

**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNABUCO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE COLETIVA
COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES**

PRISCILA DE LIMA PENHA MESQUITA

**MORTALIDADE MATERNA NA V REGIONAL DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO: UMA ANÁLISE DO ACESSO**

**Garanhuns/PE
2018**

PRISCILA DE LIMA PENHA MESQUITA

**MORTALIDADE MATERNA NA V REGIONAL DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO: UMA ANÁLISE DO ACESSO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Saúde da Família com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Ms. Régia Batista Leite

**Garanhuns/PE
2018**

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar o acesso a serviços de saúde materna a partir de óbitos por causas obstétricas na V Regional de Saúde do estado de Pernambuco no ano de 2017. Para isto, foi realizado um estudo descritivo de natureza qualitativa com abordagem fenomenológica que utiliza como desenho o estudo de casos em profundidade. A população de estudo foi constituída por 02 casos de óbitos maternos obstétricos, de mulheres residentes em municípios da V Regional de Saúde do estado de Pernambuco, no período compreendido entre primeiro de janeiro e 31 de dezembro de 2017. A análise do acesso teve como base o referencial teórico proposto por Thaddeus e Maine (1994). Nos estudos dos casos observou-se atrasos que poderiam ser decisivos para evitar a morte destas mulheres. As principais falhas se referiram a indisponibilidade ou dificuldades de acesso a sangue e derivados, medicamentos, transporte adequado, bem como quantidade de profissionais, além da qualificação profissional. Os achados deste estudo revelam que as principais dificuldades estiveram dentro dos serviços de saúde, apontando para a necessidade de estruturação e qualificação das maternidades localizadas nos municípios pequenos, bem como a estruturação de uma rede de atenção materna na região com ênfase no cuidado às complicações obstétricas.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	5
2.JUSTIFICATIVA.....	7
3. OBJETIVOS.....	8
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
4.1 Conceitos e definições Morte Materna... ..	9
4.2 Magnitude da Mortalidade Materna.....	12
4.3 Considerações sobre Acesso e Mortalidade Materna.....	17
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	21
5.1 Desenho e População do Estudo.....	21
5.2 Local do Estudo.....	21
5.3 Seleção dos Casos.....	22
5.4 Seleção dos Sujeitos.....	22
5.5 Técnica e Instrumentos de Coleta de Dados.....	23
5.6 Procedimento de Análise dos Dados.....	24
5.7 Rigor e Qualidade da Investigação.....	24
5.8 Aspectos Éticos.....	24
6 RESULTADOS.....	26
6.1 Descrição dos Casos.....	26
6.1.1 Caso 1 - Rosa.....	26
6.1.2 Caso 2 - Margarida.....	29
6.2 Tecendo Reflexões acerca do Acesso.....	32
6.2.1 Primeiro Atraso.....	33
6.2.2 Segundo Atraso.....	35
6.2.3 Terceiro Atraso.....	36
7 CONCLUSÕES.....	43
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDIC A.....	51
APÊNDICE B.....	52
APÊNDICE C.....	53
ANEXO A.....	57
ANEXO B.....	58

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna representa um evento de grande magnitude e transcendência no mundo e no Brasil, sendo considerada uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser evitável em 92,0% dos casos e ocorrer principalmente nos países emergentes. A saúde materna tem se destacado como prioridade na política internacional, sendo incorporada como um dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, referendados em 2000, incluindo a redução da taxa de mortalidade materna em 75,0% até 2015 (BRASIL, 2009).

O Brasil demonstra grandes progressos na redução da razão de mortalidade materna, passando na década de 1990, de 140 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos para 75 no ano de 2002. Isto se deve a diversos fatores que vão desde o desenvolvimento econômico e social do país, e principalmente as conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no final da década de 80, o que melhorou o acesso e a qualidade da atenção à saúde das mulheres. Todavia, tem-se observado uma estagnação da redução deste tipo de mortalidade, representando um desafio para o sistema de saúde brasileiro, visto que é necessário um fortalecimento ainda maior deste sistema e a garantia de uma assistência integral e de qualidade para as mulheres (SOUZA, 2011).

Visando o aperfeiçoamento do SUS e o cumprimento dos objetivos de desenvolvimento do milênio diversas estratégias foram criadas, entre elas a Rede de Atenção e à Saúde por meio da portaria MS nº 4.279/2010 e posteriormente a Rede Cegonha através da portaria nº 1.459/2011, específica para a saúde materna-infantil. Ambas convergem para superação da fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, buscando a garantia de acesso e continuidade do cuidado através da articulação entre os serviços de saúde com vistas a melhor assistência, de forma integral e com otimização de recursos (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011b).

A estratégia do governo brasileiro de organização da Rede Cegonha está inserida dentro do escopo da 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 (SHORTELL, GILLIES e ANDERSON 1994).

Uma RISS representa a etapa final do processo de integração assistencial (KODNER e SPREEUWENBERG 2002). Seus objetivos intermediários são o acesso, a coordenação clínica e a continuidade da assistência, e os objetivos finais são a equidade de acesso e a eficiência. Destaca-se, portanto, o acesso como ponto chave na rede de atenção à saúde materna, cujo objetivo principal é evitar a mortalidade materna e garantir a saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Ainda considerando o acesso no âmbito da saúde materna, Thaddeus e Maine (1994) tem buscado construir um modelo específico para analisar as barreiras que influenciaram o óbito materno através da demarcação de três momentos ou fases denominadas de “atrasos” que abrangem o acesso real e o potencial. Esse modelo busca compreender os vários fatores que influenciam: na decisão de procurar o cuidado médico, em conseguir chegar onde o cuidado está disponível e em receber o cuidado adequado na unidade de saúde. Essas fases permitem estabelecer uma sequência cronológica entre os fatos ocorridos desde o início da complicação da gravidez que culminou no óbito. Esses autores têm argumentado que a falta de cuidados adequados e oportunos é o fator principal da morte de mulheres grávidas no terceiro mundo.

Considerando a magnitude deste tema e a sua relevância para prevenção do óbito materno, este estudo tem como objetivo analisar o acesso a serviços de saúde por mulheres que foram a óbito por causas obstétricas na V Regional de Saúde (GERES) do estado de Pernambuco.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando-se:

- que o óbito em decorrência da gravidez ocorre geralmente em mulheres ainda jovens, em consequência de causas quase sempre evitáveis (92% de evitabilidade), já que as tecnologias disponíveis são capazes de preveni-lo;
- que a morte materna é um evento de grande dimensão, trazendo consequências às famílias, aos governos e à sociedade; e,
- que são raros estudos que abordem outras dimensões da morte materna à exceção da estimativa de RMM e/ou observação de perfil e causas destes tipos de óbito.

Este trabalho possibilitará compreender eventuais falhas nos processos de acesso à saúde materna no contexto da V GERES, apontando situações que podem ter sido relevantes para a ocorrência dos óbitos, com a finalidade de evitar futuras mortes, contribuindo para redução da mortalidade materna na região.

3 - OBJETIVOS

3.1 - Objetivo geral:

Analisar o acesso a serviços de saúde materna a partir de óbitos por causas obstétricas na V Regional de Saúde do estado de Pernambuco no ano de 2017.

3.2 - Objetivos específicos:

- Descrever casos de óbitos maternos na V GERES;
- Identificar elementos que influenciaram o acesso à saúde das mulheres que foram a óbito por causa obstétrica;
- Descrever possíveis falhas e obstáculos nos serviços de saúde que contribuíram para a ocorrência dos óbitos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Conceitos e definições para Morte Materna

Morte materna é o óbito de mulheres durante a gravidez (incluindo o aborto), parto e puerpério em até 42 dias após o término da gestação (puerpério), independente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais (OMS, 1978).

A partir da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) este 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” (OMS, 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 inapropriado a manutenção do recorte de tempo de quarenta e dois dias após o final da gravidez como critério para a classificação do óbito como materno.

Investigação realizada em São Paulo (LAURENTI *et. al.*, 1990) 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 (LAURENTI, 1988).

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 as intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma sequencia 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, 2002).

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, 2002). Entretanto, isto tem sido questionado (ESPINOZA e CAMACHO, 2005), pois apesar da dificuldade em estabelecer nexo causal, há mortes de mulheres grávidas por acidentes, homicídios e suicídios para as quais não é possível asseverar que as mesmas não estão relacionadas à gravidez. Assim, em período recente alguns autores vêm alertando para a participação da violência na construção da morte materna (ESPINOZA e CAMACHO, 2005).

Estudo realizado em Recife-PE, no período de 2004 a 2006, concluiu que os óbitos por causas mal definidas e no puerpério precoce não ocorrem por acaso e sua exclusão dos cálculos dos indicadores de mortalidade materna aumentam 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).

Em relação às informações contidas na Declaração de Óbito (DO), o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2002) utiliza as seguintes definições para a morte materna:

- *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.
- *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.
- *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, dividido pelo número de nascidos vivos, no mesmo período e local, multiplicado por 100.000. Embora amplamente utilizado 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 inequidades que nela ocorrem.

4.2 Magnitude da Mortalidade Materna

A OMS, em conjunto com o *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), estimou um total de 585.000 e 600.000 mortes maternas no mundo, para os anos de 1990 e 2000, respectivamente, sendo 99% dessas em países do terceiro mundo, sugerindo que a morte materna é um indicador sensível das desigualdades sociais mundialmente existentes (WHO/UNICEF, 1996). Desta forma, não existe outro indicador em saúde pública que mostre maior disparidade entre os países, em função de sua riqueza e desenvolvimento, que a mortalidade materna (DULEY, 1992).

Nos países desenvolvidos, a mortalidade materna vem apresentando declínio contínuo desde a segunda metade da década de 1940. Nos Estados Unidos da América do Norte e em países do Reino Unido a mortalidade materna, que era 650/100.000 e 400/100.000 NV nos anos de 1940, respectivamente, foi reduzida para 50/100.000 NV, na década de 1960 (WHO, 1987). Nos países em desenvolvimento, tal fato não ocorreu, de forma que a quase totalidade das mortes maternas vem ocorrendo nesses países (MAHLER, 1987). Assim, em 1994, enquanto nos Estados Unidos e no Canadá as RMM, foram respectivamente, 8,3 e 3,6/100.000NV, no Brasil e México corresponderam a 50,5 e 48,2/100.000 NV (UNITED NATIONS, 1998). A OMS considera aceitável uma RMM entre 10 e 20 por 100.000NV (WHO/UNICEF, 1996).

Essas grandes diferenças entre as nações ainda permanecem com valores de RMM inaceitavelmente elevados 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 mil nascidos vivos) 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 (WHO, 2013).

O Brasil nesse ano ocupou a 104^o 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 o 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.

No Brasil, e até em países desenvolvidos, a RMM é subestimada. Tal fato se deve tanto ao subregistro, ou seja, a ausência de declaração do óbito (mais comum nas regiões Norte e Nordeste do Brasil), como a subdeclaração, que ocorre devido ao preenchimento incorreto da declaração de óbito (BRASIL, 2007, p. 9).

Mesmo nos países desenvolvidos onde os sistemas de informações de registro contínuo dos eventos vitais são completos, os óbitos maternos podem ser subenumerados devido à classificação em outras rubricas da CID-10, em decorrência da falta de declaração da morte materna na DO. Para a identificação do verdadeiro número de óbitos maternos, é preciso realizar investigações específicas sobre as condições de ocorrência dos óbitos de mulheres em idade fértil (DENEUX-THARAUX et al., 2005).

Para obtenção desses dados no Brasil são utilizados o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e o 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.

