



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

PRISCILA ALEXANDRA COLMIRAN

**QUASE MORTE MATERNA: SIGNIFICADOS E CAMINHOS  
EM LONDRINA – PR**

---

Londrina-PR  
2024

PRISCILA ALEXANDRA COLMIRAN

**QUASE MORTE MATERNA: SIGNIFICADOS E CAMINHOS  
EM LONDRINA – PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

.

Orientador(a): Profa. Dra. Marselle Nobre de Carvalho

Co-orientador(a): Prof(a). Dr(a). Mariana Haddad Rodrigues

Londrina-PR  
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

P959q Colmiran, Priscila Alexandra.  
Quase morte materna: : significados e caminhos em Londrina – PR / Priscila Alexandra Colmiran. - Londrina, 2024.  
92 f. : il.

Orientador: Marselle Nobre de Carvalho.  
Coorientador: Mariana Haddad Rodrigues.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.  
Inclui bibliografia.

1. Quase morte materna - Tese. 2. Saúde coletiva - Tese. 3. Gestação e Puerpério - Tese. 4. Vivências - Tese. I. Carvalho, Marselle Nobre de . II. Rodrigues, Mariana Haddad. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614

PRISCILA ALEXANDRA COLMIRAN

**QUASE MORTE MATERNA: SIGNIFICADOS E CAMINHOS EM  
LONDRINA – PR**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora Prof(a). Dr(a). Marselle Nobre  
de Carvalho  
Universidade Estadual de Londrina-PR

---

Coorientadora Prof(a). Dr(a). Mariana  
Haddad Rodrigues  
Universidade Estadual de Londrina-PR

---

Prof(a). Dr(a). Regina Melchior  
Universidade Estadual de Londrina-PR

---

Prof(a). Dr(a). Gabrielle Freitas Sagan  
Universidade Estadual de Londrina-PR

Londrina, 29 de maio de 2024.

**DEDICATÓRIA**

**Dedico este trabalho a todas as mães de  
anjos.**

## **AGRADECIMENTO(S)**

Em primeiro lugar agradeço a Deus e Nossa Senhora por me sustentarem até aqui, por toda fortaleza a mim dada, mesmo quando achava que não merecia ou que não daria conta.

Agradeço a minha família, mãe e esposo e filha por todo apoio e incentivo ao longo dos meus estudos e por compreenderem pelos momentos de ausência e pedidos de ajuda.

Agradeço aos meus amigos e parceiros de trabalho por todo apoio e suporte sempre que precisei me ausentar para os estudos.

Agradeço à minha orientadora Marselle Nobre de Carvalho, por aceitar o desafio de me orientar com um tema diferente de suas vivências e por acreditar e não desistir de lutar incansavelmente pelos direitos de todas as mulheres. Mariana Haddad, quanta gratidão em tê-la como coorientadora, por dividir seus conhecimentos, tempo e paciência, seus ensinamentos trouxeram luz e serenidade para a construção deste trabalho.

Glauca Osis Gonçalves, foi através de você que me aproximei deste tema e vê-la trabalhar com tanto empenho em prol da saúde das mulheres foi inspirador. Gratidão por ser esta referência e por todo suporte e orientações ao longo destes anos, não só em minha pesquisa, mas em meu trabalho como enfermeira e gestora.

Agradeço imensamente a todas as mulheres que se dispuseram em dividir suas histórias de vida comigo, que mesmo diante de toda dor vivenciada, acreditaram que com suas vivências poderiam ajudar outras mulheres.

Gratidão a Universidade Estadual de Londrina e Centro de Ciências da Saúde pela excelência em ensinar e acolher, desde minha graduação como enfermeira até o presente momento no mestrado.

Por fim, sou grata por conseguir transformar um momento pessoal de dor intensa em objeto de estudo para contribuir com a saúde e bem-estar de outras mulheres e pela possibilidade de atuar na atenção primária de Londrina, o que me permite colocar em prática meus conhecimentos e pela oportunidade de aprender coisas novas todos os dias com pessoas extraordinárias.

Existem muros que só a resiliência derruba. E pontes que só o afeto constrói.  
Cora Coralina

COLMIRAN, Priscila, Alexandra. **QUASE MORTE MATERNA: Significados e caminhos em Londrina – PR.** 2024. 92 folhas. Exame de Qualificação/Defesa de Mestrado/ Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

## RESUMO

O presente estudo traz a abordagem de um tema de grande relevância social, a mortalidade materna e como a avaliação dos casos de quase morte materna/near miss materno, podem subsidiar as políticas de saúde materno infantil para evitar esse desfecho. Este trabalho foi desenvolvido por meio de estudo qualitativo, na perspectiva das narrativas e escuta de quatro mulheres que vivenciaram a quase morte materna através de entrevistas de profundidade e análise de conteúdo. Dentre os objetivos do trabalho estão a caracterização das mulheres que sofreram este agravo, a abordagem das demoras assistenciais em saúde, a compreensão destas mulheres sobre o evento de quase morte ocorrido com elas e a reconstrução por meio de figuras dos caminhos percorridos em busca de assistência. Os resultados obtidos evidenciaram pontos frágeis em comum tanto na saúde pública, quanto nos serviços de saúde suplementar, envolvendo questões relacionadas a informações insuficientes ou falta delas, qualificação profissional, acolhimento, questões de gênero e violação de direitos. Para as usuárias do serviço público o diferencial acrescentado foi a dificuldade de acesso aos serviços especializados para realização do pré-natal de alto risco. Este trabalho revelou como fundamental o papel da atenção primária à saúde, principalmente pela possibilidade de interferência direta nas demoras assistenciais I e II. As ações de avaliação e monitoramento sistemáticos dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil, bem como o reconhecimento dos territórios e de outros determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença são imprescindíveis para direcionamento das políticas públicas de saúde, bem como para a reorganização dos processos de trabalho nos serviços públicos e privados. Utilizar os casos de quase morte materna como evento sentinela, demonstra-se uma ferramenta importante para elaborar propostas de vigilância, a fim de evitar a morte materna como desfecho final.

**Palavras-chaves:** Quase morte materna; Mortalidade materna; Atenção primária; Acontecimentos que mudam a vida; Saúde materno-infantil; Vigilância em saúde pública.

COLMIRAN, Priscila, Alexandra. NEAR MISS MATERNAL. Meanings and paths in Londrina - PR. 2024. 92 sheets. Master's Degree Qualifying Exam/Dissertation (Master's Degree in Collective Health) - State University of Londrina, Londrina, 2024.

## **ABSTRACT**

This study concerns a theme of great social importance which is maternal mortality and how maternal near miss assessments may influence public health policies to avoid this outcome. The present paper has a qualitative approach, using speeches and listening to four women who experienced near miss. The aim of the study was to characterize these women and to address the three delays model in health care, and to understand how these women comprehended the near miss they experienced, and to retrace the paths they endured to seek health care by designing images. The results of this study point to deficient care both in primary health care as well as in the supplementary health care services, regarding insufficient information provided to them, professional qualifications, humanization, gender and rights violation. Participants who used public health care services also had difficulties to reach specialized care to attend high risk prenatal care. This study revealed that Primary Health Care is fundamental, specially because it is sensitive to the health care delays I and II. The systematic assessment and monitoring of maternal and infant morbimortality rates as well as the recognition of territories and health social determinants involved in the health-sickness process are fundamental for designing Health Public Policies. Furthermore, these actions are important for the reorganization of work processes provided by public and private health care services. Using near miss cases as sentinel events is a relevant tool to implement vigilance actions in order to avoid maternal death outcomes.

