneira que sejam coerentes com suas necessidades médicas e contexto pessoal”. Assim, a continuidade do cuidado resulta da coordenação da assistência, vista desde a perspectiva do paciente. Esses autores ainda classificam a continuidade do cuidado em três categorias: a) a continuidade da gestão – se refere a coordenação da atenção, e com a provisão de diferentes tipos de assistência à saúde complementares entre si e sem duplicação; b) a continuidade da informação se refere a disponibilidade das informações sobre o paciente, para que o profissional possa interpretar ocorrências anteriores; e, c) a continuidade da relação – implica em que o paciente conheça seu médico pelo nome e confie nele, visto que o profissional assume a responsabilidade do cuidado desse paciente ao longo do tempo.

Reid et al.<sup>15</sup> ainda estabelece dimensões para cada uma das três categorias da continuidade do cuidado. Na continuidade da gestão, definem-se duas dimensões: a) a consistência do cuidado ou coerência da atenção: percepção por parte do paciente de que existe coerência entre os objetivos e tratamentos realizados por diferentes serviços, assegurados a partir de planos e/ou protocolos; b) a flexibilidade nos planos de cuidado: permite mudanças necessárias nos planos de tratamento de acordo com a necessidade do paciente.

A continuidade da informação agrega duas dimensões: a) transferência e utilização da informação – percepção do usuário de que cada profissional tem acesso às informações sobre a atenção prestada com antecedência e a evolução da doença; b) conhecimento acumulado – percepção do paciente de que o profissional conhece seus valores, e preferências, influenciando no planejamento do tratamento mais adequado.

A continuidade da relação inclui: a) o vínculo entre o paciente e o serviço de saúde, que dependerá da duração e do tipo de cuidado envolvido (episódio agudo ou enfermidade crônica de longa duração); b) estabilidade e consistência do profissional – atendimento pelos mesmos profissionais, ainda que existam poucas possibilidades de estabelecer relações em longo prazo, como nos casos de patologias agudas, caracterizando-se pela responsabilidade e confiança entre os envolvidos<sup>15</sup>.

Diante disso, com o intuito de compreender a importância da relação interpessoal e coordenação da assistência na prevenção do óbito materno, considerando, que tais óbitos constituem um importante problema de saúde materna e são potencialmente evitáveis, o presente estudo tem como objetivo identificar a continuidade do cuidado para uma mulher que morreu por causa obstétrica.

## **2 METODOLÓGIA**

### **2.1 Desenho do estudo**

O desenho adotado foi o estudo de caso em profundidade. De acordo com Minayo (2010), o estudo de caso é um meio de organizar dados sociais, desta forma 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. Assemelhando-se à

focalização sobre um experimento que se busca compreender por meio de observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados, entrevistas das pessoas nele envolvidas e uso de banco de dados e documentos.

Este estudo foi desenvolvido utilizando a metodologia da pesquisa qualitativa, visto que esse tipo de abordagem realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas<sup>16</sup>.

## **2.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no município de Timbaúba, o qual faz parte da XII Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (GERES).

A XII GERES localiza-se na Zona da Mata Norte e no Agreste Setentrional do estado. Com sede em Goiana e tendo o Hospital Belarmino Correia como unidade hospitalar de referência, a mesma é também composta pelos municípios de Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, Timbaúba e São Vicente Férrer, ocupando uma área de 1.913 Km<sup>2</sup>.

O município de Timbaúba possui uma área territorial de 292,9 km<sup>2</sup> e, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>17</sup> para o ano de 2017, possuía uma população de 53.825 habitantes, sendo 27.921 mulheres.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)<sup>18</sup>, no município de Timbaúba possuem 20 Unidades de Saúde da Família (USF), que cobre 100% da população, além de 01 uma Policlínica, 01 UPA 24 horas e 1 Unidade do SAMU.

## **2.3 Seleção do sujeito do estudo**

Para participar do estudo foi escolhido um óbito materno obstétrico ocorrido em 2017. O critério de escolha foi aleatório.

## **2.4 Técnica e coleta dos dados**

Este estudo utilizou como técnica de coleta de dados a entrevista individual

semiestruturada com o sujeito ativo do processo (a pessoa que esteve mais próxima da mulher no momento da complicação obstétrica até o óbito). A entrevista foi realizada a partir de um roteiro temático pré-estabelecido e destinado a evidenciar aspectos relacionados à continuidade da assistência.

A entrevista em profundidade foi conduzida com o informante em um espaço escolhido pelo próprio entrevistado. A entrevista tentou descrever a continuidade do cuidado a partir das percepções de um sujeito ativo do processo; identificar possíveis falhas e obstáculos nos serviços de saúde que contribuíram para a ocorrência do óbito; verificar a relação entre a continuidade do cuidado e a ocorrência do óbito por causa obstétrica. Posteriormente, a entrevista foi confrontada com as informações contidas em prontuários e fichas de investigação do óbito materno.