Desde a implantação do SIM e do Sinasc, tem sido observada uma progressiva ampliação da cobertura no território nacional (ANDRADE e SZWARCOWALD, 2007), tendo atingido percentuais de aproximadamente 90% no ano 2006 (RIPSA, 2008). Entretanto, observa-se a presença de grandes variações quando esses percentuais de cobertura são analisados por Unidade da Federação (UF), particularmente, nos estados das regiões Norte e Nordeste do Brasil (ANDRADE e SZWARCOWALD, 2007) sendo necessário a utilização de estimativas elaboradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tais estimativas são baseadas em dados dos censos populacionais e das Pesquisas Nacionais por Amostragem de Domicílios (PNADs) e calculadas por técnicas demográficas indiretas de mensuração (RIPSA, 2008).

Apesar das elevadas estatísticas oficiais brasileiras, o número de mortes maternas permanece subestimado. No Brasil, nas três últimas décadas, foram realizados estudos em alguns estados com o objetivo de dimensionar a real magnitude do problema. Em São Paulo, no ano de 1986, Laurenti et al. (1990), avaliando a fidedignidade das informações contidas na DO de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade) observaram elevada subinformação de óbitos por

causas maternas. Nesse grupo, a morte por causa materna passou da 8ª para a 5ª posição dentre as causas de morte, após a investigação do óbito, com consulta aos prontuários, entrevista com os familiares e análise de registros de necropsia. A RMM oficial que era 44,5 elevou-se para 99,6 por 100.000 NV, o que corresponde a um fator de correção de 2,24.

Estudo realizado em 2002 por Laurenti, Mello Jorge e Gotlieb (2004), utilizando o método RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey), 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 elevado subenumeração dos óbitos maternos em todas as Regiões do país, e propuseram fatores de correção a serem aplicados às estimativas oficiais. Da mesma forma, estudo realizado na Região do ABC, em São Paulo, mostrou que os dados oficiais de mortalidade materna ainda são subenumerados (TOGNINI, 2011).

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 mulheres em idade fértil, 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 (até 42 dias após o parto) ou no puerpério tardio (42 dias a um ano após o parto) no momento da morte. Outra medida adotada foi a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como uma atribuição de municípios e estados por meio da Portaria GM/MS nº1.172, de 15 de junho de 2004 e em 2008, a Portaria GM/MS nº 1.119 de 5 de junho, regulamentou esta prática estabelecendo prazos e fluxos da investigação. Nesse sentido, todos os óbitos de mulher em idade fértil devem ser investigados (BRASIL, 2009).

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 a hemorragia, os distúrbios hipertensivos e a sepse. 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 mil nascidos vivos e 19,4 por causas indiretas. Em 1990, a

mortalidade por causas diretas era 9,4 vezes superiores à mortalidade por causas indiretas. Essa relação se reduziu para 3,5 vezes em 2000 e para 2,1 vezes em 2012 (BRASIL, 2014).

As duas principais causas diretas específicas de morte materna no Brasil são a hipertensão e a hemorragia, 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. Ressalta-se que os cinco principais grupos de causas de mortes maternas respondem por metade desses óbitos (BRASIL, 2014).

Em Pernambuco, as principais causas de óbito em 2012 foram as obstétricas diretas, predominando neste grupo a hipertensão, as hemorragias e a infecção puerperal (BRASIL, 2014).

Com relação a 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, também, a redução das mortes de cor ou raça não informada ao longo do período de análise (BRASIL, 2014).

Estudo de abrangência nacional, realizado para avaliar as iniquidades na atenção pré-natal e parto de acordo com a raça/cor mostrou grandes disparidades sociais e econômicas entre as mulheres segundo a raça/cor. Foram verificados piores indicadores de atenção pré-natal e parto nas mulheres de cor preta e parda, em comparação às brancas (LEAL et al., 2017).

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

4.3 Considerações sobre Acesso e Mortalidade Materna

A Constituição Federal diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo ainda garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Tal afirmação traz a ideia do acesso ser o mais fundamental direito de saúde do cidadão brasileiro, pois a partir deste se tem a possibilidade de gozar de ações e serviços de saúde que visem a promoção, prevenção e recuperação. Os princípios e diretrizes detalhados na Lei Federal nº 8.080 de 1990, reforçam essa ideia quando além do acesso universal, traz a ideia de integralidade, igualdade da assistência e direito à informação, que de forma implícita também retratam o acesso à saúde (BRASIL, 1990).

O MS propõe, como forma de estruturar o sistema, a organização de Redes de Atenção à Saúde - RAS, estas são articuladas em níveis de atenção que garantem o acesso desde níveis primários, passando por cuidados secundários e terciários. O acesso inicial a esta rede, segundo o decreto 7508 de 2011, se dá por meio de portas de entrada (atenção primária; atenção de urgência e emergência; atenção psicossocial; serviços especiais de acesso aberto), estas referenciam o usuário a seguir sua trajetória terapêutica, garantindo o cuidado integral e o acesso aos demais níveis de atenção (BRASIL, 2011a).

O acesso a saúde se tornou um objeto de estudo de grande interesse tendo em vista as dificuldades de se garantir saúde em um sistema universal, embora este seja um objetivo expresso, ou implícito da maioria dos sistemas de saúde existe uma dificuldade de ser conceituado e conseqüentemente de ser operacionalizado. (ADAY e ADERSEN, 1973).

Entretanto, se faz necessário entender que o acesso é mais abrangente do que a simples disponibilidade de serviços de saúde para determinada população. É portanto, a categoria-chave das inter-relações entre usuário e os diferentes níveis de atenção na construção da continuidade do contato (SOUSA *et al*, 2014).

O conceito de acesso tem sido definido de diferentes maneiras, é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa. Esse conceito varia entre autores e muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável. Alguns autores, como Donabedian (1973), empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível (HOUAIS e VILLAR, 2001) –, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato

de ingressar, entrada (HOUAIS e VILLAR, 2001) – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (DONABEDIAN, 2003).

Para compreender melhor o acesso Aday e Andersen (1974) buscaram construir uma estrutura conceitual, onde considera as políticas de saúde, as características de risco da população, do sistema de saúde, além dos padrões de utilização dos serviços, bem como da satisfação dos usuários, como variáveis que se relacionam e influenciam na garantia do acesso aos serviços de saúde.

As políticas de saúde, são consideradas como ponto de partida para garantia do acesso, sendo a aplicação destas políticas uma preocupação dos gestores de saúde (ADAY e ANDERSEN, 1974). Fleury (1997), afirma que *“NÃO SE CRIA IGUALDADE POR LEI, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei”*(FLEURY, 1997, p.34). Sendo assim, faz-se necessário ter um arcabouço legal para a garantia do acesso em saúde, porém, este somente este não é suficiente para efetivá-lo.

A disponibilidade de recursos (recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e insumos) em determinada área; bem como sua organização (a entrada do indivíduo ao serviço - tempo de viagem e tempo de espera - e o que acontece quando usuário chega ao serviço), são características dos serviços de saúde. Estas, articuladas com as características da população que favorecem ou dificultam o acesso aos serviços de saúde (renda, educação, local onde mora, idade, etc) interferem na garantia do acesso (ADAY e ANDERSEN, 1974).

Para avaliação do acesso são utilizados duas variáveis, a primeira observa o padrão de utilização do serviço, o tipo e o motivo da consulta, o local onde ocorreu o atendimento e o intervalo entre as consultas para determinada pessoa. A segunda, é a consulta da satisfação dos usuários, a qual se refere a opinião do usuário sobre sua individual experiência ao utilizar o serviço, configurando uma avaliação subjetiva do acesso (ADAY e ANDERSEN, 1974).

A compreensão de todas estas variáveis possibilita o entendimento sobre o acesso não mais como uma simples disposição operacional de serviços, mas como um complexo sistema de fatores que influenciam a utilização do serviço de saúde por aqueles que realmente precisam (ADAY e ANDERSEN, 1974).

Com relação a saúde materna, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, pautada a partir de dados epidemiológicos e reivindicações de diversos segmentos sociais, que tem como objetivos a promoção

de melhorias das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras mediante a garantia de direito já constituídos legalmente e ampliação do acesso aos meios serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. É acrescido, ainda, entre os objetivos gerais contribuir para a redução da morbidade e mortalidade das mulheres, principalmente de causas evitáveis; além de ações, como ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004a).

O direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, bem como o direito ao atendimento adequado e seguro toda mulher em situação de intercorrência são garantias da legislação brasileira (BRASIL, 2005).

Além disso, o MS, nos últimos anos, tem levantado em conjunto com os setores da sociedade civil ações normativas em vários aspectos desde normas arquitetônicas e funcionamento até o instrumento mais recente, a Rede Cegonha. Esta foi instituída pela portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, propondo atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres, desde o planejamento familiar ao puerpério, tendo como objetivo a redução da mortalidade materna e a garantia do acesso, acolhimento e resolutividade às suas demandas de saúde, propondo assim um novo modelo de atenção à mulher. A maior inovação da Rede Cegonha é justamente a proposta de uma reorganização da rede de serviços e um componente voltado para o sistema logístico de transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011b).

O estado de Pernambuco, além da Rede Cegonha, tem como estratégia de enfrentamento na atenção obstétrica e neonatal o Programa Mãe Coruja Pernambucana – um programa intersetorial que tem como objetivo, entre outros, articular, formular, executar e monitorar ações que promovam a redução da morbimortalidade materna (PERNAMBUCO, 2009).

Embora com todo arcabouço legal de garantias de direito do acesso a saúde materna e de enfrentamento morbi-mortalidade materna, a morte de mulheres por causas obstétricas ainda é uma realidade brasileira, sendo o desfecho mais trágico para a saúde desta população.

Um estudo foi desenvolvido para detectar fatores de risco relacionados a este problema. Leite *et.al* (2011), demonstraram que o óbito materno esteve associado a fatores relacionados às usuárias (idade e escolaridade) como a utilização dos

serviços de saúde (tipo de seguro de saúde, tipo de parto e número de consultas de pré-natal).

Observando este cenário, as estratégias de redução da mortalidade poderiam estar atreladas tanto aos determinantes sociais, que exigem um esforço mais complexo e multissetorial, dificilmente executável – a exemplo da redistribuição de renda, como podem estar ligadas aos serviços de saúde. Este último, representa um relativo consenso para redução da mortalidade e materna, onde a o sistema de saúde é ponto chave para garantia da oferta de serviços integrados e contínuos, com qualidade de acordo com a necessidade da mulher no seu período gravídico-puerperal (UNITED NATIONS, 2010).

A necessidade de cuidado médico em tempo oportuno é detalhada um modelo teórico proposto por Thaddeus e Maine (1994). O presente estudo utilizará o modelo desenvolvido por estes autores para analisar os óbitos maternos.

Segundo Thaddeus e Maine (1994), nas complicações obstétricas o tempo em que as decisões são tomadas é crucial para reduzir as mortes maternas. Para isto construíram um modelo específico para analisar os atrasos que influenciaram a ocorrência do óbito, através da demarcação de três momentos ou fases que abrangem o acesso real e o potencial. Esse modelo busca compreender os vários fatores que influenciam: na decisão de procurar o cuidado médico, em conseguir chegar onde o cuidado está disponível e em receber o cuidado adequado na unidade de saúde. Essas fases permitem estabelecer uma sequência cronológica entre os fatos ocorridos desde o início da complicação da gravidez que culminou no óbito.