**Key Words:** Near miss; Maternal mortality, Primary health care; Life changing events; Maternal and child health; Public health surveillance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Os caminhos de Maria.....	43
<b>Figura 2</b> – Os caminhos de Rosa .....	48
<b>Figura 3</b> – Os caminhos de Luna.....	53
<b>Figura 4</b> – Os caminhos de Vitória .....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE – AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO  
AP – ATENÇÃO PRIMÁRIA  
APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
CAM – CENTRO DE ATENDIMENTO A MULHER  
CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS  
CISMEPAR – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO MÉDIO PARANAPANEMA  
CRAS – CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL  
CREAS – CENTRO ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL  
CT – CONSELHO TUTELAR  
FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
GTARO – GRUPO DE TRABALHO PARA AGILIZAÇÃO E REVISÃO DO ÓBITO  
GTR – GRUPO REGIONAL DE TRABALHO DO PANAMÁ  
ODS – OBJETIVOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO MILENIO  
OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
OPAS – ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE  
PSO – PRONTO SOCORRO OBSTÉTRICO  
PUC – PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
REDCap – RESEARCH ELETRONIC DATA CAPTURE  
RMM – RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA  
SAAF - SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLIPÍDEO  
SAMU – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA  
SESA – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
UCI – UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS  
UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
UTI – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
2.1	QUASE MORTE MATERNA (NEAR MISS MATERNO) – CONHECENDO O TERMO.....	18
<b>3</b>	<b>MAGNITUDE</b> .....	<b>21</b>
3.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A QUASE MORTE MATERNA .....	23
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>26</b>
4.1	OBJETIVO GERAL .....	26
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	26
<b>5</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>27</b>
5.1	TIPO DE PESQUISA .....	27
5.2	LOCAL .....	28
5.3	RESEARCH ELETRONIC DATA CAPTURE (REDCAP) .....	30
5.4	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	31
5.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	31
5.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	32
5.7	TRABALHO DE CAMPO.....	32
5.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	34
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>35</b>
6.1	VIVÊNCIAS – NARRATIVAS DE MULHERES QUE VIVENCIARAM O EVENTO DE QUASE MORTE MATERNA .....	37
6.2	MARIA.....	37
6.3	ROSA .....	43
6.4	LUNA .....	49
6.5	VITÓRIA .....	54
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES</b> .....	<b>60</b>

<b>8</b>	<b>CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA NA APS .....</b>	<b>69</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>72</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>79</b>
	<b>APÊNDICE 1 – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA .....</b>	<b>80</b>
	<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> <b>– Entrevista Presencial.....</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> <b>PARA AMBIENTE VIRTUAL .....</b>	<b>83</b>
	<b>APÊNDICE 4 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE VOZ E/OU</b> <b>IMAGEM .....</b>	<b>85</b>
	<b>APÊNDICE 5 – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO .....</b>	<b>87</b>
	<b>APÊNDICE 6 – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO .....</b>	<b>89</b>
	<b>APÊNDICE 7 – ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>90</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Olá, sou Priscila, esposa e mãe da Sophia (*in memoriam*) e da Sarah, enfermeira obstetra e sanitarista, trabalhadora, que atua na gestão da pasta de saúde da mulher na atenção primária do município de Londrina, apaixonada por saúde pública e saúde da mulher.

Minhas motivações para estudar são muitas! O mestrado era um sonho há algum tempo, que enfim chegou e se tornou real! Chegar até aqui não foi fácil! Foi uma jornada com muitas alegrias, tristezas e dificuldades e muitos aprendizados. Ir para as aulas era um afago na alma, pois via a oportunidade de aprender, de me qualificar e melhorar meu trabalho enquanto enfermeira, gestora e pessoa.

Mas, a principal motivação para realizar este estudo foi ter vivido um evento de quase morte materna em 2015, o qual fui perceber a relação com o tema de estudo em 2018, quando comecei a receber as notificações de quase morte materna da 17ª Regional de Saúde para avaliação no âmbito municipal da atenção primária à saúde. Até então, sabia da gravidade do ocorrido comigo, mas, não tinha conhecimento ainda do termo quase morte materna ou *near miss* materno.

Começar a avaliar estas notificações, trouxe um certo incomodo, pois a partir deste momento, comecei a perceber junto às unidades de saúde o desconhecimento deste agravo junto aos profissionais e a falta de percepção das mulheres que viveram a quase morte sobre a gravidade do que ocorreu com elas e o quanto essa falta de informação poderia repercutir de forma negativa na vida reprodutiva ou mesmo em uma próxima gestação.

Não culpo nossas equipes pelo desconhecimento, pois mesmo durante a graduação estamos acostumados a lidar com o desfecho final destes casos, o foco dos estudos acabam sendo os indicadores de mortalidade, materna, infantil e fetal. No entanto, me chama a atenção, o quanto seria importante estudarmos o evento de quase morte materna, visto que sua ocorrência é maior que os óbitos e traz amplas repercussões tanto para a mulher, quanto para os bebês que sobrevivem a este agravo.

A partir desta experiência que vivi e do meu desejo em conhecer mais sobre o tema, vi no mestrado a oportunidade de adquirir mais conhecimentos e levar informações para as equipes que atuam na atenção primária e para as mulheres que

estão gestando. Vi também a chance de abordar os casos de quase morte materna de uma forma diferente, trazendo este tema mais próximo da atenção primária, visto que esse assunto é abordado com mais frequência nos ambientes hospitalares. No entanto, o evento de quase morte pode ser prevenido ou identificado de forma precoce pelas equipes das unidades básicas de saúde.

Trago este assunto para discussão, pela sua relevância e importância no contexto social e de saúde, visto que o estudo deste agravo pode contribuir de forma útil para o desenvolvimento de intervenções que possam melhorar a rede de assistência materno infantil e intervir antes que o óbito materno ocorra.

O evento de quase morte materna, deixa sequelas, não apenas físicas, mas também na alma, a perda prematura de um filho, como ocorreu comigo ou sequelas decorrentes de um parto prematuro ou do agravo materno em qualquer período da gestação.

Realizar esta pesquisa, foi muito gratificante, pois tive a oportunidade de ouvir outras mulheres que passaram por isso e que puderam compartilhar a sua história, me ajudando a compreender um pouco do que podemos fazer enquanto profissionais e gestores para melhorar e fortalecer a nossa rede de cuidados. Pude perceber que mesmo na saúde pública e suplementar os caminhos destas mulheres se interceptam em alguns aspectos, que as questões de gênero estão presentes em diferentes classes sociais e que a violência institucional infelizmente ainda é muito presente nos serviços de saúde.

Espero que a partir de minha experiência, como mulher e mãe, somada às experiências de outras mulheres e meu conhecimento técnico possam contribuir com aqueles que prestam o cuidado diretamente à usuária na atenção primária, tão importante e muitas vezes ainda tão desvalorizada, mas que a todo tempo é lembrada como ordenadora do cuidado.

Sou grata por me sentir fortalecida e fazer de uma história difícil e triste, que ainda reverbera em meu coração, um ponto de partida para contribuir com melhorias no cuidado de outras mulheres e daqueles que se dispõem a cuidar do próximo, em especial na saúde coletiva.

## 2 INTRODUÇÃO

A morte materna é um evento trágico, não só pelas repercussões causadas no âmbito familiar, mas também porque a maioria delas é considerada evitável. São óbitos evitáveis, tanto pela melhoria dos determinantes sociais através de políticas públicas que garantam os direitos humanos e reduzam as iniquidades, como pela ação dos serviços de saúde, que são os determinantes proximais na cadeia de eventos que antecedem a morte materna e têm a capacidade de atenuar as injustiças sociais, através de uma assistência universal e de qualidade (Rosendo; Roncalli, 2015).

As soluções de saúde para prevenir ou tratar complicações gravídico puerperais são bem conhecidas. Todas as mulheres precisam de acesso a cuidados pré-natais durante a gravidez, cuidados especializados durante o parto e cuidados e apoio nas primeiras semanas após o parto (OPAS, 2024).

Desde a Conferência do Cairo (Egito), ocorrida em 1994, foi pactuado que os países deveriam se esforçar para reduzir suas razões de mortalidade materna (RMM) em 75%, empregando grandes esforços para garantir a melhoria da assistência prestada à gestante, puérperas e seus bebês e, em consequência, reduzir os óbitos maternos (Fundo de População das Nações Unidas, 1994).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), todos os dias, aproximadamente 830 mulheres morrem de causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto em todo o mundo e 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento (OPAS, 2024).

No período de 2009 a 2019, o Brasil apresentou um declínio significativo nas taxas de mortalidade materna, passando de cerca de 72 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos para cerca de 58 óbitos maternos (BRASIL, 2021).

No entanto, o progresso na redução da mortalidade materna permaneceu estagnado nos últimos anos e está bem acima da meta estabelecida para o país no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): 30 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030. Cerca de 67% das mortes são decorrentes de causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério por intervenção, negligência, tratamento incorreto ou

eventos decorrentes dessas causas (Ferrera; Coutinho; Queiroz, 2023).