## **2.5 Procedimentos de análise dos dados**

A entrevista foi gravada em meio digital e transcrita textualmente. Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin <sup>19</sup>, que de acordo com este, trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, permitindo assim classificar o discurso, para este estudo, nas respectivas categorias e subcategorias:

a) Continuidade da gestão (acessibilidade entre os níveis assistenciais; flexibilidade de tratamento e coerência da atenção); b) Continuidade da relação (consistência da equipe e vínculo com o profissional); c) Continuidade da informação (transferência da informação e conhecimento acumulado).

## **2.6 Aspectos Éticos**

Este estudo é um recorte da pesquisa Mortalidade Materna: Análise da Acessibilidade e Continuidade do Cuidado, o qual foi construído de acordo com os itens da Resolução CNS no 196/96, do Ministério da Saúde, que estabelece as normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM) e pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), possuindo cartas de anuência das Regionais de Saúde investigadas.

Solicitou-se ao entrevistado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando com uma cópia. Ele foi informado sobre os objetivos da pesquisa, a estratégia de divulgação dos resultados e, ainda, quanto à confidencialidade dos dados obtidos, à participação voluntária, à garantia do direito de não identificação como também à possibilidade de retirar-se da pesquisa.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados apresentados constituem-se em produto obtido sob a perspectiva do sujeito ativo do processo, evidenciada a partir de seus relatos e, de informações contidas em prontuários e fichas de investigação do óbito materno. Optou-se por realizar a apresentação dos resultados e discussão no mesmo tópico, com a intencionalidade de dar mais fluidez ao texto. Neste sentido, estruturou-se a apresentação dos mesmos a partir dos elementos percebidos e suas causas, com posterior desencadeamento das análises e discussão com a literatura, na continuidade da relação, continuidade da informação e na continuidade da gestão, como verificaremos mais adiante.

Por se tratar de um estudo de caso com abordagem qualitativa, os instrumentos de coleta de dados da pesquisa subsidiaram um aporte substancial de detalhes da trajetória assistencial da mulher, sendo este, fator importante para composição das análises a respeito do impacto de cada fase.

#### **3.1 Breve história da mulher**

J.F.S tinha 38 anos, raça/cor branca, residia no Centro do município de Timbaúba com o seu esposo em uma casa cedida pelo seu irmão. Escolaridade de 8 a 11 anos de estudo e tinha ocupação do lar e seu cônjuge jardineiro. A usuária e seu companheiro não possuíam seguro privado de saúde, faziam uso dos serviços públicos de saúde, ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e particular quando desejava agilizar alguns exames.

Segundo o sujeito ativo do processo, J.P.S.N, amesma frequentava a unidade de saúde antes da gestação, não fazia uso de métodos contraceptivos, pois queria engravidar há 12 anos, só fazia uso de anticoncepcional algumas vezes para controlar o fluxo sanguíneo no período menstrual. Descobriu a primeira e única gravidez após realizar alguns exames, com solicitação própria e de forma particular, no qual conjuntamente foi descoberto um mioma. A primeira consulta de pré-natal foi com 12 semanas e 5 dias de gestação na unidade de saúde Campo do Sete, no município de Timbaúba-PE, ao total foram 5 consultas de pré-natal. Durante a terceira consulta dia 21/10/2017 foi observado um aumento da pressão arterial que passou de 120x80 para 140x90mmHg, logo foi encaminhada para o acompanhamento da gestação de alto risco por motivo de hipertensão e passou a fazer uso da medicação Metildopa 250mg de 8 em 8 horas/dia durante a gestação. Os dados do pré-natal contidos na ficha ambulatorial foram obtidos por meio de entrevista domiciliar, uma vez que a unidade não possui registros.

A consulta de pré-natal de alto risco foi agendada para o dia 17/11/2016 no Hospital Agamenon Magalhaes, em Recife-PE, onde permaneceu internada por motivo de hipertensão até a data do parto dia 21/01/2017 com 39 semanas e 2 dias de gestação pela data da última menstruação (DUM) dia 21/04/2016 e com 37 semanas registrada na ficha de investigação.

*“Quando a gente chegou lá, eles disseram que ela não ia voltar para casa porque ela podia perder a menina, tinha que ficar lá até a pressão baixar para ela ter a menina...”*

O tipo de parto registrado em ficha de investigação ambulatorial foi vaginal espontâneo, porém informante declara que foi induzido pela intercorrência da hipertensão.