A decisão de procurar os cuidados de saúde, consiste na primeira fase de atraso. Esta tanto abrange as barreiras que dificultam a utilização dos serviços, como o comportamento do indivíduo de busca da sua saúde. Portanto, nem sempre presença do serviço resulta em sua utilização, outros fatores interferem na utilização dos serviços, na medida que desencorajam a busca pelo atendimento de saúde como: a distância, o custo, a qualidade no atendimento, além de fatores sócio culturais (THADDEUS e MAINE, 1994).

A segunda fase do atraso, consiste em chegar até a unidade de saúde. Neste momento a mulher, após decidir buscar os cuidados, necessita ter condições de efetivamente chegar até os serviços de saúde. Para isto, considera-se a distribuição

dos serviços, a distância entre onde a mulher está até o serviço adequado mais próximo, além da disponibilidade de transporte (THADDEUS e MAINE, 1994).

Após chegar a unidade de saúde, a mulher ainda enfrentada a possibilidade do serviço não estar adequado para resolver sua demanda, esta é denominada a terceira fase do atraso. A má gestão da clínica, a falta de profissionais qualificados, a pouca disponibilidade equipamentos, drogas e banco de sangue limitam as chances de preservar a saúde daquela que busca o atendimento, podendo ser crucial para salvar sua vida (THADDEUS e MAINE, 1994).

Sendo assim, o acesso desigual aos serviços de saúde e demoras na identificação e manejo das complicações obstétricas permanecem como grandes obstáculos para a sobrevivência e o bem-estar de mulheres em todo o mundo. O esforço para garantia de um sistema de saúde de qualidade promova bem estar e que atenda as demandas de saúde das mulheres não deve ser apenas dos gabinetes de governo, mas deve ser de todos que estão no dia-a-dia de instituições grandes e pequenas, nas comunidades e em locais mais diversos (SOUZA, 2015).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Desenho e População do Estudo

Foi realizado um estudo descritivo de natureza qualitativa que utiliza como desenho o estudo de casos.

A população de estudo foi constituída por 02 casos de óbitos maternos obstétricos, de mulheres residentes em municípios da V Regional de Saúde do estado de Pernambuco, no período compreendido entre primeiro de janeiro e 31 de dezembro de 2017.

5.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado nos municípios que compõem a V Gerencia Regional Saúde (V GERES) do Estado de Pernambuco.

A V GERES é composta por 21 municípios, localizando-se na região do agreste meridional, tendo como sede a cidade de Garanhuns e unidade hospitalar de referência o Hospital Regional Dom Moura. Esta regional, faz parte da Macrorregião II de Saúde do estado de Pernambuco. A primeira referência para alto risco materno destes municípios se localiza no Hospital Regional Dom Moura que fica na cidade de Garanhuns, sede da regional.

Considerando a localização geográfica dos municípios em relação a sede da regional, tem-se distancias que variam de 14 km, caso do município de São João a 123 km, como o município de Itaíba (FIGURA 1).

Outras distancias que precisam ser consideradas neste contexto são os percursos para chegar às demais referências de alto risco como o caso do Hospital Jesus Nazareno em Caruaru, cidade sede de II macrorregional, e os grandes hospitais de Recife, capital do estado. Para chegar a cidade de Caruaru, por exemplo, alguns municípios de V GERES percorrem até 201 km, já para cidade de Recife estas distâncias podem chegar a 335 km (FIGURA 1).

Considera-se ainda que a mulher, em situação de urgência obstétrica pode fazer uma primeira viagem do seu município de origem até a sede da regional, para posteriormente ser encaminhada para outra referência.

Figura 1 – Distâncias dos municípios da V GERES em relação a Garanhuns (Sede da Regional), Caruaru (Sede da Macrorregional) e Recife (Capital do Estado).



Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do Google Maps (2018).

As estratégias de enfrentamento a mortalidade materna nesta regional ainda não foram efetivadas. As primeiras discussões sobre a rede cegonha ocorreram no ano de 2013, com a realização de um primeiro desenho que não foi executado e ainda no ano de 2017 estas discussões estão sendo realizadas nos espaços intergestores. O Comitê de Mortalidade Materna foi criado no ano de 2008 e também encontra-se desativado, funcionando apenas um grupo técnico de discussão de óbitos maternos na regional. Durante a construção deste estudo a V GERES encontra-se em um momento de rediscussão da rede cegonha, sendo ainda mais pertinente a divulgação dos resultados obtidos aqui a fim de subsidiar a pactuação desta rede.

5.3 Seleção dos Casos

Os casos selecionados foram constituídos pela totalidade de óbitos maternos declarados – 02 óbitos – ocorridos no período da pesquisa. Os demais tipos de óbito materno foram excluídos, por ainda estarem em processo de investigação.

5.4 Seleção dos Sujeitos

Após a identificação destes casos, os sujeitos da pesquisa foram selecionados de forma intencional a partir da representatividade que poderiam expressar. O critério de seleção não foi numérico, visto que o interesse da pesquisa foi de analisar o acesso aos serviços de saúde por meio da história das mulheres que foram a óbito por causas obstétricas. Nesse sentido, foi embasada na concepção defendida por Minayo (2002) que enfatiza: “Tais relevâncias poderão ser esclarecidas pela fala de um ou de poucos interlocutores”.

Para participar da entrevista foram escolhidos: um sujeito-ativo, que esteve mais próximo da mulher durante todo o processo que culminou no óbito, profissionais que atenderam a mulher em cada nível de complexidade do sistema de saúde e profissionais que atuam na gestão da rede de atenção obstétrica na regional.

Todos os sujeitos identificados para fazer a entrevista aceitaram participar do estudo, exceto o sujeito-ativo de um dos casos, que se recusou a realizar entrevista. Diante desta problemática a pesquisadora recorreu a outras pessoas que poderiam também ser informantes deste caso, sem sucesso. Sendo assim, a pesquisa não possui o relato desse sujeito, referente ao caso 2.

5.5 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

Foram realizadas entrevistas individuais em profundidade, guiadas por roteiros descritos anteriormente, com sujeito-ativo, profissionais que atenderam a mulher em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde e outros profissionais que atuam na rede de atenção à saúde materna. As entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2017 e fevereiro de 2018, sendo gravadas e posteriormente transcritas.

Nas entrevistas foram buscadas informações tanto sobre características da rede de atenção materna na V GERES, como sobre características das mulheres que foram a óbito por causa obstétrica, estas relacionadas a sua condição socioeconômica, sua gravidez, características relacionadas ao momento do óbito – causa básica; momento e local do óbito, unidade de ocorrência do óbito por tipo de provedor, porte da unidade, setor de ocorrência e condições quando o internamento; número de unidades de saúde procuradas e número de dias de internamento hospitalar; características relacionadas aos serviços de saúde – número de

consultas de pré-natal, tipo de unidade de realização do pré-natal, necessidade e atendimento em Unidade de Terapia Intensiva - UTI, necessidade de sangue e hemoderivados, realização de hemotransfusão e se a mesma ocorreu em tempo oportuno e características relacionadas ao acesso – distância percorrida para obtenção do cuidado, satisfação do usuário, disponibilidade de transporte, características sociais, tempo de espera, disponibilidade de profissionais, equipamentos e insumos necessários ao cuidado, de acordo com a estrutura conceitual proposta por Thaddeus e Maine (1995).

Os dados também foram complementados através da análise de registros nos prontuários de cada mulher encontrados nos serviços referidos, das fichas de investigação do óbito materno (Fichas de Investigação e Fichas Síntese – M5) e de laudos do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) e do Instituto de Medicina Legal (IML).

5.6 Procedimentos de Análise dos Dados

O processo de análise consistiu inicialmente na fase de descoberta e pré-análise que se refere à leitura sucessiva das entrevistas com a finalidade de se obter a geração de categorias mistas: categorias temáticas derivadas do quadro conceitual refletidas nos roteiros de entrevista ou emergentes da análise de dados.

5.7 Rigor e Qualidade da Investigação

A verificação e a triangulação da informação qualitativa asseguraram a qualidade dos dados. Isto porque foram utilizadas diversas fontes de dados e de sujeitos-ativos, além de ter-se realizado a análise conjunta de vários investigadores para discussão dos resultados.

5.8 Aspectos Éticos

Este trabalho está inserido no escopo das pesquisas desenvolvidas pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, sendo uma parte de estudo desenvolvido no Programa de doutorado em Saúde Coletiva pela professora Doutoranda Régia Maria Batista Leite.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconizado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza as pesquisas com seres humanos com o CAAE nº: 63796717.4.0000.5190.

Portanto, foi adquirida a anuência formal da V Regional de Saúde, (ANEXO A), os sujeitos da pesquisa que aceitaram ser entrevistados também assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido conforme modelo (APÊNDICE A).

Aos entrevistados, foi garantido o anonimato e o direito de se ausentar da pesquisa no momento em que houver a verbalização do desejo, em obediência a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Para garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa cada mulher foi chamada por um pseudônimo – nome de uma flor: “Rosa” e “Margarida”. Os participantes das entrevistas foram nomeados como “profissionais” ou “sujeito-ativo”, sendo numerados aleatoriamente.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Descrição dos Casos

Como ponto de partida deste estudo, os casos selecionados são contados aqui para a compreensão de todo contexto da análise do acesso considerando os percursos feitos pelas mulheres que foram a óbito por causa materna na V GERES de Pernambuco.

6.1.1 Caso 1 – Rosa

Rosa tinha 30 anos, gestas: 02, partos: 01 (cesariano), abortos: 0. Era branca, dona de casa, casada, católica e estudou até a 2ª série do ensino fundamental. Segundo a família, tinha um histórico de doença mental porém não fazia acompanhamento médico e seu companheiro era alcoolista, não estando muito presente na gestação.

“Não ajudava em nada (o marido) [...] as vezes quando ele ia (consulta de pré-natal), ficava lá fora. Bêbado, com cara de cachaça...” (Sujeito-ativo 1 – prima de Rosa)

Ela era residente de um município que faz parte V GERES que fica a quase 47 km da sede da regional, entretanto, não tinha residência fixa – transitava em entre a casa do avô na zona rural e a casa de familiares na cidade.

O município que Rosa morava tem 45.503 habitantes (IBGE, 2010) e uma cobertura de atenção básica de 93,46%. Sendo assim, Rosa, não tinha uma equipe de referência na atenção básica e não foi acompanhada por este serviço. Começou seu pré-natal com 11 semanas e 1 dia em um ambulatório de pré-natal de baixo risco, localizado no hospital municipal onde realizou 7 consultas com o enfermeiro da unidade. Suas queixas mais comuns eram náuseas. Outras complicações não foram registradas no prontuário.

Embora não fosse acompanhada por equipe de atenção básica, Rosa possuía uma prima que era Agente Comunitária de Saúde no município e que lhe dava

suporte no caso de alguma necessidade quanto ao uso do serviço de saúde – criando assim uma rede paralela de saúde.

Segundo o sujeito-ativo durante a gestação Rosa sofreu um acidente ao cortar lenha no sítio e machucou a barriga, após isto, apresentou sangramento e procurou a unidade hospitalar para atendimento. Foi atendida e orientada a voltar para casa e ficar de repouso. Porém alguns dias depois ainda a apresentou sangramento e sua prima conseguiu uma consulta com uma obstetra que faz pré-natal de alto risco no município, isto, através de ajuda da enfermeira da unidade que a prima trabalha. Rosa foi atendida pelo obstetra, medicada e o sangramento cessou. Esta intercorrência não foi relatada, nem registrada pelo enfermeiro do ambulatório em que fazia seu pré-natal, que desconhecia esta intercorrência.