De acordo com o Grupo de Trabalho Regional do Panamá para a Redução da Mortalidade Materna (2023), em uma declaração conjunta sobre redução da morbimortalidade materna, embora todas as mulheres estejam em risco de sofrer complicações relacionadas com a gravidez, existe uma relação clara entre o status socioeconômico e o aumento do risco de doença e morte materna. Essas mortes continuam sendo a expressão da desigualdade de gênero, etnia, local de residência e escolaridade, aspectos associados ao nível socioeconômico. Existe também uma RMM mais elevada entre as mulheres indígenas, mulheres de origem africana, mulheres migrantes, mulheres que vivem na pobreza, e mulheres que vivem em zonas rurais. Essas desigualdades aumentaram no contexto da pandemia de COVID-19 devido à sobrecarga dos sistemas de saúde, as medidas de isolamento, e a uma diminuição da oferta e procura de serviços, bem como da qualidade dos cuidados (PAHO, 2023).

Este mesmo documento menciona que na América Latina e no Caribe, a maioria das mortes maternas resulta de causas evitáveis: hemorragia, hipertensão induzida pela gravidez, complicações relacionadas com o aborto inseguro, e sepse, bem como causas indiretas, tais como infecções respiratórias agudas graves. Apesar da natureza evitável destas mortes, a mortalidade materna continua a aumentar em toda a região devido a relevantes problemas sistêmicos, incluindo acesso limitado a unidades de saúde e cuidados maternos respeitosos, bem como a falta de pessoal qualificado (OPAS, 2023).

Da mesma forma que interferem na ocorrência da morte materna, os determinantes sociais e os sistemas de saúde também desempenham papel importante no contexto da morbidade materna. O estudo dos casos mais graves de morbidade materna, também conhecidos como casos de quase morte materna, tem sido colocado como estratégico para a redução da mortalidade materna e para a avaliação da assistência obstétrica (Rosendo; Roncalli, 2015).

Neste trabalho será utilizado o termo quase morte materna para a abordagem do near miss materno, com o objetivo de tornar sua leitura mais próxima da nossa realidade em saúde.

O monitoramento dos casos de quase morte materna está estabelecido como fonte de informações para identificação de fragilidades na rede e consequente geração de ações para redução da mortalidade materna. As

informações produzidas servem de apoio para a promoção das ações políticas, mobilização e qualificação dos profissionais (Paraná, 2022).

A avaliação dos casos de quase morte materna tem como principais objetivos identificar as três demoras e atuar no aprimoramento da gestão regional e municipal da Linha de Cuidado, a fim de garantir o acesso, qualificar o atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS), Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH) e impedir novos desfechos graves evitáveis (Paraná, 2022).

Para Santana e colaboradores (2018), o conceito de quase morte materna permite avaliação da qualidade da assistência obstétrica, representando uma ferramenta a ser utilizada na prática obstétrica rotineira, ao identificar mulheres que estejam sob maior risco de evolução para quadros graves, permitindo a rápida implementação de medidas de tratamento e suporte.

A taxa de incidência da quase morte materna varia em diferentes contextos e países, mas estudos têm estimado essa taxa em várias regiões. A seguir algumas estimativas:

No Brasil, um estudo multicêntrico realizado entre 2021 e 2023 estimou uma incidência de quase morte materna de 9,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos. Além disso, a razão de mortalidade da quase morte materna foi de 30,8 casos para cada morte materna (Domingues *et al.*, 2024).

Em uma revisão sistemática que incluiu vários países, a taxa média de quase morte materna foi de 8,2 casos por 1.000 nascidos vivos. Essa revisão também relatou um índice de mortalidade materna de 6,3% e uma relação caso/fatalidade de 16:1 (Souza *et al.*, 2006)

Para Dias e colaboradores (2014), outro estudo realizado em hospitais brasileiros mostrou uma incidência de quase morte materna de 10,21 por mil nascidos vivos. Os critérios clínicos foram os mais prevalentes para identificação do quase morte materna.

Quando analisada a incidência do quase morte materna segundo as características demográficas e socioeconômicas, verificou-se que ela foi maior nos extremos da idade reprodutiva, com as maiores taxas sendo observadas entre as adolescentes na faixa de 10-14 anos de idade e entre as mulheres com mais de 35 anos (Dias *et al.*, 2014).

Esses dados destacam a importância de monitorar o quase morte materna como um indicador de saúde materna e de implementar estratégias para

melhorar o cuidado durante a gravidez e o parto.

Para Pereira e colaboradores (2020), quase morte materna está associada a diversos fatores que podem influenciar a saúde materna e os resultados durante a gravidez e o parto. Neste estudo foram destacados alguns dos principais fatores identificados:

1. **Características Maternas:** mulheres com idade maior que 35 anos (idade materna avançada), parto cesáreo, tabagismo, síndrome hipertensiva e diabetes mellitus pré-gestacional são fatores de risco associados a ocorrência do quase morte materna, gemelaridade, primiparidade, baixa escolaridade
2. **Organização dos Serviços de Saúde:** qualidade do pré-natal é crucial para identificar riscos e tomar medidas preventivas e local adequado com estrutura de realização do parto.
3. **Práticas Hospitalares e Aleitamento Materno:** O aleitamento materno exclusivo após o parto é importante para a saúde do recém-nascido e da mãe. Práticas hospitalares, como manter o bebê no colo da mãe na sala de parto e promover o alojamento conjunto, influenciam o aleitamento materno.

A prevenção da quase morte materna envolve cuidados pré-natais adequados, atenção às características maternas e organização eficiente dos serviços de saúde. Além disso, incentivar o aleitamento materno exclusivo é fundamental para a saúde neonatal e materna.

## 2.1 QUASE MORTE MATERNA (NEAR MISS MATERNO) – CONHECENDO O TERMO

O termo quase morte materna passou a ser utilizado durante a Segunda Guerra Mundial, no contexto que se referia a uma bomba que não acertava diretamente o alvo pretendido, mas ainda caía perto o suficiente para causar danos à embarcação naval ou alvo. Essa expressão era usada para descrever situações em que o impacto quase ocorria, mas por sorte ou circunstâncias favoráveis, o dano real foi evitado. A ampla adoção do termo ocorreu durante a guerra, quando relatórios frequentes mencionavam esses eventos (Merriam-Webster, 2024).

O termo “Quase morte materna” é amplamente utilizado para descrever situações em que algo quase aconteceu, mas não se concretizou. A lógica por trás do uso desse termo é que o “quase acerto” sugere proximidade, não sucesso. Portanto, o “near” em “Quase morte materna” se refere à proximidade, não ao acerto. Mesmo que o evento tenha sido evitado, ainda é considerado um “Quase morte materna”. Em resumo, esse termo destaca a importância de aprender com eventos que quase resultaram em erros, contribuindo para a segurança e prevenção de danos (Ferreira; Coutinho; Queiroz, 2023).

A OMS define um caso de quase morte materna como aquele em que uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou puerpério. A sua utilização como indicador da saúde materna apresenta algumas vantagens, como: maior frequência de casos, possibilidade de entrevistar a mulher sobrevivente e possibilidade de implementar um sistema de vigilância prospectivo, por se comportar como evento sentinela. Além disso, é útil para a avaliação da qualidade do serviço de saúde e pode se comportar como um indicador do impacto de políticas públicas direcionadas à melhoria da saúde materna (Rosendo; Roncalli, 2015).

No Brasil o termo quase morte materna é amplamente utilizado nas publicações nacionais sobre segurança do paciente, especialmente sobre erros de medicação, sendo traduzido como quase erro. A mais recente publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre taxonomia em segurança do paciente apresenta nove definições para o quase morte materna que, em suma, o conceituam como um incidente que, por algum motivo, planejado ou pelo acaso, foi interceptado antes de atingir o paciente e poderia ou não causar danos.

A morbidade materna grave, também conhecida como quase morte materna, é um evento de quase morte causado por complicações graves ocorridas com a mulher durante a gravidez, parto ou puerpério. Esse indicador é utilizado em diversos países como uma ferramenta para prevenção da morbimortalidade materna. Identificar casos de quase morte materna pode ser uma estratégia alternativa e complementar para reduzir a ocorrência de mortes maternas (Say, 2009).

Em 2009, a OMS propôs uma classificação do quase morte materna com base em critérios de disfunção orgânica. Essa abordagem visava estabelecer uma padronização internacional dos parâmetros, permitindo a comparabilidade entre

diferentes estudos, instituições e países.

Para Ferreira, Coutinho e Queiroz (2023), as complicações maternas graves durante a gravidez podem representar riscos significativos para a saúde da mãe e do bebê. Embora o guia *The WHO near-miss approach for maternal health - Quase acidente*, uma abordagem à saúde materna da OMS, inicialmente adote cinco critérios de inclusão para complicações graves – hemorragia pós-parto grave, pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, sepse/infecção sistêmica grave e rotura uterina –, é importante reconhecer que outras condições clínicas também podem ser consideradas complicações maternas graves.