*“...fazia um tempo que ela estava lá e nada de sentir vontade de ter menino...negócio de 5 a 6 dias que ela estava internada, colocaram esse remédio nela. ”*

Após alta hospitalar foi relatado pelo sujeito ativo, que a pressão arterial da puérpera tinha normalizado, já não fazia uso de medicamentos antihipertensivo, apenas de sulfato ferroso, no entanto se queixava de fluxo sanguíneo intenso e

sem interrupção, relatado diversas vezes durante consulta de puericultura na unidade de saúde e também quando procurou a policlínica, mas segundo ele, o único procedimento foi prescrever medicamento contraceptivo e diagnosticado como sintoma normal pós-parto. Em ficha ambulatorial, a enfermeira descreve que a mulher não se queixava em consultas de puericultura e que quando questionada não relatou sintomas para médica e nem para enfermeira. Procurou consulta para realizar planejamento familiar.

O sujeito ativo do processo narra que nos últimos meses a puérpera vinha reclamando que além do fluxo menstrual constante ela apresentava fortes dores no peito, a qual foi motivo da procura constante de atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município.

*“Todas as vezes que ela procurou a UPA só passavam remédios para dor. “*

Na última procura em vida a UPA, na qual já se encontrava abatida devido as fortes dores e perda de sangue, onde já tinha passado o dia anterior e devido às constantes dores na madrugada retornou, ficando lá até o amanhecer, quando foi levada de ambulância a pedido dele, da UPA para uma clínica particular para realizar o exame de ultrassom, o qual já estava marcada para as 7:30. Ele conta que realizou o exame de forma particular, pois queria saber o que ela tinha para dar tempo de tratar, questionando a demora da realização do mesmo pelo sistema público de saúde.

*“Porque se a gente for esperar a ultrassom pelo SUS demora muito e a gente queria saber o que ela tinha para cuidar...”*

*“O exame estava marcado para as 7:30. A gente foi na terça-feira de noite para o hospital (UPA), aí ela tomou os remédios, o doutor perguntou você tá melhor? Ela disse: não passou totalmente a dor, mas tá melhorando. Aí ele disse: se a dor piorar você volta. Fomos pra casa, quando deu 3:40 a mulher começou a gemer de dor, perguntei a ela se ela queria ir pra UPA de novo? Ela disse que queria. Passou de 3:40 até 8horas lá, foi quando a gente veio fazer o exame. “*

Diante da situação de gravidade diagnosticada no exame de ultrassom, o médico que realizou tal procedimento solicitou por meio de um laudo a transferência da

paciente e pediu que o entregasse a enfermeira da UPA. Diante disso a paciente foi transferida para o Hospital Getúlio Vargas no Recife.

A usuária deu entrada no Hospital Getúlio Vargas no dia 26/07/2017 as 14 horas e 24 minutos com diagnóstico inicial de choque hipovolêmico. Às 19 horas e 45 minutos foi para a cirurgia com diagnóstico de útero aumentado de volume (gigante) com endometrite e piometrite. Durante a cirurgia a mulher intercorreu com parada cardiorrespiratória revertida, porém ao final do procedimento (LE + histerectomia subtotal) apresentou nova parada cardiorrespiratória, sem sucesso as manobras.

O óbito ocorreu no mesmo dia que deu entrada no hospital, às 22 horas e 10 minutos, atestado como causas do óbito: Choque séptico e Infecção puerperal associado com hipertensão arterial sistêmica. O corpo não foi encaminhado para serviço de necropsia.

### 3.2 Continuidade da Gestão

A continuidade da gestão é a percepção do sujeito ativo de que a falecida enquanto usuária recebeu os diferentes serviços de assistência de maneira coordenada, complementar e sem duplicações de um local e uma equipe específica que realiza os cuidados em saúde<sup>15</sup>. Apresentaremos os resultados e posterior discussão relacionados a continuidade da gestão, a partir das suas três dimensões: Acessibilidade entre os níveis assistenciais, flexibilidade no tratamento e coerência do cuidado.

#### 3.2.1 Acessibilidade entre os Níveis Assistenciais

No que diz respeito ao acesso e disponibilidade de consulta e solicitação de exames na atenção básica e na especializada, o sujeito ativo não descreve nenhuma dificuldade significativa na marcação de consultas, na acessibilidade geográfica ou na infraestrutura dos locais de atendimento, expõe apenas a dificuldade de conseguir agendamento para alguns exames em tempo oportuno, no qual optou por realizar em clínicas particulares.