“...foi cortar lenha e o pau bateu na barriga dela [...] foi para o hospital e ficou uns dias de repouso na casa da minha tia. Depois foi simhora (para o sítio). Achou que estava boa, mas no outro dia me ligou e disse: ‘Venha me buscar que estou do mesmo jeito!’ ai fui buscar e trouxe ela de volta.” (Sujeito-ativo 1 – prima de Rosa)

“[...] levei ela para o obstetra, né?! Ai eu falei com minha chefe do postinho para encaminhar ela com urgência devido ela tá com sangramento. Não demorou muito não para ser encaminhada e atendida”. (Sujeito-ativo 1 – prima de Rosa)

O dia do parto de Rosa se aproximava e a família se preocupava com o fato de ter que ter seu filho em uma maternidade longe de casa. Isto porque no seu primeiro parto, Rosa teve que se descolar até Palmares/PE, que fica a 166 km da sua cidade, o que dificultou toda a logística da família para cuidar da mesma. Sendo assim, com auxílio de sua prima, Rosa conseguiu agendar sua cesariana para o município o qual ela reside. Para isto, foi a obstetra que faz ambulatório no município, que solicitou os exames pré-operatórios, segundo ela, estavam todos normais e agendou a cesariana.

“Do primeiro filho ela foi ter fora. Teve no hospital de Palmares. Mas muita distância, precisa de gente para ficar com ela e são vários dias [...] visando essa dificuldade de ter que uma pessoa ir com ela, a

gente deu preferência para ajeitar para vê se ela fazia aqui, já que toda sexta a doutora opera as mulheres [...] Mas, infelizmente, ninguém adivinha...” (Sujeito-ativo 1 – prima de Rosa)

No dia anterior ao parto Rosa foi internada no hospital municipal para realização de sua cesariana. Durante o parto, após a retirada da placenta, Rosa teve atonia uterina e com isto um sangramento intenso. O obstetra que a operava, juntamente com toda a equipe – anestesista e enfermeiro – tentaram conter este sangramento com administração de medicações, porém não dispunham de todas as drogas indicadas, faltava misoprostol na unidade, e o útero não respondia. Sendo assim o obstetra decidiu fazer uma histerectomia, porém ela já havia perdido muito sangue e precisava com urgência de uma hemotransfusão. O hemocentro mais próximo ficava há cerca 47 km e seria necessário uma ambulância com estrutura adequada para transportar Rosa que estava grave e instável.

“A paciente fez pré-natal comigo e queria fazer laqueadura. Fez pré-operatório normal, parecer cardiológico, normal. [...] Ela veio se internou [...] entrou no bloco cirúrgico bem: pressão boa, pulso bom, afebril, normotensa...tudo certo. Depois que o bebê nasceu ela teve uma atonia uterina – o útero não se contraiu [...] fiz a medicação que tinha aqui [...] mas o dela (o útero) não contraiu e ela sangrava. Eu disse para o anestesista que ia tirar o útero e tirei. Ai o problema era transferir para ela ir para Garanhuns tomar sangue lá.” (Profissional 2 – Obstetra)

O município não dispunha de ambulância adequada, a equipe pensou que poderia, nesta situação, utilizar uma ambulância do SAMU de algum município próximo, porém ao entrar em contato com a regulação do SAMU, localizada para essa GERES em Caruaru/PE, a ambulância não foi liberada porque o SAMU alegou que não faz parte de seu protocolo realizar este tipo de transferência. Sendo assim a equipe decidiu colocar Rosa numa ambulância comum e seguir para Garanhuns a procura de tratamento adequado. Ao chegar em Garanhuns Rosa não resiste e morre. As causas da morte descritas na declaração de óbito foram: a) Atonia uterina (O62.2); b) Anemia aguda; c) Parada cardiorrespiratória.

6.1.2 Caso 2 – Margarida

A família de Margarida não aceitou participar da entrevista. No dia que foi realizada a coleta de dados seus irmãos não permitiram a aproximação dos entrevistadores com sua mãe e não concordaram em conversar sobre o caso. Seu ex-companheiro, que também acompanhou a gestação, estava nitidamente sob efeito de drogas no dia da entrevista e não concordou em falar sobre o assunto. Uma irmã de Margarida também foi procurada, mas a mesma não foi localizada e por isto todo o relato foi baseado nas entrevistas dos profissionais que acompanharam Margarida.

Margarida, tinha 36 anos, gestas: 04, partos: 03 (partos vaginais), abortos: 00. Era analfabeta e trabalhava como doméstica, vivia em união estável, porém seu companheiro estava preso. De acordo com o relatado pela equipe de USF que a acompanhou Margarida era casada e foi visitar um irmão que estava na prisão, chegando lá conheceu seu atual companheiro, que é o pai da criança da gestação que culminou na sua morte. Margarida tem um problema social pois além do seu atual companheiro estar preso, o seu ex-marido é usuário de drogas, e seus dois irmãos, que moram com sua mãe, são usuários de drogas e ex-presidiários. Margarida, porém, morava com apenas 1 filho do seu primeiro relacionamento e negava usar qualquer tipo de drogas.

Ela vivia em um município da V GERES localizado a 84,2 km da sede da regional, o qual tem 40.235 habitantes (IBGE, 2010), com cobertura de atenção básica de 100%, possuindo também uma unidade hospitalar com 47 leitos, sendo 09 de obstetrícia (CNES, 2017).

Iniciou seu pré-natal tardiamente com 23 semanas e 1 dia realizando somente 4 consultas com o enfermeiro da sua unidade de saúde da família. Não há registro de intercorrências durante a gestação e realizou sua última consulta 12 dias antes do parto.

Na ocasião de seu parto, Margarida tinha ido visitar seu companheiro na prisão, que fica em outro município e quando voltou, já a noite, procurou a unidade hospitalar de seu município com queixa de dor no corpo e febre. Ao ser admitida na maternidade, foi atendida por um enfermeiro obstetra que constatou 4 cm de dilatação, bolsa íntegra e ausência de batimentos cardíofetais (BCF) e PA não conhecida. Segundo relatos, o enfermeiro da unidade chamou o médico de plantão

várias vezes durante a noite – um clínico geral que dava suporte a toda unidade hospitalar – que disse para fazer medicação antitérmica e para esperar para depois decidir o que fazer com a gestante.

No outro dia, por volta de 7:00 hs, na troca de plantão, a equipe que chegou encontrou a gestante na mesa de parto, com dilatação completa, bolsa rota e líquido amniótico com presença de mecônio. Como estava em período expulsivo a enfermeira obstetra que chegou ao plantão solicitou a presença de um médico – diretor médico que estava de sobreaviso, já que o médico do plantão ainda não tinha chegado – e estes conduziram o parto do natimorto. Com a saída do feto percebeu-se que o mesmo estava macerado e parecia ter algum tipo de síndrome, semelhante a síndrome de arlequim. A placenta quando foi expulsa, também parecia envelhecida, de acordo com o relato do profissional que prestou atendimento.

“Quando cheguei no plantão eu fui direto na obstetrícia que cheguei na sala de parto, que olhei para mesa a paciente já estava deitada na mesa. A técnica de enfermagem falou: ‘essa paciente o enfermeiro do plantão anterior disse que tem que transferir ela [...] eu toquei a paciente e estava de trabalho de parto completo’ [...] quando eu toquei, na minha luva já veio com grumos e com mecônio [...] além do mecônio, tinha odor muito fétido. Eu disse: ‘é um natimorto e esse natimorto não é de pouco tempo não’” (Profissional 5 – Enfermeira Obstetra)

“A placenta saiu espontaneamente, com os cotilédones tudo se soltando, já estava com aquela placenta envelhecida.” (Profissional 5 – Enfermeira Obstetra)

Diante dessa situação, o diretor médico chegou e realizou o parto, fez embrocação vaginal, prescreveu antibióticos e solicitou monitorização intensa esta puérpera, deixando Margarida aos cuidados da equipe de enfermagem e do médico plantonista que já havia chegado.

Depois de alguns instantes Margarida começou a ficar agitada e o sangramento ficou mais intenso. O médico resolveu transferir. O enfermeiro começou a articular a ambulância do SAMU municipal e o médico ligou para central de regulação de leitos para pegar uma senha para transferir à uma unidade mais

especializada. A equipe articulava os processos de transferência, o sangramento começou a aumentar e a pressão arterial já estava 80 x 50 mmHg. Neste momento, ela foi medicada e conseguiram estabilizá-la. Enquanto o médico ligava para regulação, outro usuário grave deu entrada na emergência, vítima de arma de fogo, o médico – que estava sozinho no plantão - teve que socorrer-lo e Margarida, ficou aos cuidados da enfermeira obstetra. Como o paciente que havia entrado na emergência também era muito grave e Margarida já estava estabilizada, a enfermeira obstetra decidiu mandar a mulher em uma ambulância normal com outro enfermeiro até Garanhuns, pois o SAMU só é liberado com médico e ele seria utilizado na transferência do outro paciente grave. Sendo assim Margarida seguiu viagem até o hospital Regional Dom Moura em Garanhuns.

“Nós percebemos ela muito inquieta, quando olhei para fralda dela já estava uma fralda cheia [...] trocamos a fralda, o médico foi fez outra embrocação e tinha bastante coágulo. Ele disse: ‘Vamos transferir. Já íamos transferir, mas vamos transferir agora com urgência porque ela pode ter um choque, ou a sepse por conta desse feto que já estava morto a muito tempo dentro dela.’ (Profissional 5 – Enfermeira Obstetra)

“Quando o médico plantonista estava ligando para regulação, chega a enfermeira da emergência e diz ‘Doutor corre lá na emergência que chegou um paciente vítima de arma de fogo e ele não está bem. É muito grave. Ai ele saiu mesmo falando com a regulação...’ (Profissional 5 – Enfermeira Obstetra)

“Eu disse para o enfermeiro diarista: ‘enquanto ele tá com esse paciente do tiro, ela tá com PA 11x7, tá estável, estabilizou. Vamos fazer o seguinte: esse paciente é grave e o médico também vai viajar com esse paciente, então você viaja com Margarida que está estabilizada. Vamos colocar numa ambulância normal.’ (Profissional 5 – Enfermeira Obstetra)

Margarida, chegou ao HDRM sem qualquer encaminhamento formal e estava em choque hipovolêmico com PA inaudível e pulso fraco. Foi atendida

primeiramente na obstetrícia que a tratou como Hemorragia pós-parto (HPP) por atonia uterina, onde foram administradas todas as medicações indicadas e iniciada a transfusão de sangue, mas a mesma não respondeu às medicações e foi diagnosticada com distúrbio de coagulação grave, sendo transferida para UTI.

Na UTI Margarida chegou grave e instável, sonolenta, algo orientada, hipocorada, icterica, hipotérmica, hipotensa, com sangramento importante. Nos exames laboratoriais foi observado que o sangue não coagulava, sendo prescrito além do concentrado de hemácias, plasma, plaquetas e crioprecipitado. Estes dois últimos hemoderivados não estavam disponíveis no hemocentro de Garanhuns sendo solicitado ao hemocentro de Caruaru. Porém, estes não chegaram a tempo para a puérpera que morreu no mesmo dia durante a noite.

“Foi solicitado plasma, plaquetas, crioprecipitado e mais bolsas de sangue. Foram 4 bolsas de sangue que ela fez uso aqui na UTI. Ela ainda chegou a fazer plasma, só não fez as plaquetas e o crioprecipitado que estavam vindo de Caruaru mas aí não deu tempo de chegar porque ela faleceu a noite.” (Profissional 6 – Enfermeira da UTI)

As causas de óbito descritas na DO foram: a) Coagulação Intravascular Disseminada; b) Síndrome HELLP.