Além disso, as intervenções críticas são essenciais para o manejo dessas condições, sem essas, a saúde da mãe estaria em risco. As principais intervenções críticas incluem transfusões sanguíneas, radiologia intervencionista e cirurgias de emergência na cavidade abdominal, como histerectomias (excluindo cesáreas). É fundamental que as gestantes recebam acompanhamento pré-natal adequado para detectar e tratar precocemente qualquer complicação que possa surgir durante a gravidez (Ferreira; Coutinho; Queiroz, 2023).

Ferreira e colaboradores (2023), cita que as complicações, nesse contexto, podem ser classificadas como baixo risco de morte, condições potencialmente ameaçadoras à vida, incluindo a morbidade materna grave e, por fim, os desfechos maternos graves, como quase morte materna e o óbito materno.

Os casos de quase morte materna representam uma categoria de morbidade materna grave que se encontra no extremo da gravidade. Eles compartilham com os óbitos maternos os mesmos desafios e obstáculos associados ao cuidado durante a gravidez, parto e puerpério.

Uma das principais vantagens de se utilizar casos de quase morte materna ao invés de mortes maternas para as auditorias ou análises de casos, é que as complicações obstétricas ocorrem com maior frequência do que as mortes, o que possibilita uma análise quantitativa mais abrangente (WHO, 2004).

Esses casos podem ser utilizados como eventos sentinela, alertando para a necessidade de melhorias no sistema de saúde materna (Domingues *et al.*, 2024).

### 3 MAGNITUDE

No Paraná, os casos de quase morte materna são identificados por quadros graves ou gravíssimos de morbidades relacionadas à gestação, parto ou puerpério e/ou que ocorrem durante a gestação, parto, puerpério e após o puerpério, inclusive aqueles que possuem o óbito como desfecho (Paraná, 2022).

No estado, em 2010, foram identificadas 4.890 internações por morbidade materna grave, com uma taxa de 52,9 internações por 1.000 partos. As principais causas de internação incluíram pré-eclâmpsia (28,2%), hemorragia grave (23,7%) e disfunção do sistema imunológico (14,0%). É importante prestar maior atenção às gestantes a partir dos 35 anos de idade, pois elas apresentaram maiores taxas de quase morte materna (Silva *et al.*, 2016).

Em qualquer cenário, as mulheres que desenvolvem complicações graves durante a gestação, compartilham muitos fatores patológicos e circunstanciais. Enquanto algumas dessas gestantes morrem, uma proporção delas sobrevive por pouco. Ao avaliar tais casos como desfechos maternos graves tanto quanto os casos de “quase perda” – quase morte materna - quanto os óbitos maternos, muito pode ser aprendido sobre os processos ocorridos ou a sua falta no cuidado das gestantes, visto que as complicações maternas graves são definidas como “condições potencialmente ameaçadoras à vida” (OMS, 2011).

A abordagem do quase morte materna produz resultados que orientam decisões políticas para a melhoria da qualidade do cuidado à saúde materna em serviços de atendimento à saúde (OMS, 2011).

Ferreira e colaboradores (2023), referem que neste contexto, as vantagens de um sistema de vigilância de quase morte materna estão associadas à possibilidade da análise da eficácia e efetividade das intervenções adotadas que impediram o óbito materno. Há também a oportunidade de obter informações sobre a assistência e outros fatores associados ao evento junto à mulher que o experimentou.

Assim, pelo fato de a incidência de quase morte materna ser mais alta que a de óbito, oportuniza informações mais específicas, principalmente em regiões menos populosas. Considerado o compromisso assumido por diversas nações para melhoria da saúde materna e infantil, não apenas os óbitos devem ser reduzidos, mas as demais condições que podem causar sequelas irreversíveis à saúde sexual

e reprodutiva das mulheres (OMS, 2011).

No que concerne à saúde materna, destaca-se a necessidade de investimentos em intervenções baseadas em evidências robustas capazes de proporcionar uma análise eficiente e confiável dos determinantes dos processos saúde-doença (Say, 2009).

Nesse contexto, ainda que o óbito seja evento sentinela para avaliação e monitoramento da qualidade da assistência obstétrica, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a comunidade científica recomendam a implementação de sistemas de vigilância em morbidade materna grave e quase morte materna, em complemento aos sistemas de vigilância do óbito, dado que a morte representa apenas uma parcela de desfechos maternos graves (Ferreira; Coutinho; Queiroz, 2023).

Ao falarmos de mortalidade materna e ocorrência de eventos de morbidade materna grave ou quase morte, é necessário destacar a importância das demoras assistenciais, a avaliação desses itens durante o processo de análise dos casos, colabora com a identificação dos pontos de fragilidade na rede assistência (OPAS, 2009).

A maior frequência de demoras na assistência obstétrica está diretamente relacionada ao pior desfecho materno. Essa constatação é crucial para compreender e melhorar a segurança na assistência a gestantes e puérperas (Pacagnella *et al.*, 2014).

Thaddeus e Maine (1994) destacaram que mulheres que falecem devido a condições relacionadas à gravidez frequentemente chegam às unidades de saúde em estados tão críticos que a intervenção para salvar suas vidas se torna inviável. A demora na assistência prestada a essas mulheres está diretamente ligada ao risco de morte, não apenas à condição de saúde que apresentavam anteriormente. As autoras identificaram três fases em que essa demora pode ocorrer:

- I. **Demora na Decisão de Buscar Assistência:** nessa fase, a mulher ou sua família hesitam em procurar ajuda médica, seja por falta de reconhecimento dos sinais de alerta ou por barreiras sociais, culturais ou econômicas.
- II. **Demora na Chegada à Unidade de Saúde:** mesmo quando a decisão de buscar assistência é tomada, a demora em chegar à unidade de saúde pode ser crítica. Isso pode ocorrer devido à distância geográfica,

falta de transporte adequado ou dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

- III. **Demora no Recebimento de Atendimento Adequado:** uma vez na unidade de saúde, a demora em receber atendimento adequado pode ser fatal. Isso pode ser causado por falta de recursos, infraestrutura inadequada, falta de pessoal treinado ou falhas no sistema de saúde.

Essas fases são cruciais para entender os desafios enfrentados pelas mulheres em emergências obstétricas e para melhorar a qualidade da assistência materna. A identificação precoce desses pontos críticos pode ajudar a salvar vidas e reduzir a morbidade materna (Thaddeus; Maine, 1994).

### 3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A QUASE MORTE MATERNA

Dentre as três demoras assistenciais, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental principalmente nas demoras I e II. Dentre as ações da AP, a educação em saúde e a assistência pré-natal de qualidade são indispensáveis para que a gestante e sua rede de apoio tenham conhecimento sobre os sinais de alerta e quais serviços buscar nos casos de dúvidas ou intercorrências, interferindo de forma direta na busca por cuidado e tratamento em tempo oportuno e local adequado.

O portal de boas práticas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2020), considera que a equipe multidisciplinar e a ampla compreensão do contexto territorial local, faz com que a APS tenha ferramentas muito importantes para auxiliar que as mulheres e famílias identifiquem condições de gravidade e busquem a unidade de saúde no momento oportuno. Primeiramente permitindo a identificação dos riscos, melhorando a educação em saúde para que a mulher, sua família e seu contexto social comunitário consigam identificar as condições de gravidade. A partir da identificação dos sinais de gravidade ela pode buscar atendimento médico, diminuindo a demora I e, conseqüentemente, ajudando a reduzir a demora III, uma vez que se reduzem os riscos de a usuária evoluir para uma condição de maior gravidade.

Para Astier-Peña, Torijano-Casalengua, Olivera-Cañadas e Panesar *et al.* (2015), a APS tem papel fundamental no cuidado, uma vez que é a porta de entrada

do paciente no sistema de saúde e requer o monitoramento da qualidade e segurança dos serviços que dispensa. Conhecer as consequências dos eventos adversos e as razões dos incidentes quase morte materna pode auxiliar na busca de um atendimento seguro.

O pré-natal na APS, corresponde a um momento de grande importância para reconhecimento dos riscos gestacionais, por meio da estratificação do risco gestacional a cada consulta, identificação precoce de sinais de alerta, bem como outros riscos que podem interferir na qualidade do atendimento como riscos sociais, territoriais, tais como: escolaridade, moradia, saneamento básico, redes de apoio familiar e territoriais, violências, que podem ter ação direta ou indiretamente na adesão e compreensão das recomendações feitas durante o pré-natal (Fiocruz, 2020).