Ele relata que antes da gravidez a usuária costumava frequentar a Unidade de

Saúde da Família (USF) que era próxima de sua residência, mas passou a comparecer regularmente após a descoberta da gestação. A qual foi descoberta pelo atraso menstrual de três meses e alguns sintomas, conjuntamente com a realização do teste de farmácia e confirmada com o exame de sangue e ultrassom, estes realizados em clínicas particulares, no qual foi descoberto também um mioma de 5 cm.

*“Ela sempre ia para o Campo do Sete, mas depois dos exames aí a gente foi cuidando fazendo o pré-natal, olhando o negócio do mioma. ”*

Ele conta que a maioria dos exames efetuados pela usuária foram realizados em clínicas particulares, apenas o laboratorial durante o pré-natal ainda na unidade de saúde que conseguiu pelo serviço público, no estabelecimento hospitalar filantrópico, e quando ela estava internada. O mesmo cita a demora em conseguir realizar o exame de ultrassom pelo sistema público de saúde.

*“Porque se a gente for esperar a ultrassom pelo SUS demora muito e a gente queria saber o que ela tinha para cuidar ...só teve um que ela conseguiu aqui, no Ferreira Lima, o de sangue e urina, demorou negócio de uma semana só...”*

Na acessibilidade ao pré-natal de alto risco, ele não refere dificuldade, conta que diante da hipertensão diagnosticada com 24 semanas e 5 dias de gestação na consulta de pré-natal, ela foi encaminhada, para fazer o pré-natal de alto risco em Recife dia 21/10/2016, conseguindo agendar para o dia 17/11/2016, onde permaneceu internada até o dia do parto.

No que diz respeito a qualidade dos serviços prestados com a influência no óbito, ele conta que apesar da unidade de saúde prestar um bom atendimento poderia ter realizados outros exames quando a vítima já puérpera questionava o excesso de sangramento e dor.

*“No postinho ela era bem atendida, mas acho que lá deveria ter cuidado logo, feito logo um exame para saber o porquê dessa menstruação a mais...só passava*

*remédio para estancar o sangue, aquele de evitar, e pronto dizia que era normal, tanto lá e quando ela foi na policlínica. “*

Com relação ao atendimento na UPA, ele questiona o atendimento e procedimento médico prestado a puérpera.

*“Ela foi na UPA umas 5 vezes comigo , toda vez se queixando das dores no peito do lado direito, pegando do ombro e indo para as costas e com o problema do sangramento ...o médico não olha pra você, não escuta, de lá mesmo onde ele tá passa remédio e manda tomar remédio ali e pronto...e lá no Hospital em Recife onde ela morreu não sei dizer, porque quem foi com ela foi a cunhada dela ...ela só foi transferida pra o Getúlio quando a gente foi de ambulância de lá da UPA e fez o exame de ultrassom de abdômen total, pago aqui de novo, foi aí que o doutor descobriu que ela tinha pedra na vesícula,o problema do mioma que já vinha se agravando o negócio da menstruação e parece que inchou o útero dela, daí ele encaminhou pra o Recife, ele disse você leva isso aqui pra UPA, aí passou um relatório no papel e disse entrega lá a enfermeira que ela vai saber o que fazer agora, se vai enviar ela direto pra Recife pra internar logo ela lá...quando ela chegou lá já foi tarde...”*

Conforme evidenciado nos resultados da análise acima, no que diz respeito a acessibilidade entre os níveis assistenciais, podemos observar que apesar de não relatar nenhuma dificuldade significativa na marcação de consultas, na acessibilidade geográfica ou na infraestrutura dos locais de atendimento, o longo tempo de espera para conseguir agendamento de exames, impulsionando-a a procurar a rede privada de saúde e a falta de solicitação dos mesmos em tempo oportuno pelos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado, como também a ausência de atendimentos humanizados e procedimentos de resolubilidade, foram percebidos pelo entrevistado como barreiras que podem ter influenciado no óbito.

O acesso à realização dos exames básicos e assistência adequada à gestação e ao puerpério manifesta-se na redução dos coeficientes de morbimortalidade materno-infantil. Para isso deve-se buscar a integração dos cuidados de emergência com a melhoria dos cuidados da saúde materna, desde a gestação ao pós-parto <sup>20</sup>.

Considerando a importância de garantir o acesso aos serviços de saúde, com qualidade de atenção à saúde materna e infantil, do pré-natal ao puerpério, se faz necessário destacar a Rede Cegonha, programa do Governo Federal, que tem como objetivo promover a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança que garanta o acesso, acolhimento e resolutividade, colaborando, assim, para a redução da mortalidade materna e infantil <sup>21</sup>. Segundo dados do Mapa Analítico de Saúde da XII Regional<sup>22</sup>, o plano de ações voltadas para a implantação da Rede Cegonha na região de saúde foi elaborado em 2012, com o intuito de propor a execução de ações que viabilizassem a qualificação da atenção considerando as particularidades regionais, a disponibilidade dos equipamentos de saúde e respeitando os princípios fundamentais do SUS. Apesar de sua implantação, a rede ainda é bastante incipiente, necessitando ser implementada de fato.