6.2 Tecendo reflexões acerca do acesso

A análise do acesso teve como base o referencial teórico proposto por Thaddeus e Maine (1994). Sendo assim, as falhas de acesso identificadas nas histórias anteriormente contadas são destacadas a seguir através da demarcação dos três momentos ou fases denominadas de “atrasos”, proposto pelos autores. Esse modelo busca compreender, os vários fatores que influenciam na decisão de procurar o cuidado médico – *Primeiro atraso*; e em conseguir chegar onde o cuidado está disponível – *Segundo atraso*; e no recebimento do cuidado adequado na unidade de saúde – *Terceiro atraso*.

6.2.1 Primeiro atraso

O atraso na decisão de procurar o cuidado pode ser crucial para evitar mortes maternas. Este atraso na decisão de procurar o cuidado pode ser por parte da mulher, do companheiro, da família, de outros parentes e/ou amigos, que muitas vezes pode estar relacionada aos fatores socioculturais, características da doença e a percepção da gravidade do problema, a possibilidade de arcar com os custos financeiros e/ou disponibilidade de outros recursos no momento, a proximidade e efetividade dos serviços de saúde ou a experiência anterior com o serviço (THADDEUS e MAINE, 1994).

Analisando as histórias aqui contadas observa-se que a Margarida iniciou o pré-natal tardiamente, realizando ainda poucas consultas (4 consultas). Embora esse atraso em iniciar o pré-natal não esteja diretamente relacionado a ocorrência deste óbito, vale trazer a reflexão neste estudo sobre a necessidade de captação da gestante no primeiro trimestre de gestação com a garantia de pelo menos 7 consultas de pré-natal, de acordo o preconizado pelo MS (BRASIL, 2013a).

Sendo assim, durante a entrevista foi questionado sobre a motivação desta procura tardia. A partir do relato dos profissionais que a atenderam, ela iniciou o pré-natal tardiamente porque não sabia que estava grávida e que não tinha muita instrução.

“Eu questionei o porquê de ela não procurar (o pré-natal) e disse ‘ah, porque não sabia que estava grávida, o povo dizia que eu tava, mas eu achava que não tava.’” (Profissional 4 – Enfermeira da USF)

Viellas (2014) ao estudar a assistência pré-natal no Brasil, percebe que os principal motivo das mulheres iniciarem o pré-natal tardiamente foi a dificuldade de diagnosticar a gravidez, outras situações também foram identificadas por este autor como problemas pessoais (com não querer a gravidez, não saber que o pré-natal é importante, dificuldade financeira, dificuldade relacionada ao trabalho/escola, e falta de apoio para comparecer ao serviço).

Isto reflete a necessidade de ofertar à mulher o método diagnóstico nas unidades básicas de saúde, bem como a necessidade das equipes de atenção básica estarem junto às mulheres em idade fértil orientando para o planejamento

familiar – com informações sobre os métodos contraceptivos, aconselhamento para concepção e sinais de presunção da gravidez.

Outro ponto de atraso que deve ser destacado foi a demora de Margarida em procurar o serviço de urgência obstétrica diante de um feto morto e febre. Não se sabe ao certo há quanto tempo Margarida apresentou sinais de alerta, pois não foi possível realizar entrevista com o sujeito-ativo deste caso (devido a recusa do mesmo), porém, através de relato de um profissional que a atendeu ela vinha sentido febre de 1 a 3 dias. Sabe-se, porém, que o feto já estava morto intra-útero há tempo suficiente para estar macerado e desenvolver infecção na gestante, e que a mesma não buscou o serviço oportunamente. Sendo assim, acredita-se que esta mulher não tinha percebido sua situação de saúde ou não tenha compreendido a gravidade dos sinais e sintomas que estava apresentando, e por isto não procurou o serviço de saúde.

“Lembro que perguntei: ‘Margarida, você lembra se seu bebê estava mexendo?’, ai ela disse: ‘mexeu ontem!’ [...] A irmã dela disse: ‘Mulher, tu não percebeu que teu bebê não estava mexendo? Porque aqui parece que ele está morto a muito tempo’” (Profissional 5 – Enfermeira Obstetra)

Talvez Margarida não tenha tido coragem de relatar aos profissionais que não havia percebido que o feto não estava mexendo ou que não deu muita importância a este sinal.

Em estudo realizado no Rio Grande do Sul verificou-se que 1 em cada 10 mulheres referiram que a parada dos movimentos fetais indicariam alguma gravidade no período gestacional, indicando o pouco conhecimento das mulheres sobre este tipo de complicação (MENDOZA-SASSI, 2007). A falta de conhecimento sobre este sinal de alerta, pode influenciar na não valorização do mesmo, podendo este passar despercebido ou ser considerado normal.

A busca pelo cuidado em saúde é fortemente influenciada pela forma que a pessoas percebe as características da doença. Ou seja, é necessário que o usuário primeiro perceba uma condição a normal para elaborar a decisão de procura do serviço (THADDEUS e MAINE, 1994).

Aday e Andersen (1974) estudando um modelo conceitual para o acesso demonstra que a utilização de serviços de saúde está ligada, entre outras características, com a necessidade de saúde do indivíduo, referindo-se ao nível de doença e a necessidade de cuidados avaliada pela percepção do mesmo.

Portanto, se o indivíduo não possui informação suficiente sobre sua situação de saúde, ou sobre os serviços de saúde não conseguirá fazer uso do sistema de forma adequada para atender suas necessidades reais de saúde. Por esta razão enfatiza-se a importância de qualificação do pré-natal na educação sobre os sinais e sintomas de alerta para riscos na gravidez, conforme já é preconizado pelo MS (BRASIL, 2013a).

6.2.2 Segundo atraso

Neste segundo atraso, tem-se a demora em chegar ao serviço de saúde. Isto pode ocorrer pela disponibilidade e distribuição geográfica das unidades de saúde com complexidade adequada ao atendimento de emergências obstétricas ou outras complicações mais graves; ou à distância e o tempo de deslocamento entre a casa e o serviço de saúde; ou ainda a disponibilidade e custo dos transportes. Tais barreiras podem impedir que a mulher chegar ao serviço adequado em tempo oportuno (THADDEUS e MAINE, 1994).

Na descrição do caso de Rosa não foram relatadas dificuldades de chegar ao serviço, a gestante muitas vezes ia com sua prima ou de carro de linha para a unidade de saúde.

“Quando ela tava aqui na rua, as vezes a minha prima levava ela de moto e as vezes quando vinha direto do sítio de carro de linha ficava lá em cima e de lá ela ia a pé.” (Sujeito ativo 1 – prima de Rosa)

Quando questionada sobre se havia alguma dificuldade quanto ao custo para o transporte o informante afirmou que a mulher tinha condição financeira de custear a passagem.

Embora os entrevistados não tenham referido dificuldade da mulher chegar ao serviço de saúde, destaca-se que a mesma não era coberta por atenção básica e percorria grande distância quando vinha da zona rural até o ambulatório do hospital para fazer seu pré-natal. Porém, mesmo sendo uma dificuldade real, a mulher

superou esta dificuldade com a finalidade de buscar atendimento, visualizando sua necessidade de acompanhamento pré-natal.

O fato do usuário morar próximo a um serviço de saúde não indica necessariamente que ele o utilize, ou o inverso. Isto por que a natureza da condição de saúde e a qualidade dos cuidados que se quer ter são, muitas vezes, mais importantes do que a distância, fazendo que o indivíduo supere estas dificuldades e busque o cuidado médico (THADDEUS e MAINE, 1974).

6.2.3 Terceiro atraso

O atraso em receber o cuidado adequado em uma unidade de saúde configura o terceiro atraso. Esta falha se relaciona com o tipo de serviço que a mulher chega, a existência de um sistema efetivo de referência e contra-referência, disponibilidade de insumos, medicamentos, sangue, equipamentos e de pessoal capacitado (THADDEUS e MAINE, 1994).

No caso de Rosa, houve uma emergência obstétrica pós-parto – atonia uterina - dentro do hospital do seu município, onde foi medicada com as drogas que o serviço dispunha e realizou um histerectomia de emergência. Porém, mesmo com estas medidas, precisava com urgência ser encaminhada para uma unidade de maior complexidade com acesso a um hemocentro, entretanto o município não tinha disponibilidade de transporte adequado considerando a gravidade da paciente.

“Quando eu tirei o útero parou a hemorragia, mas ela estava em anemia aguda e precisava de sangue.” (Profissional 2 - Obstetra)

Durante esta emergência três dificuldades (atrasos) foram destacadas: 1) Falta de medicação (misoprostol) – que ajudaria na contração uterina; 2) Sangue para hemotransfusão disponível a 47 km; 3) Indisponibilidade de transporte adequado para paciente em estado crítico ao serviço de referência. As falas dos profissionais deixam claras estas dificuldades e dão subsídio para acreditar que estes três pontos poderiam ser cruciais para evitar este óbito.

“O anestesista fez a medicação para contrair (ocitocina) [...] mas o dela não contraiu e ela sangrava [...] tudo o que tinha aqui foi feito,

menos o prostol que não tinha [...] talvez a medicação ajudasse a contrair mais porque não contraiu nada, ficou em atonia...”
(Profissional 2 - Obstetra)

O uso de misoprostol (600mg) é recomendado pela Organização Mundial de Saúde na prevenção da hemorragia pós parto (HPP) em localidades onde não há ocitocina disponível. No tratamento da HPP é recomendado a administração da ergometrina intravenosa ou ainda o uso misoprostol (800mg), quando a ocitocina (padrão ouro) estiver indisponível ou quando o sangramento não responder a ocitocina (OMS, 2014).

A disponibilidade do misoprostol ou da ergometrina poderiam aumentar as chances de Rosa ter resposta favorável ao sangramento, reduzindo o volume de sangue perdido. No caso em questão o sangramento somente conseguiu ser contido através da histerectomia de emergência – considerado último recurso no tratamento da HPP (OMS,2014). Entretanto ressalta-se que mesmo com este procedimento a mulher ainda precisava de mais recursos para garantir sua sobrevivência.

Rosa, então, enfrenta a segunda dificuldade (atraso) que foi a indisponibilidade de sangue para tratar toda a perda demandada pela hemorragia.

“O problema todo foi o sangramento que ela teve aqui no bloco porque se tivesse um banco de sangue ela não tinha morrido. Eu já fiz isso em Caruaru e a mulher não morreu porque tinha lá [...] Em um caso desses a gente pede sangue sem prova cruzada e o sangue vem na hora. [...] Todas as vezes que acontecer isso aqui vai morrer. Eu não adivinho se você vai ter uma hemorragia. Como é que eu sei? Eu peço os exames, deu tudo normal, tudo certo.” (Profissional 2)

Margarida também compartilha de dificuldade semelhante quanto necessita de plaquetas e crioprecipitado mesmo estando na sede da regional onde existe uma unidade do Hemope, pois estes hemoderivados quando são necessários devem ser solicitados aos hemocentros de Caruaru ou Recife. No caso de Margarida as plaquetas e o crioprecipitado viriam de Caruaru, mas não chegou a tempo de ser utilizado por Margarida que faleceu antes.

“...não fez o crioprecipitado e as plaquetas porque estavam vindo de Caruaru, mas não deu tempo de chegar [...] Não tem aqui, só tem em Caruaru ou Recife, ai tem que solicitar quando é plaquetas...”
(Profissional 6 – Enfermeira da UTI)

O atraso no acesso a sangue em tempo oportuno é uma dificuldade real, confirmada pelo presente estudo e retratada em outros trabalhos com em pesquisa sobre mortalidade materna realizado na cidade do Recife onde um quarto das mulheres que foram a óbito tiveram dificuldade de acesso a hemoterapia, destas metade não receberam o sangue em tempo oportuno (LEITE, 2006).