A APS também pode melhorar sua articulação com os serviços de saúde, a partir da organização da rede, considerando os níveis de atenção secundário e terciário e o transporte adequado, quando necessário. Outro ponto, considerado um desafio, está relacionado à comunicação entre as instituições de referência de alto risco, as maternidades secundárias e terciárias, para que estes serviços se comuniquem com a atenção primária e discutam com os gestores locais e regionais, como melhorar e qualificar esses serviços (Fiocruz, 2020).

A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA) considera que a investigação e a discussão dos casos devem ser realizadas no território, para identificação de fatores que podem ter contribuído para o desfecho grave, a fim de definir ações de qualificação, bem como articular em conjunto com a vigilância em saúde, gestor e representantes de outros setores e serviços (hospitais, ministério público, conselho tutelar, centro de referência em assistência social (CRAS), secretaria de segurança, rede conveniada, prestadores de serviços) parcerias e ações conjuntas para fortalecer o cuidado em rede (Paraná, 2022).

A análise das notificações de quase morte materna auxilia na identificação das três demoras e a atuar no aprimoramento da gestão regional e municipal da linha de cuidado, a fim de garantir o acesso, qualificar o atendimento na APS, AAE e AH e impedir novos desfechos graves evitáveis (Paraná, 2022).

Outro ponto importante é a participação nos Comitês de Mortalidade Materna organizados pelas instituições e instâncias municipais, regionais e estaduais. A discussão dos casos de óbito e quase morte materna tem papel

fundamental nisso. Não é só demonstrar o que aconteceu e como aconteceu, os comitês podem ajudar na organização da Rede (Fiocruz, 2020).

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender os significados e os caminhos percorridos pelas mulheres que vivenciaram quase morte materna no município de Londrina – PR.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as mulheres que vivenciaram quase morte materna;
- Identificar os fatores sociais, econômicos, demográficos e de assistência à saúde relacionados ao quase morte materna;
- Abordar as demoras assistenciais relacionadas ao quase morte materna no âmbito da rede de atenção à saúde;
- Conhecer os significados/compreensão da quase morte materna pelas mulheres entrevistadas que vivenciaram o evento;
- Representar através de figuras o caminho percorrido pelas gestantes e puérperas em busca de cuidado na rede de atenção à saúde.

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

Propomos a dinâmica de pesquisa organizada em duas etapas. A primeira incluiu levantamento bibliográfico, documental e estatístico sobre a temática, recorrendo a dados secundários oriundos de busca no banco da plataforma Research Electronic Data Capture (REDCap) da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) – PR.

A segunda fase consistiu em realizar um estudo qualitativo utilizando a pesquisa de campo com o emprego de entrevista de profundidade com usuárias que vivenciaram o evento de quase morte materna.

### 5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório e analítico com abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa é caracterizada por buscar os significados que os sujeitos atribuem aos fatos, às interações, às práticas e aos fenômenos sociais. Essa abordagem visa levar em conta a singularidade e a complexidade das relações que ocorrem nos contextos sociais. Por meio da pesquisa qualitativa, é possível realizar uma interpretação aprofundada dos fenômenos observados e compreender como o objeto de estudo se apresenta em sua extensão. Essa abordagem é especialmente relevante para explorar nuances, contextos e subjetividades que não podem ser capturadas apenas por métodos quantitativos. Ao dar voz aos sujeitos e considerar suas perspectivas, a pesquisa qualitativa enriquece nossa compreensão da realidade social e humana (Minayo; Deslandes; Gomes, 2009).

Neste sentido, a investigadora assumiu uma relação direta com o objeto de sua pesquisa estabelecendo conexões com o vivido de maneira a experimentar realidades a partir de imersão em contextos, observações, entrevistas e apreensão de relatos dos sujeitos que estão diretamente ligados com aquilo que se pretende conhecer. O/a pesquisador/a que trabalha com estratégias qualitativas atua com a matéria-prima das vivências, das experiências, da cotidianidade e analisa as estruturas e as instituições, mas entendem-nas como ação humana objetivada (Minayo; Deslandes; Gomes, 2009).

As entrevistas foram pautadas e analisadas considerando a história oral, proposta por Meihy (1996). A história oral pode ser dividida em três formas:

1. **História Oral de Vida:** nesse formato, as pessoas relatam suas experiências e detalhes de vida de forma ampla e abrangente.
2. **História Oral Temática:** aqui, a pesquisa está relacionada à definição prévia de um tema específico e pré-determinado. As pessoas falam sobre suas experiências relevantes para esse tema.
3. **Tradição Oral:** Refere-se à transmissão de conhecimento, histórias e cultura de geração em geração por meio da oralidade.

A pesquisa baseada na história oral temática é relevante para compreender aspectos específicos e aprofundados de determinado tema, permitindo que os participantes compartilhem suas vivências de maneira significativa (Meihy, 1996).

O trabalho de campo utilizando o método da história oral é uma ferramenta valiosa para compreender as perspectivas e visões de mundo dos participantes da pesquisa. Por meio de testemunhos pessoais, podemos acessar diretamente as experiências vividas e as histórias compartilhadas que constituem e moldam as realidades sócio-históricas dentro de um grupo específico. Essa abordagem nos permite capturar nuances, contextos e significados que muitas vezes não estão presentes em outras formas de pesquisa. Ao ouvir as vozes dos participantes, podemos enriquecer nossa compreensão das complexidades da vida humana e das dinâmicas sociais (Humerez, 1998).

## 5.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada no âmbito do município de Londrina.

Londrina, município de grande porte da região norte do Paraná, com cerca de 555.965 pessoas (IBGE, 2023), segunda maior população no Estado do Paraná. Em 2023, as taxas de mortalidade infantil na cidade foram de 11,77 para 1.000 nascidos vivos e a razão de mortalidade 15,74 por 100.000 nascidos vivos.

Londrina é município sede da 17ª Regional de Saúde do Paraná, que atende 20 municípios da região além da sede, contemplando cerca de 956.008 habitantes.

O município também conta com um Comitê de Prevenção à Mortalidade Infantil, Materna e Fetal desde 1999, instituído por meio da Portaria 01/1999 de 17/05/1999. No ano 2000 o Comitê passa a atuar de forma independente, visto que, anterior a esta data as investigações eram realizadas em conjunto com o Comitê

regional. Em 2011 passam a ser investigados os óbitos fetais de gestações com 20 semanas ou mais e/ou de fetos com 500 gramas ou mais. Compõem cadeira fixa no Comitê, membros da secretária municipal de saúde de Londrina, instituições de ensino, hospitais públicos e privados.

O município possui 54 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 42 na zona urbana e 12 em zona rural, dois (02) hospitais de grande porte para atendimento de gestantes de alto risco pelo SUS, sendo um deles hospital universitário e outro filantrópico, além de outros serviços hospitalares da rede privada. Londrina possui dois (02) ambulatórios especializados para atendimentos de gestação de alto risco (Hospital de Clínicas e Unidade Faria Lima) e outros dois (02) ambulatórios para atendimentos de risco intermediário (Consórcio Intermunicipal do Médio Paranapanema - CISMEPAR e Pontifícia Universidade Católica - PUC). A rede de atendimento também é composta de duas (02) Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e (02) dois hospitais de nível secundário, que eventualmente realizam atendimentos a este público, visto que não são referências para atendimento à gestante.

Nas UBS os pré-natais são realizados por médicos de estratégia de saúde da família, ginecologistas/obstetras e enfermeiras, conta-se também com atendimentos da equipe e-multi, que é composta por nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos e educadores físicos.

Durante todo o pré-natal o acompanhamento é realizado pelas equipes das UBS e quando necessário a usuária é encaminhada para os ambulatórios especializados de acordo com o risco, porém o atendimento permanece compartilhado entre as esferas da atenção primária e atenção especializada.

A cada consulta a gestante é estratificada pela APS e de acordo com o risco identificado é encaminhada para ambulatórios especializados, para isso a usuária é inserida em sistema próprio de regulação e agendamento do município. De acordo com a estratificação de risco gestacional e protocolos vigentes pela Linha de Cuidados Materno Infantil do Estado de Paraná os agendamentos são realizados entre os ambulatórios de risco intermediário e alto risco. As consultas nos ambulatórios de risco ocorrem complementares aos atendimentos realizados na APS.