### 3.2.2 Flexibilidade de tratamento e Coerência de atenção.

No que se refere a flexibilidade e coerência na conduta assistencial prestada a mulher, o informante apesar de descrever uma conformação na conduta realizada pelos profissionais de saúde, de forma geral demonstra uma insatisfação pela falta de procedimentos eficientes e oportunos mediante a circunstância do quadro. No qual conta que após o parto com as sucessivas queixas de sangramento e posteriormente dores, durante as consultas de puericultura e nos atendimentos de emergência quando a mesma procurou diversas vezes a UPA sem sucesso, ele questiona que deveriam ter realizado exames o quanto antes e referenciado ela imediatamente para um Hospital em Recife.

*“O que eles poderiam fazer, eles fizeram, porém, deveria ter feito logo já que ela estava com esse problema de menstruação um exame e enviado logo antes para Recife, mas não enviaram, quando ela chegou lá já foi tarde. “*

Foi observado algumas mudanças no que diz respeito ao tipo de pré-natal, a escolha da via de parto mais adequado ao estado da mulher, no qual indica concordância com o Manual Técnico: Gestação Alto Risco<sup>23</sup> e com os Protocolos da Atenção básica: Saúde das mulheres<sup>24</sup> e também uma cirurgia de emergência para reverter o quadro de situação do risco de vida. No entanto, não foi observado o número de consultas mínimas de pré-natal indicado pelo Ministério da Saúde<sup>24</sup>, como também um planejamento familiar prévio com abordagem da mulher ou do casal que planeja a gravidez – auxílio à concepção<sup>25</sup>.

Diante desse contexto, embora o encaminhamento para o pré-natal de alto risco, a escolha da via de parto vaginal e a intervenção cirúrgica foram vistas de forma coerente pelo informante. No entanto podemos observar a falta de algumas medidas iniciais e durante a gestação preconizadas pelo Ministério da Saúde em políticas, manuais e programas voltados a saúde da mulher como por exemplo o planejamento familiar e o número mínimo de consultas de pré-natal, com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. O pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação e o um número maior de consultas pode significar mais oportunidades de receber cuidados preventivos e de promoção de saúde, especialmente em gestações de maior risco, com maior probabilidade de afetar os desfechos perinatais<sup>25,24</sup>.

Existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez e sua identificação precoce contribui para a melhora das condições existentes mediante intervenções antes da concepção e do início da rotina pré-natal, sendo um instrumento para a redução da morbidade e mortalidade materna e infantil. O cuidado pré-concepcional deve incluir ações relacionadas ao planejamento familiar, aos hábitos de vida e à prevenção de doenças<sup>25,26</sup>.

De acordo com a flexibilidade de tratamento e coerência de atenção também foi percebido pelo mesmo a necessidade de outras condutas mais favoráveis ao caso no decurso da assistência, na qual grande parte dela não foi evidenciado flexibilidade durante o tratamento/cuidado que correspondessem às expectativas da usuária. Intercorrências no período puerperal representam boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal e tem sido assistido de forma irregular, cujos

cuidados, em sua maioria, direcionam-se ao recém-nascido, favorecendo assim a incidência de intercorrências patológicas no período<sup>27</sup>.

Diante disso Souza & Fernandes<sup>28</sup> acreditam ser necessário a elaborações novas diretrizes voltadas a esse público que preconize um número maior de consultas pós-parto, além das já estabelecidas pelo Ministério da Saúde no Protocolo de assistência puerperal<sup>24</sup>, que consiste em no mínimo dois atendimentos: uma visita domiciliar até o 7º dia após o parto e uma consulta puerperal no 42º dia, e de ações de promoção a saúde e prevenção de doenças. Visto que o puerpério é um período complexo que requer um tempo maior de acompanhamento e sua última fase, o puerpério remoto, inicia-se aos 42 dias e se prolonga até 12 meses após o parto.

### 3.3 Continuidade da Relação

A continuidade da relação é a percepção de consistência da equipe e da vinculação com os profissionais responsáveis pelo seu cuidado/tratamento, constituindo uma relação de confiança no binômio usuário-profissional<sup>15</sup>.

#### 3.3.1 Consistência da Equipe e Vínculo com o profissional de Saúde

Com relação a estabilidade da equipe e o direito de escolha do profissional de saúde responsável pelo cuidado, o sujeito ativo apesar de relatar a existência de uma estabilidade na equipe responsável pelo cuidado da mulher, refere não ter o poder de escolha quanto aos profissionais responsáveis pelo cuidado.