Pernambuco, além do hemocentro da cidade do Recife, possui mais 10 unidades hemoterapias no interior do estado, estas distribuídas em 10 GERES, localizadas nas sedes das respectivas regionais (PERNAMBUCO, 2018). A regionalização dos hemocentros é um avanço para garantia de sangue em tempo oportuno, porém ainda não é suficiente, pois existem municípios que ficam distantes da sede da GERES e podem demorar até mais de uma hora para chegar a unidade de referência. Outra dificuldade é que mesmo com a existência de hemocentros, nem todos os hemoderivados necessários para situações de emergência como estas estão disponíveis. Tais dificuldades atrasam o atendimento adequado, sendo esta demora decisiva para sobrevivência do indivíduo que precisa de cuidados.

O terceiro problema enfrentado por Rosa foi a dificuldade de transporte adequado para unidade de referência em situação de complicação obstétrica. Isto porque seu município não tinha ambulância equipada para realizar o transporte de Rosa e a equipe resolveu solicitar uma ambulância do SAMU, sem sucesso, tendo transferido Rosa em condições precárias.

“Como a gente estava sem transporte aqui, o que era o óbvio? Acionar o SAMU [...] porque era um transporte mais adequado, tinha mais suporte [...] o SAMU da gente não estava funcionando, aqui do município. Então a gente tentou acionar o SAMU mais próximo da região [...] o médico regulador não liberou [...] terminou que a médica teve que fazer a remoção com a ambulância que tinha, sem condição nenhuma. A paciente foi entubada, ambulando até Garanhuns.”
(Profissional 3 - Enfermeira)

Quando questionado sobre o motivo da não liberação do SAMU o profissional disse que o profissional regulador justificou que o SAMU não faz transferência e que o mesmo ainda culpabilizou o município por não ter ambulância disponível.

“O médico regulador disse que não libera SAMU para transferência. Depois colocou a culpa no município por que não tinha transporte. Mas olha, nosso hospital é pequeno, todo paciente grave é removido e chega uma hora que não vai ter transporte.” (Profissional 3 - Enfermeira)

O SAMU é um serviço de transporte de urgências e emergências e, embora tenha com prioridade o atendimento pré-hospitalar, tem como atribuição realizar transferências inter-hospitalares de pessoas com risco de morte (BRASIL, 2013b). Podendo portanto ter sido utilizado neste caso.

Com a preocupação de garantir transporte seguro à gestante, puérpera e recém-nascido a Rede Cegonha instituiu o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha (BRASIL, 2011b). Tal serviço teria sido importante para o atendimento a urgência deste caso o que revela a necessidade de pactuação e efetivação da rede cegonha na V GERES, com ênfase no componente do sistema logístico que inclui o transporte sanitário e a regulação de urgências.

No caso de Margarida o presente estudo também identificou dificuldades nesta fase de atraso. Como já mencionado anteriormente Margarida precisou de hemoderivados e não os obteve em tempo oportuno. Porém, ressalta-se ainda duas outras dificuldades vivenciadas por Margarida: 1) demora em se tomar a decisão de transferi-la para um centro mais especializado; e 2) deficiência quanto ao número e especialidade dos profissionais no hospital de seu município de origem.

A gestante chegou ao serviço hospitalar apresentando febre e ausência de batimentos cardíacos (BCF) e PA (?). Sendo um serviço de baixo risco, não tinha condições de garantir cuidado adequado a esta gestante, devendo ser transferida para uma unidade de saúde que atendesse as suas necessidades oportunamente. Fato que não ocorreu.

“O enfermeiro procurou o médico da emergência e falou dessa paciente, o médico disse: ‘dá umas gotinhas de paracetamol e vamos

aguardar' [...] Meia noite ele disse que procurou o médico de novo e disse: 'doutor, a paciente continua com BCF ausente, tem 4 cm, pouca dinâmica' e ele falou o seguinte: 'vamos aguardar e depois a gente vê se transfere ou não'. As 3hs da manhã ele registrou no prontuário que procurou de novo o médico. Ela já estava com 39° C de febre, mas continuava com 4 cm e ele disse: 'Dá mais uma gotinha de paracetamol e deixa ela aí' "(Profissional 5 – Enfermeira obstetra)

Na fala da profissional entrevistado fica claro o descaso com esta mulher que precisava com urgência de um cuidado adequado. A demora em se tomar uma decisão para garantir o melhor cuidado de Margarida chama a atenção neste estudo, pois acredita-se que seria crucial para aumentar as chances dela sobreviver.

É importante destacar a humanização e a qualidade no cuidado a mulher neste contexto uma vez que são princípios expressos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM. Estes princípios implicam na promoção, reconhecimento, e respeito dos direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e o bem-estar da mulher (BRASIL, 2004a).

Humanizar significa ter processos de trabalho horizontais e não fragmentados com a co-responsabilidade dos diferentes atores na produção da saúde, abrangendo as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, devendo ser transversal a todas as políticas e programas do SUS (BRASIL, 2004b).

Enfatizando a qualidade do cuidado a OMS criou uma lista, baseada em evidências, de verificação de partos seguros para auxiliar as práticas de parto e garantir a segurança e qualidade da assistência às mulheres e recém-nascidos. Esta lista pode ser adotada pelos serviços de saúde. Nela, destacam-se certos momentos para parar e verificar situações que expõem a mulher e recém-nascido a algum risco. O primeiro momento para pausa é na admissão onde serão detectadas e tratadas complicações, e onde é confirmado se a mulher precisa ser transferida para outra unidade ou não. Cada item da Lista de Verificação é uma ação crítica que, se não for cumprida, poderá provocar sérios danos à mãe, ao recém-nascido ou a ambos (OMS, 2017).

No caso de Margarida um simples olhar humanizado, uma comunicação efetiva entre equipes para discussão do caso e tomada de decisão poderiam ter sido decisivos para evitar este óbito.

“Mesmo ele sendo clinico geral, mesmo não tendo nenhuma formação em obstetrícia, porque ele não transferiu a paciente? O que levou ele a ficar de 20hs até sair do plantão no outro dia com uma gestante nua situação dessas? [...] o que uma unidade pequena vai fazer? Se tinha dúvida, não tinha aparelho de ultrassom para fazer; se tinha febre, não tinha laboratório para solicitar a noite [...] se suspeitou de alguma infecção, não solicitou nenhum exame laboratorial, nem imagem. Estavam esperando o que?” (Profissional 5 – Enfermeira obstetra)

Destaca-se ainda a quantidade e especialidade de profissionais médicos na unidade hospitalar. A unidade dispõe de um médico generalista para todo o hospital, gerando para alguns uma dificuldade no manejo com gestantes que chegam no serviço, além de dificultar o atendimento das emergências, pois pode surgir de mais de uma ocorrência e o médico tenha que optar quem vai ter prioridade no atendimento – como aconteceu neste caso.

“Nós trabalhamos (na obstetrícia) com um enfermeiro obstetra e uma técnica de enfermagem [...] o médico que está de plantão é clinico geral” (Profissional 5 – Enfermeira obstetra)

“...tem outros (médicos) que na hora que identifica a distorcia e chama eles já dizem: ‘Meus Deus, não gosto de gestante. Gestante é bronca, gestante é bomba’ e transfere.” (Profissional 5 – Enfermeira obstetra)

Para que ocorra a transferência deve-se proceder com o contato com a central de regulação de leitos do estado. O profissional responsável por este processo é o médico, sendo necessário o contato do médico solicitante - da unidade de origem - com o médico regulador para que se possa destinar uma senha e efetivar a transferência para unidade que melhor atenda a demanda do usuário (PERNAMBUCO, 2014).

Durante a entrevista o profissional afirmou que houve um tempo onde o enfermeiro obstetra tinha autonomia para solicitar a senha e fazer uma transferência mas hoje isto não é mais permitido. Neste caso é comum que a mulher que esta aos cuidados do enfermeiro obstetra da unidade saia do hospital sem senha de transferência – como foi o caso de Margarida – “arriscando” chegar no hospital regional, que também funciona por demanda espontânea, para ser atendido sem senha.

“Toda paciente que é atendida no hospital (obstetrícia) o médico geral tem que ter conhecimento, porque na hora que complica a enfermeira tá lá para identificar a distorcia vai chamar quem? O clínico porque o clinico é quem vai pedir a senha” (Profissional 5 – Enfermeiro obstetra)

Os profissionais de saúde, portanto, são peças-chave na redução da mortalidade materna, pois se a qualidade da assistência está ameaçada é preciso qualificar e modificar comportamentos dos profissionais de saúde para que os mesmos busquem aderir práticas baseadas em evidencias científicas, para fazer isto sugere-se como estratégia os estudos de caso tantos dos óbitos maternos – já utilizada pelos comitês de mortalidade materna – como dos casos de morbidade materna grave (*near miss*). Salienta ainda que estes estudos de caso devem respeitar os princípios da confidencialidade e não culpabilidade, mas devem também agir com transparência e responsabilidade profissional e social, ou seja, deve necessariamente dar um *feedback* para melhorar a qualidade da atenção aos profissionais e instituições envolvidas nos casos estudados (SOUZA, 2011).

7 CONCLUSÕES

Os achados deste estudo revelam que os principais elementos que influenciaram o acesso a saúde das mulheres que morreram por causa obstétrica estiveram presentes, na maioria das vezes, na terceira fase do modelo teórico denominado: terceira fase de atraso.

Sendo assim, as principais falhas estiverem dentro dos serviços de saúde e se referiram a indisponibilidade ou dificuldades de acesso a sangue e hemoderivados, medicamentos, transporte adequado, bem como quantidade de profissionais, além da qualificação profissional. As questões sociais das mulheres aqui estudadas também foram consideradas, porém estas são mais difíceis de interferir, exigindo um esforço ainda maior dos serviços de saúde para superar as dificuldades sociais e garantir a saúde materna.

A estrutura e qualificação das maternidades de pequeno porte localizadas nos municípios menores deve ser uma prioridade para os gestores de saúde, bem como a estruturação de uma rede de atenção materna na região com ênfase no cuidado às complicações obstétricas. Sendo assim, o processo de repactuação da Rede Cegonha na V Regional deve considerar estes aspectos para garantir a saúde das mulheres e reduzir a mortalidade materna.

Diante disto, salienta-se a importância de se reativar e fortalecer o Comitê de Estudos da Mortalidade Materna na região para que se tenha contínua e efetiva articulação política e social no enfrentamento às mortes maternas na V GERES.

É importante o desenvolvimento de outras pesquisas que possam esclarecer as demais situações de vulnerabilidade à mortalidade materna que não foram contemplados neste estudo.

REFERÊNCIAS

ADAY L.A., ANDERSEN R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Services Research**. 1974;9(3):208-220. Acesso em 20 de outubro de 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>

ALVES M.M.R., *et. al.* Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação. **Rev Saúde Pública** 2013; 47(2):283-91 DOI:10.1590/S0034-8910.2013047003642

ANDRADE C.L.T., SZWARCOWALD C.L. Desigualdades sócio-espaciais da adequação das informações de nascimentos e óbitos do Ministério da Saúde, Brasil, 2000-2002. **Cad Saude Publica** 2007; 23(5):1207-1216.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** – 1. ed. rev. – Brasília, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília (DF), 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**. Resolução 466/2012. Brasília: 2012.