Enquanto aguarda o agendamento da consulta em AE a gestante segue acompanhada pela equipe da UBS e caso seja necessário, o sistema de regulação

pode ser complementado a qualquer momento com novas informações, a fim de qualificar o encaminhamento e direcionar a usuária para AE adequado ao seu risco gestacional. A rede de saúde no município também conta com outros serviços que podem somar ao atendimento em saúde a depender das necessidades das usuárias, como CRAS, Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar (CT), Centro de Atendimento à Mulher (CAM), entre outros.

A vinculação de parto é realizada de acordo com o risco gestacional, tendo como referências para risco habitual e intermediário a Maternidade Municipal Lucila Balalai e alto risco os Hospitais Universitário Regional Norte do Paraná e Evangélico.

### 5.3 RESEARCH ELETRONIC DATA CAPTURE (REDCAP)

O REDCap é uma plataforma segura da web para criar e gerenciar pesquisas e bancos de dados online. Cada formulário é acessível apenas para usuários que possuem privilégios de acesso suficientes definidos pela SESA-PR. Os formulários contêm código de validação específico do campo, suficiente para garantir uma forte integridade dos dados (Harris *et al.*, 2009).

Sistema de gerenciamento de dados, utilizado pela SESA desde 2020 para melhor monitoramento dos casos de quase morte materna. Por meio de uma ficha de notificação desenvolvida pela Divisão de Atenção à Saúde da Mulher do estado do Paraná, no qual as maternidades notificam os casos de quase morte materna e gestores regionais e municipais acessam este sistema para monitoramento e gerenciamento das informações.

Desde janeiro de 2021 até 18/04/2024, foram realizadas 637 notificações de gestantes e/ou puérperas residentes no município de Londrina. Dentre os principais notificadores estão o Hospital Evangélico, Hospital Universitário e Maternidade Municipal Lucila Balalai respectivamente.

Essa ferramenta de monitoramento fornece subsídios para a gestão dos casos no município e nos serviços envolvidos na rede materno infantil. A abordagem da ocorrência do quase morte materna faz parte de uma intervenção abrangente com o objetivo de fortalecer a rede de assistência. Ela contribui para a qualidade do atendimento, a avaliação e a implementação de intervenções-chave em diversos

níveis de atenção.

Para garantir a qualidade da assistência à mulher, considerando a realidade educacional, social, política e econômica complexa, é necessário estabelecer mecanismos que, além de armazenar dados, também produzam informações e indicadores. A avaliação crítica da atual organização da assistência pré-natal e seus resultados é fundamental. Esses dados permitem monitorar o impacto na segurança do paciente após a aplicação das recomendações e definir diretrizes para avaliar a qualidade do atendimento (Gonçalves, 2020).

#### 5.4 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

A escolha das usuárias se deu por meio da pesquisa na plataforma REDcap, banco de dados onde a SESA gerencia as notificações de quase morte materna e direciona as regionais e municípios.

Ao todo foram selecionadas aleatoriamente 34 pacientes que tiveram notificação de quase morte materna entre os anos de janeiro 2021 a dezembro de 2023. Das 34 selecionadas, três foram excluídas por terem registro de óbito fetal e/ou infantil no período em que a notificação foi realizada. Houve duas recusas, sendo uma por mudança de estado e outra pela usuária não reconhecer que foi um evento de quase morte.

Das 29 usuárias elegíveis, a pesquisadora realizou contato telefônico, sendo que quatro mulheres se dispuseram a participar da entrevista, sendo três delas em ambiente virtual e uma presencial.

A todas as entrevistadas foram apresentadas a carta convite e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) e termos para uso de imagem e/ou voz (Apêndice 4).

#### 5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ter ficha de notificação no sistema REDCap (plataforma estadual de notificação dos casos de quase morte materna, por meio do qual os municípios têm conhecimento dos casos;
- Ter 18 anos completos ou mais na data de realização da entrevista;
- Aceitaram espontaneamente participar da pesquisa.

## 5.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as participantes que:

- Tiveram como desfecho do quase morte materna óbito fetal, neonatal, infantil ou impossibilidade de nova gestação, devido ao trauma vivenciado por este evento e pelo fato de rememorar fatos dolorosos emocionalmente durante este período;

- Mulheres que passaram por procedimentos que causaram sequelas à sua saúde reprodutiva, impossibilitando uma nova gestação, pelo mesmo motivo exposto no item acima (exemplo: histerectomia).

## 5.7 TRABALHO DE CAMPO

A pesquisa qualitativa trabalha com o campo das representações a partir da realidade vivenciada, ou seja “[...] com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2007, p. 21). Esta modalidade de pesquisa, permite trabalhar com as vivências, as experiências do cotidiano, sendo que a utilização da técnica da entrevista semiestruturada é capaz de aproximar da realidade das/os participantes, uma vez que não se resume apenas a descrição de fenômenos, mas a expressão acerca da compreensão e explicação destes, sendo um momento de conversação e interação. Portanto, a entrevista e seus questionamentos, apoiados em teorias e hipóteses, podem gerar novas hipóteses a partir das respostas dadas por entrevistadas/os por meio de diálogo (Triviños, 1987; Manzini, 2003).

Portanto, para esta proposta de estudo, foi empregada a entrevista de profundidade, que possibilitou ao máximo, a livre expressão das participantes, capaz de nortear a condução das narrativas, as quais contêm a interpretação da realidade da participante, trazendo vivências, experiências, saberes, contradições e silêncios, afinal a pesquisa também cabe a análise do dito e do não dito. A pesquisadora utilizou como apoio um roteiro de entrevista caso fosse necessário complementar alguma informação.

Ao primeiro contato via telefone, a pesquisadora convidou a participante a fazer parte do estudo, esclarecendo sobre os objetivos da pesquisa. Após a

manifestação do desejo de participar, ocorreu a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2 ou Apêndice 3), Termo de Confidencialidade e Sigilo (Apêndice 5) e TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE VOZ E/OU IMAGEM (Apêndice 4). As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade das participantes e realizadas com quatro mulheres, sendo três delas por meio de videochamadas na plataforma Google Meet® e uma delas presencial a pedido da participante, sendo realizada a gravação de voz por meio de aplicativo de áudio/voz da Samsung®. Cada entrevista durou em média uma hora e quinze minutos.

Foi considerada uma abordagem de história oral temática, onde as entrevistas são realizadas individualmente e em profundidade para facilitar a interação entre pesquisador e pesquisado, levando em consideração os detalhes, sentimentos e memórias trazidos pelos participantes.

Para desenvolver a entrevista junto à participante, foi utilizada uma questão norteadora, a fim de dar a ela a oportunidade de contar um pouco de sua trajetória durante a gestação e/ou puerpério e suas percepções em relação a vivência do evento de quase morte materna. Assim, a pergunta norteadora foi a seguinte: “Me conte um pouco sobre a história de sua gestação, quais caminhos você percorreu em busca de assistência e seu conhecimento sobre o evento de quase morte, você tinha conhecimento sobre a gravidade de seu caso?”

A partir desta pergunta, foi dada a oportunidade à usuária contextualizar sua história de vida, reviver momentos, refletir sobre os pontos positivos e frágeis durante os cuidados de sua gestação. Ao perceber a falta de algum item importante para a pesquisa, a entrevistadora fez uso de algumas questões abertas contidas no questionário utilizado para nortear a entrevista quando necessário (Apêndice 7).

As transcrições das entrevistas foram obtidas pela ferramenta de legenda do Google Meet® e pelo aplicativo Transkriptor®. A do conteúdo das entrevistas, buscou-se compreender as percepções sobre o significado do cuidado, inferência das determinantes sociais, acesso, questões de gênero e reconhecimento da usuária em torno do evento de quase morte materna durante a gestação e/ou pós-parto.

Ao final do relato das narrativas foi utilizado o Canva® que é uma plataforma de design gráfico online que permite descrever graficamente o caminho percorrido por cada uma das mulheres, utilizando recursos para identificar marcos importantes

durante o percurso.

## 5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual (CEP) de Londrina, atendendo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e baseado na Resolução CNS 510/2016 e no Ofício Circular 2/2021/CONEP/SECNS/MS para pesquisas em ambiente virtual. O projeto foi aceito mediante protocolo nº CAAE: 73709823.4.0000.5231.

Para a garantia do anonimato das participantes nas entrevistas, estas foram identificadas por nomes fictícios. O mesmo ocorreu com os nomes de profissionais citados.