*“No pré-natal não sei dizer se chegou a mudar a enfermeira, porque trabalhava e as vezes não dava para ir sempre com ela ..., mas no posto de saúde não tem o que estar escolhendo. Os trabalhadores de saúde são sempre aqueles, se você fizer uma inimizade com um daqueles ali vai ficar sem atendimento, porque só tem aqueles ali e no hospital a mesma coisa. “*

No que se refere a relação de confiança com os profissionais que assistiram a

mulher e do interesse de solucionar o caso, o entrevistado menciona uma certa dúvida na conduta clínica e no empenho dos profissionais de saúde perante o caso.

*“Às vezes ela enganchava nisso, quando ia para as consultas e eles não encaminhavam ela para Recife e nem nada, na hora que chegava não cuidava para escutar o que você tem, só chegava ali e começava a assinar um papel para você pegar um remédio para tomar, feito uma vez ela tomou até um de mil grama para esse negócio de dor. “*

Com relação a continuidade da relação no que se refere a estabilidade da equipe e vínculo de confiança, apesar de apontar a existência de estabilidade dos profissionais responsáveis pelo cuidado da mulher, é mencionado a falta do domínio de escolha quanto aos profissionais incumbidos do cuidado. No que pode colaborar com a falta de vínculo de confiança referido pelo mesmo, na conduta clínica e no empenho dos profissionais de saúde perante o caso. Quando existe forte vínculo se produz uma dependência entre médico e paciente, ou profissional responsável pela atenção, favorecendo o reconhecimento de problemas, diagnóstico mais preciso e melhor adesão ao tratamento <sup>15</sup>.

As relações mais sólidas, pautadas na confiança, e comunicações detalhadas entre profissionais e usuários, assim como, potencializa um compartilhamento mais aprofundado das informações referentes à condição clínica e ao contexto social, consiste em restabelecer uma nova prática, centrada no estímulo à promoção da saúde, prevenção e resolubilidade dos problemas de saúde do usuário e, acima de tudo, centrada no vínculo e na responsabilização <sup>29</sup>.

### 3.4 Continuidade da Informação

A continuidade da informação é a percepção da transferência e acúmulo de informação nas diversas relações estabelecidas entre o usuário e os profissionais responsáveis pelo seu cuidado/tratamento, do conhecimento prévio e atual quanto ao histórico clínico e contexto social<sup>15</sup>.

### 3.4.1 Transferência da Informação e Conhecimento Acumulado

Com a relação à percepção do conhecimento prévio e amplo do caso, nas questões inerentes ao histórico clínico e contexto social da usuária ao longo da assistência, o informante descreve que embora os profissionais possuíssem uma boa apropriação das informações, o repasse destes dados aos demais profissionais envolvidos, por vezes não ocorreu, obrigando-a a uma recorrente contextualização dos fatos. Foi percebido a falta de algumas informações nas fichas de investigação de óbito, como também divergências entre as informações contidas entre elas eo relato do sujeito ativo, referente ao tipo e tempo de ocorrência do parto e as queixas em consultas de puericultura.

*“É o seguinte, na ficha deles nem sempre tem todas as coisas, eles sempre perguntavam se ela tinha problema de pressão, essas coisas...”*

*“...dizer a gente sempre dizia, da dor no peito e se o negócio da menstruação era normal? Os médicos só diziam que era normal e o negócio é só passar remédio de evitar gravidez para estancar o sangue e pronto. “*

Dessa maneira, torna-se fundamental o cumprimento do sistema de referenciamento e contra-referenciamento dos usuários dentro de uma rede onde todos os serviços de saúde desempenham um grau de importância específico, complementar e de comprometimento e responsabilização com a melhoria de sua qualidade <sup>30</sup>. Atentando que um sistema ineficiente ou inexistente de contrarreferência prejudica o seguimento do indivíduo em suas diferentes patologias, como também a adesão correta do tratamento <sup>31</sup>.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a mortalidade materna é ainda um problema de saúde pública mundial e que a maioria delas é decorrente da falta de acesso e da continuidade a

cuidados de rotina adequados e cuidados de emergência quando necessários <sup>3,1</sup>. Esta pesquisa procurou identificar a continuidade do cuidado a partir da ocorrência de um óbito materno ocorrido em um município da Zona da Mata de Pernambuco, em 2017.

Permitiu-se observar que na continuidade da gestão no que diz respeito a acessibilidade entre os níveis assistenciais, a falta de acesso a exames básicos e emergências em tempo oportuno, como também a ausência de atendimentos humanizados e procedimentos de resolubilidade, foram percebidos como barreiras que podem ter influenciado no óbito.