_____. Decreto-lei 7508 de 28 de junho de 2011.
Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. **Institui,**

no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011b.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília (DF); 2009.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**, 3ª edição. Série A. Normas e Manuais técnicos. Brasília, 2007.

_____. Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005. **Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Comitês de mortalidade materna**. Brasília, DF, 2002.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

CAMPERO L., *et. al.* La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. **Salud Publica Mex.** 2006.

DENEUX-THARAUX C, *et. al.* Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe. **Obstet Gynecol** 2005; 106:684-92.

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

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

DULEY, L. Maternal mortality associated with hypertensive disorders of pregnancy in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. **International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 99, n. 7, p. 547 July 1992.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2018.

ESPINOZA H, CAMACHO AV. Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. **Rev Panam Salud Publica.** 2005;17(2):123-9. DOI:10.1590/S1020-49892005000200011

FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** In: _____(Org.). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997

HOUAISS A, VILLAR M. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

INDEXMUNDI. **Mortalidade Materna por país.** [acesso em: 10 de jun 2016] Disponível em: <MM/Taxa%20de%20mortalidade%20materna%20por%20%país20-%20Mapa%20Comparativo%20entre%20Países%20-%20Mundo.html>

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo de 2010.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 05 de fevereiro de 2018.

KRULEWITCH C.J., *et al.* Hidden from view: violent deaths among pregnant women in the District of Columbia, 1988- 1996. **J Midwifery Womens Health**. 2001;46(1):4-10.DOI:10.1016/S1526-9523(00)00096-9

LAURENTI, R; MELLO JORGE, M. H. P. J. GOTLIEB, S. L. D. Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. **USP/MS/OPS/OMS**. 2004.

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

LAURENTI, R., *et al.* Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo, 1986, I Metodologia e resultados gerais. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 2, p.128-33, 1990.

LEAL M.C., *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33 Sup 1:e00078816

LEITE, Régia Maria Batista *et al.* Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 10, p. 1977-1985, Oct. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000011&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000011>.

LEITE, RMB. **Mortalidade materna no Recife: análise das trajetórias das mulheres**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, Recife, 2006.

MAHLER, H. The safe motherhood initiative: a call to action. **Lancet**, London, v. 1 , n. 8534, p. 668-70, 1987.

MENDOZA-SASSI, Raúl A. *et al.* Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2157-2166, Sept. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900023&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900023>.

MINAYO, M.C.S (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos.** Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199177/5/9789248549458-por.pdf>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2018.

_____. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto.** ISBN 978 92 4 854850 5 (Classificação NLM: WQ 330) 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf. Acesso em: 10 de fevereiro de 2018.

_____. **Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito.** 9. ed. Revisão. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português. USP. v.1, 1978.

PERNAMBUCO. HEMOPE. Disponível em: <http://www.hemope.pe.gov.br/> . Acesso: 11 de fevereiro de 2018.

PERNAMBUCO. **Política Estadual de Regulação Assistencial.** Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. Pernambuco, 2012. Disponível: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/politica_estadual_de_reg_assist.2012.pdf. Acesso em: 11 de fevereiro de 2018.

PERNAMBUCO. Programa Mãe coruja Pernambucana. Disponível em: <http://maecoruja.pe.gov.br/o-programa/>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2018.

RIPSA - Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações /** Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

SAY L., *et.al.* Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Glob Health** 2014; 2:e323-33

SHORTELL SM, GILLIES RR, ANDERSON DA, MITCHELL JB, & MORGAN KL 1993, "Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators", **Hosp Health Serv Adm**, vol. 38, no. 4, pp. 447-466.

SOUSA, F.O.S. *et. al.* Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1283-1293, Apr. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401283&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Feb. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>.

SOUZA, J.P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, p. 549-551, Dec. 2015 .

SOUZA, J.P. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. **Rev Bras Ginecol Obstet** 33.10 (2011): 273-9.

THADDEUS, S; MAINE, D. Too far to walk: maternal mortality in context. **Social Science**. Medicine, New York, v.38, n.8, p.1091-110, 1994.

TOGNINI S. *et.al.* Maternal mortality profile in Great ABC region from 1997 to 2005. **Rev Assoc Med Bras** 2011; 57:402-7.

UNITED NATIONS. Secretary-General. The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. **Global Strategy for Women's and Children's health**. 2010. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100914_gswch_en.pdf. Acessado em: 24 de março de 2017.

UNICEF–BRASIL. **Mortes maternas caem um terço em todo o mundo**. Brasília; 2016. [acesso em 29 ago 2016]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/media_1811htm.)

UNITED NATIONS. **Demographic yearbook**. 48th ed New York, 1998.

WHO – World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. **Causes specific mortality and morbidity**: Maternal mortality ratio by country. Pesquisado na internet em julho/2013. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.15>

WHO – World Health Organization. United Nations Population fund - Unfpa; Banco Mundial. **La prevencion de la tragédias de las muertes maternas** In: Conferencia Internacional sobre la Mortalidade Materna, 1., 1987, Nairobi: Informe sobre la conferencia.

WHO – World Health Organization United Nations International Children's Emergency Fund - Unicef. **Revised 1990 estimates of maternal mortality**. A New Approach by WHO and UNICEF. 1996, Geneva: WHO/UNICEF, 1996. 16p.

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr.(a) a participar da Pesquisa **MORTALIDADE MATERNA: ANÁLISE DO ACESSO E DA CONTINUIDADE DO CUIDADO**, realizada pela aluna do Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz Fiocruz/CPqAM **Régia Maria Batista Leite**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes, Dr^a Maria Rejane Ferreira da Silva e Dr^a Thália Velho Barreto de Araújo. Esta pesquisa pretende traçar o perfil sócio demográfico das mulheres e das causas de óbito materno, descrever o acesso, a continuidade do cuidado, a trajetória assistencial e as circunstâncias no âmbito dos serviços de saúde que contribuíram para ocorrência dos óbitos por causas obstétricas em Recife e Regionais de Saúde do estado de Pernambuco no ano de 2017/2018.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista gravada, onde será utilizado um instrumento de coleta de dados com informações sociodemográficas e algumas perguntas orientadoras que dizem respeito a trajetória assistencial das mulheres que foram a óbito.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa podem ser constrangimento ou estresse pelas perguntas que serão realizadas, assim fica garantida a prestação de assistência psicológica (por meio de um psicólogo da Clínica da Universidade de Pernambuco que acompanhará a entrevista), para minimização desses danos, caso seja necessário.

Se você aceitar participar desta pesquisa estará contribuindo para estudar a prevenção do óbito materno, visto que são poucos os estudos que abordam esse tema e com os resultados, os profissionais de saúde terão melhor conhecimento dos fatores que contribuem para a ocorrência desses óbitos, bem como elucidar barreiras que contribuíram para a ocorrência desses óbitos e assim poderão elaborar estratégias de educação e cuidado para evitar que outras mulheres morram nas mesmas condições.

Mesmo após consentir sua participação, o Sr (a) poderá desistir de continuar participando, tendo o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração/indenização para participar dessa pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. O estudo respeitará as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, da Resolução 466/12-CNS/MS. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com os pesquisadores no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/CPqAM - Fiocruz no endereço: Av. Moraes Rego, s/n, Campus da UFPE - Cidade Universitária - Recife/PE - CEP: 50670-420 ou celular (87) 99990-0147; e pelo e-mail: regialeite@yahoo.com.br. Ou, ainda, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM- telefone/fax: 55 81 2101-2639, e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

Consentimento Pós-Informações

Eu, _____, fui informado(a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: _/ _/

Assinatura do participante Impressão dedo polegar do participante/Caso não saiba assinar

Assinatura do pesquisador principal

Assinatura da testemunha Impressão dedo polegar da testemunha/ Caso não saiba assinar

APENDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA: PROFISSIONAL

01 Nº Questionário:	02 Entrevistador:
03 Data da entrevista: ____/____/____	04 Nome (iniciais)
05 Local da entrevista:	06 Data de Nascimento:
DADOS DO ENTREVISTADO	
1. SEXO (0) feminino (1) masculino	2. IDADE
3. QUAL GRAU DE INSTRUÇÃO? (0) nenhum (5) superior completo (1) 1º grau completo (6) superior incompleto (2) 1º grau incompleto (3) 2º grau completo (4) 2º grau incompleto	4. QUAL SUA SITUAÇÃO CONJUGAL? (0) Casado (a) ou mora com o companheiro (a) (1) Solteiro (a) (2) Viúvo(a) (3) Separado (a) ou Divorciado(a)
5 POSSUI RELIGIÃO? (0) sim (1) não Se a resposta for positiva, qual? _____	6. QUAL A SUA RAÇA/COR DA PELE? (0) Amarela (1) Branca (2) Indígena (3) Parda (4) Negra
7. CATEGORIA PROFISSIONAL	8. SERVIÇO QUE ATUA:

ROTEIRO

- 1- Você lembra esta mulher? A conhecia pelo nome?
- 2- A mulher em questão relatou alguma dificuldade para chegar ao serviço?
- 3- O serviço que você atua atende demanda espontânea? Qual o tempo médio de atendimento para demanda espontânea?
- 4- O serviço que você atua tem alguma dificuldade quanto a número e qualificação profissional?
- 5- Considerando o caso, houve alguma dificuldade quanto a disposição de equipamentos, insumos ou sangue para o atendimento desta mulher?
- 6- Ainda tendo como base este caso, qual a sua opinião sobre o acesso no cuidado a saúde materna na sua regional?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA: SUJEITO ATIVO

01 N° Questionário:	02 Entrevistador:
03 Data da entrevista: ____/____/____	04 Nome (iniciais)
05 Local da entrevista:	06 Data de Nascimento:

DADOS DO ENTREVISTADO

1. SEXO (0) feminino (1) masculino	2. Qual o parentesco/ou amigo ou vizinho/ou outro
3. QUAL GRAU DE INSTRUÇÃO? (0) nenhum (5) superior completo (1) 1º grau completo (6) superior incompleto (2) 1º grau incompleto (3) 2º grau completo (4) 2º grau incompleto	4. QUAL SUA SITUAÇÃO CONJUGAL? (0) Casado (a) ou mora com o companheiro (a) (1) Solteiro (a) (2) Viúvo(a) (3) Separado (a) ou Divorciado(a)
5 POSSUI RELIGIÃO? (0) sim (1) não Se a resposta for positiva, qual? _____	6. QUAL A SUA RAÇA/COR DA PELE? (0) Amarela (1) Branca (2) Indígena (3) Parda (4) Negra

DADOS DA MULHER

1. IDADE	2. RENDA FAMILIAR (0) (1) (2) (3)
3. QUAL GRAU DE INSTRUÇÃO? (0) nenhum (5) superior completo (1) 1º grau completo (6) superior incompleto (2) 1º grau incompleto (3) 2º grau completo (4) 2º grau incompleto	4. QUAL SUA SITUAÇÃO CONJUGAL? (0) Casado (a) ou mora com o companheiro (a) (1) Solteiro (a) (2) Viúvo(a) (3) Separado (a) ou Divorciado(a)
5 POSSUI RELIGIÃO? (0) sim (1) não Se a resposta for positiva, qual? _____	6. QUAL A SUA RAÇA/COR DA PELE? (0) Amarela (1) Branca (2) Indígena (3) Parda (4) Negra

- Fale sobre a gravidez e as complicações que levaram ao óbito da mulher.

PLANEJAMENTO FAMILIAR

- 1- A gravidez foi desejada?
- 2- A mulher teve recebido algum atendimento de planejamento familiar no serviço de saúde? Onde?
- 3- Tinha facilidade em obter métodos contraceptivos?
- 4- Era satisfeita com o atendimento?