O anonimato foi garantido durante todo o processo da pesquisa, bem como na divulgação dos resultados e as informações obtidas ao longo da entrevista têm fins acadêmicos e científicos e são confidenciais.

Nenhum conteúdo das entrevistas foi salvo em plataforma digital ou nuvem. As filmagens e/ou gravações de voz ficarão sob a propriedade e a guarda do responsável pela pesquisa em arquivo próprio por um período de cinco anos.

## 6 RESULTADOS

Durante a busca na plataforma REDcap para seleção das fichas de notificação, foram obtidas as seguintes informações em relação as notificações do município de Londrina:

De janeiro de 2021 a 18 de abril de 2024, tivemos 637 notificações, das quais 22 eram de mulheres imigrantes.

Neste período, dos 637 casos notificados, seis evoluíram para óbitos maternos, sendo três em 2021 e três em 2022, das quais quatro eram brancas e duas pardas; e 50% das mortes foram relacionadas a causas respiratórias.

Das quatro mulheres entrevistadas duas se identificam como pardas e duas como brancas, todas são casadas e residem na zona urbana do município. Quanto ao nível de escolaridade, uma possui pós-graduação, uma tem curso técnico incompleto, uma tem formação em magistério e outra tem ensino médio completo.

Duas das entrevistadas recebiam benefício governamental (bolsa família), uma apresentava renda familiar entre 1 e 3 salários-mínimos e outra entre 4 ou mais salários-mínimos.

A média de idade das mulheres que participaram da pesquisa é de 30 anos.

Três das quatro mulheres não planejavam engravidar. Uma delas desejava, mas não no momento que ocorreu, no entanto todas tiveram boa aceitação da gestação.

Duas das entrevistadas realizaram o pré-natal por convênio, mas em algum momento da gestação acessaram o serviço público. As outras duas fizeram pré-natal exclusivamente pelo SUS.

Apesar das diferenças entre serviço público e privado, as vidas dessas mulheres se cruzam em alguns momentos, mesmo para aquelas que passam por serviço conveniado, onde muitas vezes são feitas comparações em relação a qualidade do atendimento, também foram presenciadas situações de falta de acolhimento, não respeito a autonomia da mulher perante suas decisões, informações insuficientes e violência institucional, neste último negligenciando direitos básicos relacionados ao apoio para higiene pessoal, presença de acompanhante e estrutura física adequada para permanência de mães que têm filhos internados nas Unidades de Terapia Intensiva ou Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais.

Já para as usuárias do SUS, os caminhos se cruzaram nas dificuldades de acesso ao serviço especializado, devido a longa fila virtual que essas mulheres enfrentaram para acessar os AE. Para elas a consulta no AE chegou no terceiro trimestre de gestação. A demora para acessar este serviço pode agravar potenciais complicações da gestação por falta de intervenção precoce.

Outro ponto em comum entre todas elas, foi o medo da perda gestacional ou de complicações com o bebê. A fala de todas elas é que elas acabavam esquecendo de si e focando no desenvolvimento do feto. Porém, é necessário deixar claro a estas mulheres a importância de cuidar de quem está gestando, ou seja, o quanto é fundamental que elas se cuidem para o bem-estar do binômio mãe-filho.

A saúde mental destas mulheres também foi identificada como um ponto crucial que precisa ser avaliado pelos profissionais de saúde, tanto pelas condições da própria gestação, que causam inúmeras alterações fisiológicas e psíquicas, quanto pelas condições prévias de saúde destas mulheres, levando a exacerbação do medo de perda, estresse, insegurança ou agravamento de condições já existentes, como quadros depressivos, transtornos de ansiedade e humor.

Além destes pontos, temos também as questões relacionadas a rotina de vida da mulher, que por si só traz um grande número de atribuições e cobranças sociais. Entre as entrevistadas havia uma mãe atípica, que apresenta uma condição de vida diferenciada, com rotinas que nem sempre são ajustáveis aos padrões da sociedade e das equipes de saúde. Conhecer a história de vida de cada uma dessas mulheres nos faz refletir o quanto a escuta se faz importante durante um atendimento.

Ainda relacionado à saúde mental, algumas dessas mulheres vivenciaram um período da pandemia pela COVID -19, que acarretou inúmeras mudanças de estilo de vida para a sociedade, como o trabalho em home office, isolamento social, entre outras medidas de prevenção. Esta atividade de trazer o trabalho para casa, para as mulheres somou-se aos afazeres e responsabilidades domésticas, além de impactar nas rotinas hospitalares em relação às visitas e permanência de acompanhante, tornando o sentimento de fragilidade e inseguranças ainda maiores.

Ao perguntá-las sobre a ocorrência do evento de quase morte materna, apenas uma das entrevistadas tinha conhecimento prévio do risco de morte. As demais, não tiveram essa percepção da relação entre os fatores de risco na gestação e o agravamento de sua condição devido a gravidez, parto ou puerpério.

Situação esta, que se não for esclarecida, possivelmente poderá corroborar para novas intercorrências em uma futura gestação.

## 6.1 VIVÊNCIAS – NARRATIVAS DE MULHERES QUE VIVENCIARAM O EVENTO DE QUASE MORTE MATERNA

A seguir serão apresentadas as vivências e trajetórias em busca de cuidado de quatro mulheres que participaram deste estudo. Os nomes são fictícios a fim de preservar o anonimato delas, bem como o nome dos bebês e profissionais envolvidos nos atendimentos.

Cada nome escolhido tem um significado para a pesquisadora.

**Maria** – representa todas as mulheres gestantes ou não, que se encontram nos dilemas da maternidade, entre ser ou não ser mãe. Mulheres que muitas vezes têm seu direito de autonomia/escolhas feridos. Marias que se sentem culpadas ao dividirem ou pedirem apoio aos parceiros nos afazeres domésticos.

**Rosa** – teve este nome escolhido devido a alguns percalços em seu caminho em busca do cuidado, algumas dificuldades semelhantes a espinhos que dificultaram seu acompanhamento.

**Luna** – Representa todas as mães que tiveram perdas gestacionais e perinatais e que lutam como leas por seus filhos! Esse nome foi escolhido em homenagem a uma amiga que teve uma perda perinatal e que hoje luta incansavelmente em favor dos direitos das famílias enlutadas, em especial das mães de anjos.

**Vitória** – a escolha desse nome é bastante significativa, Vitória teve sua vida por um fio em dois momentos. Representa mulheres tentantes, batalhadoras e que sonham com a maternidade. Sua vida é literalmente uma vitória!

Ao final de cada vivência, há uma figura representando os caminhos percorridos por elas nos diferentes cenários de cuidados em saúde.

As figuras foram elaboradas pela pesquisadora.

## 6.2 MARIA

**Os medos de Maria, ambivalência de sentimentos**

*Para louvar a nossa mãe,  
 Todo bem que se disser  
 Nunca há de ser tão grande  
 Como o bem que ela nos quer.”  
 Mario Quintana*

Maria, 28 anos, parda, formada em magistério, casada, renda familiar em média de 03 salários-mínimos. Dentre as demoras assistenciais, a que foi notificada pela instituição que realizou seu atendimento estava relacionada à demora III, caracterizada por demoras/atrasos que influenciaram no desfecho do caso relacionadas à atenção pré-natal – Referem-se a falhas na atenção à saúde quanto à qualidade da assistência oferecida no pré-natal.

Maria, primeira gestação, portadora de comorbidades graves já conhecidas previamente, hipertensão pulmonar e síndrome do anticorpo antifosfolípideo (SAAF). A gestação não foi planejada, mas bem aceita, realizou todo o pré-natal por convênio, porém com acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS)

Maria não imaginava ser mãe devido suas condições de saúde, por um alerta do esposo devido algumas queixas, procuraram pronto atendimento para realizar alguns exames, entre eles o teste de gravidez.

Junto ao resultado positivo, um turbilhão de emoções, sentimentos de ambivalência em relação a maternidade, dentre eles o medo, pois a gestação para Maria, sempre foi algo muito improvável, principalmente por suas condições de saúde.

*“[...] Desde sempre [...], eu não tinha muita ideia de ser mãe eu não achava que combinava muito comigo”.*

*“[...] mas, a partir do momento ali, que eu ouvi o coração, que eu falei meu não tem tamanho, não é nada, é um negócio desse e tem coração, eu falei para o doutor tava fazendo ultrassom, falei já tem coração e tá batendo muito forte.”*

Porém, a partir desse momento, apesar de todo medo, a gestação foi aceita e a busca por acompanhamento médico adequado foi iniciada, visto que Maria, tinha conhecimento dos riscos de uma gravidez associada às suas comorbidades.