Na flexibilidade de tratamento e coerência de atenção, evidenciou a falta de algumas medidas iniciais e durante a gestação preconizadas pelo Ministério da Saúde em políticas, manuais e programas voltados a saúde da mulher como por exemplo o planejamento familiar e o número mínimo de consultas de pré-natal, com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Como também a necessidade de outras condutas mais favoráveis ao caso no decurso da assistência, que correspondessem às expectativas da usuária e dessa forma diminuindo a chance de um desfecho negativo.

A continuidade da relação no que se refere a estabilidade da equipe e vínculo de confiança, foi ressaltado a falta do domínio de escolha quanto aos profissionais incumbidos do cuidado no que pode ter colaborado com a falta de vínculo de confiança referido pelo entrevistado, na conduta clínica e no empenho dos profissionais de saúde perante o caso.

Na transferência da Informação e conhecimento Acumulado, foi percebido divergências em alguns dados das fichas de investigação de óbito, além de incompatibilidade com o relato do sujeito ativo e a falta de informações importantes para entender o ocorrido, como também a deficiência do repasse de dados aos demais profissionais envolvidos, que por vezes não ocorriam, obrigando uma recorrente contextualização dos fatos.

Dessa forma é relevante destacar a importância de adesão e cumprimento do sistema de referenciamento e contra-referenciamento dos usuários dentro de uma rede de saúde, do mesmo modo que adesão, implantação, implementação e monitoramento de políticas, manuais e programas voltados a saúde da mulher e da criança, que

busquem garantir uma melhor assistência e acesso aos serviços de saúde, com qualidade de atenção à saúde materna e infantil. Assim como, fortalecer a rede materno-infantil para que está seja implantada e implementada de forma concreta e com êxito dentro das regionais de saúde.

É importante destacar também a instituição do Comitê de Prevenção do Óbito materno, Infantil e Fetal no município ou por regional de saúde, de caráter eminentemente educativo, técnico-consultivo, multiprofissional e interinstitucional, com objetivo de subsidiar, a partir da avaliação da assistência à saúde, as políticas públicas para a compreensão e a redução dos determinantes e dos condicionantes da mortalidade materna, infantil e fetal.

Enfim, considerando todo o contexto da identificação da continuidade do cuidado, foi possível identificar prováveis falhas e obstáculos nos serviços de saúde que podem ter contribuído para a ocorrência do óbito, bem como compreender a importância da continuidade do cuidado de qualidade na prevenção do óbito materno.

Como limitações deste estudo observou-se a insuficiência de algumas informações nos documentos analisados, como também de depoimentos de outros sujeitos e profissionais de saúde envolvidos no caso.

## **Colaboradores**

G.G.V. Lima, R.M.B. Leite participaram na concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados, na redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e na aprovação final da versão a ser publicada.

## **Agradecimentos**

Ao corpo técnico de Vigilância da XII Gerência Regional de Saúde e do Departamento de Vigilância em Saúde do município de Timbaúba que contribuiram com as Informações sobre Mortalidade Materna e na coleta dos dados. Ao informante-Chave que aceitou participar do estudo e em especial aos familiares, amigos e companheiros residentes pelo apoio e torcida e nossa Orientadora Clínico pedagógica por todo o suporte e disponibilidade.

## REFERÊNCIAS

- 1 Say L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014; 2: e323-33. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103301>> Acesso em março de 2017
- 2 Global Burden of Disease Study 2015 provides GPS for global health 2030. Maternal Mortality Collaborators. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Elsevier Ltd Vol 388 October 8, 2016 <[thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31470-2/fulltext](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31470-2/fulltext)> Acesso em março de 2017
- 3 World health organization. MDG 5: improve maternal 2012 health. Geneva: WHO; 2012. <[http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/maternal\\_health/en/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/en/)> Acesso em março de 2017
- 4 Ministério da Saúde. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento/ Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014. [www.agenda2030.com.br/biblioteca/140523\\_relatorioodm.pdf](http://www.agenda2030.com.br/biblioteca/140523_relatorioodm.pdf) Acesso em março de 2017
- 5 Ministério da Saúde. DATASUS- Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>, acessado em Mar/2017
- 6 Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Análise Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Governo Federal. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. Acesso em marc.de 2018. <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>>
- 7 World health organization/United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Sustainable Development Knowledge Platform. WHO; 2015. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>> Acesso em março de 2017
- 8 Barber SL, Gertler PJ. Empowering women to obtain high quality care: evidence from an evaluation of Mexico's conditional cash transfer programme. *Health Policy Plan* 2009; 24: 18–25. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724849/>> Acesso em março de 2017
- 9 Glassman A. et al. Impact of conditional cash transfers on maternal and newborn health. *J Health Popul Nutr* 2013; 31: S48–66. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4021703/>> Acesso em março de 2017

10 Shortell, SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. Health Aff.(Millwood), Bethesda, v. 13, n. 5, p. 46-64, 1994.