PRÉ-NATAL

- 1- Conte como foi a gravidez.
- 2- Fez pré-natal desta gestação?
- 3- Nº de consultas pré-natal, onde foram realizadas e quais profissionais que atenderam a gestante?
- 4- Recebia visitas do ACS durante o pré-natal?
- 5- O profissional que fazia o pré-natal a conhecia pelo nome e a gestante conhecia o profissional?
- 6- A mulher era satisfeita com o atendimento do pré-natal?
- 7- Durante o pré-natal a mulher conseguiu realizar todos os exames necessários em tempo oportuno?
- 8- Durante o pré-natal necessitou tomar alguma medicação? Teve acesso a esta medicação?
- 9- Houve alguma complicação na gravidez que necessitou ser referenciada para algum outro serviço? Se sim, como foi para chegar a este outro serviço? Conseguiu com facilidade?

PARTO

- 1- A gestante entrou em trabalho de parto? Em qual momento decidiu buscar o hospital?
- 2- Você acha que o tempo que a gestante decidiu procurar o serviço foi adequado ou longo?
- 3- Conte sobre o percurso que precisou fazer para chegar ao hospital. Qual o transporte utilizado e se houve alguma complicação para chegar
- 4- Ao chegar no atendimento hospitalar demorou ser atendida?
- 5- A mulher foi atendida por quem? Tinha médico na unidade?
- 6- Como você avalia o atendimento ao parto?
- 7- A mulher no parto sofreu algum tipo de violência obstétrica?
- 8- Você acha que o atendimento foi respeitoso, desrespeitoso ou indiferente?

COMPLICAÇÃO OBSTÉTRICA

- 1- Fale sobre a complicação obstétrica
- 2- Quanto tempo após os sinais de complicação a gestante procurou o serviço de saúde?
- 3- Houve alguma dificuldade de chegar ao serviço? Conte o caminho percorrido para chegar na unidade de saúde.
- 4- Você acha que o tempo que a gestante decidiu procurar o serviço foi adequado ou longo?
- 5- No momento que foi descoberta a complicação obstétrica, a família foi informada da situação de saúde da mulher?
- 6- Após a descoberta da complicação quais atitudes foram tomadas? Houve demora para a tomada de decisão?
- 7- Em quanto tempo foi transferida para um hospital de maior complexidade? Você acha que o tempo foi adequado ou longo?

- 8- Após a decisão de transferência, quanto tempo demorou o transporte?
Houve alguma complicação neste transporte? Quem acompanhou a mulher?
- 9- Quando chegou no serviço de referência demorou a ser atendida? Tinha médico na unidade? Você acha que aconteceu alguma falha neste serviço?
- 10-Em algum momento, precisou tomar sangue? Houve alguma dificuldade?
- 11-Em algum momento a família foi informada sobre a necessidade de tomar algum medicamento ou realizar procedimento que a unidade não dispunha?
- 12- Quanto tempo demorou da chegada da mulher no serviço até seu óbito?
- 13-Você acha que o atendimento foi respeitoso, desrespeitoso ou indiferente?

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
V GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE – GARANHUNS



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Régia Maria Batista Leite**, pesquisadora do Programa de Doutorado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz / Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, a desenvolver pesquisa no Setor de Informação em Saúde da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, da V Gerência Regional de Saúde, sob o título: **“Mortalidade Materna: Análise do Acesso e Continuidade do Cuidado”**, sendo orientada pelos Professores. Dr^a Maria Rejane Ferreira da Silva, Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes e Dr^a Thália Velho Barreto de Araújo. Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a V Gerência Regional de Saúde decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Garanhuns, 30 de Outubro de 2017

Atenciosamente,


Catarina Fabia Tenório Ferro
Gerente Regional

V GERES – Rua Joaquim Távora, 240 – Heliópolis - Garanhuns/PE Fone/Fax: (87) 3761- 8335 / 3761- 8345
Email: gerencia.vgeres@gmail.com

ANEXO B - Ficha de Investigação do óbito Materno



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

M5

Nº do Caso

Ficha de Investigação de Óbito Materno

Síntese, conclusões e recomendações

IDENTIFICAÇÃO DA FALECIDA	
1	Nome da Falecida
2	Nº da Declaração de Óbito
3	Data do óbito
4	Endereço de residência da família (Rua/Praça/Av.)
	Nº
	Compl.
	Bairro
	Distrito/Povoado
	Local
	<input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural
	Município de residência da família
	UF
5	Nº do Cartão SUS
6	Equipe/PACS/PSF
	<input type="checkbox"/> sem cobertura
7	Centro de Saúde/UBS
8	Distrito Sanitário/Administrativo
9	Município de ocorrência do óbito
	UF
Resumo do caso	
10	Fontes dos dados consultados
	<input type="checkbox"/> Prontuário ambulatorial <input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML
	<input type="checkbox"/> Prontuário hospitalar <input type="checkbox"/> Entrevista com profissionais de saúde <input type="checkbox"/> Autópsia verbal
11	Número de vezes que esteve grávida (excluindo a atual)
	____ vezes <input type="checkbox"/> Ign
12	Resultado das gestações anteriores
	<input type="checkbox"/> abortos/perdas fetais <input type="checkbox"/> partos vaginais (NV) <input type="checkbox"/> partos cesáreos (NV) <input type="checkbox"/> Ign
13	Data da última menstruação
	____ <input type="checkbox"/> Ign
14	Estabelecimento(s) de saúde onde fez o pré-natal
	<input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal
	Nome
	Código CNES
	Nome
	Código CNES
	Nome
	Código CNES
14.1	Tipo de estabelecimento
	<input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Não se aplica, pois não fez pré-natal <input type="checkbox"/> Ign
15	Número de consultas no pré-natal
	____ consultas <input type="checkbox"/> Ign
16	Idade gestacional na primeira consulta do pré-natal
	____ semanas ou ____ meses <input type="checkbox"/> Ign
17	Idade gestacional na última consulta do pré-natal
	____ semanas ou ____ meses <input type="checkbox"/> Ign
18	Foi acompanhada pelo pré-natal de alto risco?
	<input type="checkbox"/> Sim, qual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
19	Estabelecimento de saúde onde foi acompanhada pelo pré-natal de alto risco
	<input type="checkbox"/> Não se aplica
	Nome
	Código CNES
20	Foi cadastrada no SISPRENATAL?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
21	Local do parto ou aborto:
	<input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> No trajeto para o serviço de saúde <input type="checkbox"/> Ign
	<input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Outro estabelecimento de saúde. Qual?
22	Estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou aborto
	<input type="checkbox"/> Não se aplica
	Nome
	Código CNES
22.1	Tipo de estabelecimento
	<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado conveniado <input type="checkbox"/> Privado não conveniado <input type="checkbox"/> Filantrópico <input type="checkbox"/> Ign
23	Idade Gestacional no momento do parto ou aborto
	____ semanas ou ____ meses <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ign

24	Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
25	Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
26	A mulher teve acompanhante no momento do parto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
27	O óbito ocorreu	<input type="checkbox"/> Durante o abortamento <input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto, mas antes do bebê nascer <input type="checkbox"/> Entre o 43º dia e 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Após o abortamento <input type="checkbox"/> No parto ou até uma hora após o parto <input type="checkbox"/> Mais de um ano após o parto <input type="checkbox"/> Durante a gestação <input type="checkbox"/> No puerpério, até 42 dias do término da gestação <input type="checkbox"/> A investigação não conseguiu identificar o momento do óbito					
28	Em caso de óbito durante ou após abortamento, o aborto foi	<input type="checkbox"/> espontâneo	<input type="checkbox"/> induzido legalmente	<input type="checkbox"/> provocado <input type="checkbox"/> Ign			
29	Em caso de óbito durante parto, ou puerpério, qual foi o tipo de parto?	<input type="checkbox"/> parto vaginal	<input type="checkbox"/> parto com fórceps	<input type="checkbox"/> cesariana <input type="checkbox"/> Ign			
30	A investigação permitiu o resgate de alguma causa de óbito não-informada ou a correção de alguma antes informada?	<input type="checkbox"/> Não acrescentou nem corrigiu informação <input type="checkbox"/> Sim permitiu o resgate de novas informações <input type="checkbox"/> Sim permitiu a correção de alguma das causas informadas originalmente					
31	Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original						
Parte I	a)						
	b)						
	c)						
	d)						
Parte II							
32	A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da Declaração de Óbito além da causa e dos campos 43 e 44	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
33	Quais campos e que alterações						
	Campo	Original	Após a investigação				
	Campo	Original	Após a investigação				
	Campo	Original	Após a investigação				
	Campo	Original	Após a investigação				
34	Foi descartado óbito materno?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
35	Foi descartado óbito materno após	<input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar <input type="checkbox"/> Investigação hospitalar <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Investigação ambulatorial <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Outras fontes					
36	Classificação do óbito	<input type="checkbox"/> óbito de MIF não relacionado a gravidez	<input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico tardio (43 dias a 1 ano)	<input type="checkbox"/> ignorado			
		<input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico direto(até 42 dias)	<input type="checkbox"/> declarado	<input type="checkbox"/> inconclusivo			
		<input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico indireto(até 42 dias)	<input type="checkbox"/> não declarado	<input type="checkbox"/> não obstétrico			
37	Foram identificados problemas após a investigação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
Descrever os problemas identificados após a investigação		Falha no acesso			Falha na assistência		
Assinalar com um X as alternativas mais adequadas		1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo
38	Planejamento familiar	1	2	3	1	2	3
39	Pré-natal	1	2	3	1	2	3
40	Assistência ao parto	1	2	3	1	2	3
41	Assistência na maternidade	1	2	3	1	2	3
42	Assistência no Centro e Saúde/UBS	1	2	3	1	2	3
43	Assistência na urgência	1	2	3	1	2	3

44	Assistência no hospital	1	2	3		1	2	3
45	Dificuldades da família	1	2	3		1	2	3
46	Causas externas					1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo
						2	2	3
47	Organização do sistema/serviço de saúde					1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo
47.1	Cobertura da atenção primária					2	2	3
47.2	Referência e contra-referência					2	2	3
47.3	Pré-natal de alto risco					2	2	3
47.4	Leito de UTI – gestante de alto risco					2	2	3
47.5	Central de regulação					2	2	3
47.6	Transporte inter-hospitalar					2	2	3
47.7	Bancos de sangue					2	2	3
48	Este óbito poderia ter sido evitado?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> provavelmente evitável <input type="checkbox"/> provavelmente inevitável <input type="checkbox"/> Inconclusivo						
48.1	Assinale a classificação de evitabilidade para este caso							
	Lista brasileira	<input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 <input type="checkbox"/> 1.3 <input type="checkbox"/> 1.4 <input type="checkbox"/> 1.5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Inconclusivo						
49	Recomendações e medidas de prevenção							
49.1	Planejamento familiar							
49.2	Pré-natal							
49.3	Assistências ao parto							
49.4	Assistência na maternidade							
49.5	Assistência no Centro e Saúde/UBS							
49.6	Assistência na urgência/emergência							
49.7	Assistência no hospital							
49.8	Organização do sistema/serviço de saúde							
49.9	Outras							
50	Encaminhamentos							
51	O caso foi encaminhado para o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
52	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, qual a data do encaminhamento ao Comitê?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
53	O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna deu parecer?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
54	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, as causas do óbito corrigidas acima, expressam o parecer do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo Comitê						
55	Data da conclusão da investigação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
56	Responsável	Carimbo e rubrica						