11 Vázquez M L. et al. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS, 2012. Gaceta Sanitaria, Barcelona, v. 26, p 94-101, 2012. Disponível em: <<http://www.consorci.org/directori-professional/maria-luisa-vazquez-navarrete>>. Acesso em março de 2017

12 Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. Annals of Family Medicine. Cleveland, v. 1, p. 134-143, 2003

13 Starfield B. Continuous confusion? Am J Public Health. 1980; 70: 117-9. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000161&pid=S1519-3829201200040000800004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000161&pid=S1519-3829201200040000800004&lng=en) Acesso em maio de 2017

14 Terraza R. Coordinación y Continuidad: Un Marco para el Análisis. 2004. Tesina (Master de Salud Pública). Universidad Pompeu Fabra, Barcelona. 2004

15 Reid R, Haggerty J, Mckendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002. <<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000167&pid=S1519-3829201200040000800007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000167&pid=S1519-3829201200040000800007&lng=en)>> Acesso em maio de 2017

16 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

17 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Estimativa do no de 2017. <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=261530&idtema=16&search=pernambuco|timbauba|sintese-das-informacoes>. Acesso em outubro de 2017.

18 Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). <<http://cnes2.datasus.gov.br/Acesso>> em outubro de 2017.

19 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

20 Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, ... & Neves, I. (2013). Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. The Lancet, 381(9879), 1747-1755.

21 Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.459, 24 de junho de 2011. (2011). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Portaria consolidada da Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 27 jun. 2011b, 109

22 Mapa Analítico de Saúde da XII Região de Saúde Pernambuco, 2013. Acesso em marc.2018 <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa\\_analitico\\_de\\_saude\\_2013\\_xii\\_geres.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa_analitico_de_saude_2013_xii_geres.pdf)>

23Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco Manual Técnico 5<sup>a</sup> edição.2012<<http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wpcontent/uploads/sites/105/2016/07/Gesta% C3%A7% C3%A3o-de-Alto-Risco-Manual-T% C3%A9cnico.pdf>>Acesso em outubro de 2017

24Minist rio da Saúde. Instituto S rio-Liban es de Ensino e Pesquisa. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)>Acesso em novembro de 2017

25Minist rio da Saúde (BR). Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n  32). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

26Wehby GL, Murray JC, Castilla EE, Lopez-Camelo JS, Ohsfeldt RL. Prenatal care effectiveness and utilization in Brazil. *Health Policy Plan* 2009; 24:175-88

27Carcereri DL, Santos EKA, Tognoli H, Oliveira MC. Especialização Multiprossional na Atenção Básica: Atenção Integral   Saúde da Mulher *Medicina.UNA-SUS.UFSC*,2013<<https://unarus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Aten% C3%A7% C3%A3o-Integral-% C3%A0-Sa% C3%BAde-da-Mulher-ilovepdf-compressed.pdf>>Acesso em novembro de 2017

28Oliveira JFB, Quirino GS, Rodrigues DP. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Rev Rene*. 2012; 13(1):74-84.

29Souza ABQ, Fernandes BM. Diretriz para assistência de enfermagem: ferramenta eficaz para a promoção da saúde no puerpério. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000400006  
[www.revistarene.ufc.br](http://www.revistarene.ufc.br).2014<[http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11269/1/2014\\_art\\_abqsouza.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11269/1/2014_art_abqsouza.pdf)> Acesso em dezembro de 2017

30Malta D. C, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenç s cr nicas não transmissíveis. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

31Brito ESV. A Continuidade da Assistência a Adolescentes Portadores de Diabetes no Município de Recife/Pernambuco. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

32Santos MC. Sistema de Referencia-contrarreferencia em Saúde em São Sebastiao da Vitoria, Distrito de São Joao Del Rei-MG: O Papel na Rede da Atenção Básica. Monografia 2015-UFMG  
<[file:///Volumes/KELLY/TCR%202017/Sistema\\_de\\_referencia\\_contrarreferencia.pdf](file:///Volumes/KELLY/TCR%202017/Sistema_de_referencia_contrarreferencia.pdf)> Acesso em novembro de 2017

Correspondência:

GGVLima

1 Escola de Governo em Saúde

Pública de Pernambuco – ESPPE.

Rua Quarenta e Oito, 224 -

Encruzilhada, Recife - PE, 52050-380

E-mail:

[gracikellyvasconcelos@hotmail.com](mailto:gracikellyvasconcelos@hotmail.com)