O primeiro profissional escolhido pelo casal, sugeriu que a gestação fosse interrompida devido os riscos, principalmente maternos, motivo pelo qual ele não assumiria a responsabilidade pelo seu acompanhamento.

“[...] vou achar um ginecologista de alto risco aqui em Londrina. Pediu para abortar ele falou para mim abortar, porque você não vai sobreviver e não quis me atender, não quis pegar meu caso.”

A partir do posicionamento do primeiro profissional, o casal buscou por outro, que mesmo diante de todos os riscos aceitou conduzir o pré-natal e a respeitar a autonomia de Maria no seguimento da gestação.

Maria realizou todo acompanhamento pré-natal e especialistas pelo convênio, porém em alguns momentos da gestação a usuária precisou acessar o SUS por meio da Unidade Básica de Saúde e da Farmácia da 17ª Regional de Saúde, por ser necessário o uso de uma medicação de alto custo. Maria, relata que foi muito bem acolhida pela UBS, que mesmo não fazendo o pré-natal lá a equipe a acolheu e forneceu todas as orientações necessárias, deixando as portas abertas caso ela precisasse, além de iniciar o fornecimento da medicação até que o processo pela farmácia da regional ficasse pronto.

“A primeira (enfermeira) me tratou muito bem, conversou bem comigo. Falou que você eu quisesse poderia acompanhar por lá também ou então mesmo estando acompanhando pelo particular posto estava aberto para qualquer intercorrência que eu tivesse.”

Já pela 17ª Regional de Saúde, o processo não foi tão simples, devido as exigências e pelo processo ser feito de forma online, Maria relatou que algumas exigências, ela não entendia bem do que se tratava, não tinha muito conhecimento das documentações e exames solicitados e o que processo foi mais demorado, sendo que a medicação necessária, chegou apenas quinze dias antes do parto. Até esse momento, Maria seguiu pegando as medicações pela UBS, porém tendo que adequar a dosagem, visto que a dose ofertada pela UBS era menor que a solicitada pelo médico.

“Eu tive muita dificuldade [...], eu tive que tentar pela regional e entrar com o processo, aí eu consegui fazer online, só que assim, é muito muitos exames. Eles pedem e eu não sei o nome dos exames, eu não sei. Então assim, eu consegui essas injeções, 15 dias antes do bebê nascer foi que começou a chegar para mim.”

“[...] aí enquanto isso não acontecia, eu conversei lá no posto e eu tive a liberdade de pegar

as injeções [...], vamos dizer, porque assim, eu pegava e aí como a médica falou para eu tomar um dia eu tomo uma de 40 no outro dia eu tomo duas de duas que dá 80. Ficar assim, não ficar faltando, vamos dizer né? E aí eles me deixaram nessa liberdade de pegar um pouco mais por causa dessa questão de um dia eu precisar tomar só uma outro dia tomar duas”.

Durante as consultas de pré-natal, Maria relata que tinha abertura para conversar com seu médico, que havia a possibilidade de tirar suas dúvidas, ela mesmo fala que era ansiosa sobre algumas questões e que seu médico tentava acalmá-la, tentando abordar principalmente as dúvidas e queixas pertinentes àquela fase da gestação. O mesmo também ocorreu durante os exames de ultrassom, nos quais a médica era muito atenciosa e explicava tudo sobre o desenvolvimento do feto, deixando ela e o esposo mais calmos.

“Ele falava ali sempre bem claro comigo, mas ele também falava assim, olha agora nossa preocupação é esse ponto, esse que você tá perguntando é mais para frente, então, vamos esperar a próxima consulta e a gente fala sobre isso, então assim, ele não deixava minha ansiedade aflorar tanto, ele me ajudava a controlar isso então.”

“Nos ultrassons, então assim, ela também conversava muito, né? E tipo assim acalmava muito a gente, e ela sempre foi muito atenciosa, porque a gente tinha medo.”

Durante a gestação, Maria relata que foi preciso fazer alguns ajustes de rotina, reduzir ao máximo tudo que lhe causasse estresse, nervoso, que prejudicasse o seu bem-estar. Os afazeres de casa também tiveram que ser reduzidos, pois com a capacidade cardíaca diminuída e a gestação, tudo ficou mais difícil de ser feito e seu esposo além de trabalhar fora, passou a ter que ajudar mais com os afazeres domésticos.

“[...] acabou que ele teve que ficar com a carga toda, né? Vamos dizer assim, é uma adaptação.”

Tudo isso, mexeu ainda mais com o emocional de Maria, mas ela continuou a fazer terapia, que já realizava pelas outras comorbidades que reduziam bastante sua qualidade de vida.

Com o caminhar da gestação, as coisas foram seguindo sem maiores complicações, Maria realizou inúmeras consultas de pré-natal e com outros especialistas, como cardiologista e pneumologista. Porém alguns dias antes do parto, houve um problema que causou muita apreensão e medo de complicações

nesta reta final: Dengue, que com as condições prévias de Maria e a gestação, poderiam ter um desfecho muito desfavorável para ambos. Maria passou cerca de uma semana internada, sendo monitorada de perto pela equipe hospitalar.

“[...] Porque assim passando todo esse tempo todo sem o Pedro (feto) ter nenhuma sequela, assim, sem nenhum problema com ele e agora no final uma semana antes da internar eu pego dengue o que que vai ser de nós, né? Eu fiquei com medo da sintomas da dengue ou do que a dengue causa na gente atrapalhasse o parto.”

Durante todo esse período de internação foi nítido o medo de perda e/ou de sequelas com o bebê, período de grande tensão, pelo receio de complicações nesta fase da gestação, considerando tudo que já havia se passado nestes quase nove meses.

Passados alguns dias Maria voltou ao hospital, mas dessa vez para a chegada de seu bebê, devido aos riscos, foi um parto programado. Inúmeras sensações tomaram conta de Maria, alegria pela chegada do filho e medo da morte por saber de seus riscos em relação a gestação, parto e puerpério.

“Quando eu cheguei no hospital e tudo mais, eu não tinha certeza da minha vida...eu queria a vida do Pedro. Eu queria ver ele, mas eu não tinha certeza se eu ia sobreviver. Então assim, estava mais preparada para morrer do que para viver e quando eu vi que eu sobrevivi e que eu tinha que passar por tudo isso foi muito difícil também.”

A maior parte da equipe foi bastante acolhedora, demonstrava preocupação e explicava os procedimentos. Tive a oportunidade de ser acompanhada à distância pelos médicos especialistas, por meio do WhatsApp®, visto que eles não atendiam no hospital. No hospital, Maria foi acompanhada pela equipe do plantão, mesmo assim, se sentia muito aparada por todos que acompanharam sua gestação.

Algumas situações desagradáveis ocorreram, como ao administrar uma injeção, o profissional não soube explicar o porquê, causando certo estresse, pois Maria, não iria aceitar uma medicação sem saber a função. Outro momento difícil foi no pós-parto em UTI, onde as necessidades básicas de higiene não foram atendidas, deixando Maria com a sensação de vergonha e impotência em evidência.

“[...] Sabe, não tem como você limpar, se você é adulto e esperar os outros te limpar tudo ensanguentada, porque né saía muito sangue e eu fiquei um dia sem banho, porque as meninas do plantão não me deram e era só a noite e eu fiquei com vergonha de pedir. Quando vieram só me trocar tava podre, né, sangue e aí eu fiquei com muita vergonha. Não me ajudavam.”

Outra situação difícil pontuada por Maria, foi ter que passar alguns períodos sozinha, devido a restrição de acompanhante, a equipe da instituição filantrópica proibiu o esposo de ficar junto. Era um domingo de feriado, Maria já estava vulnerável por sua situação e neste dia, ficou também sem ter notícias de seu bebê.

Houve momentos em que o casal também teve restrições para ficar com o filho na Unidade de Cuidados Intermediários, as visitas, mesmo dos pais, tiram horário para ocorrer e quando dava o horário a prioridade era da mãe, por causa da amamentação, o parceiro ficava no máximo quinze minutos e já precisava ir embora ou aguardar o próximo horário na sala de espera dos pais. Espaço este, que Maria considera desumano para as mães que precisam passar o dia ali, principalmente as que são de fora de Londrina.

“[...] Teve um plantão que elas proibiram o João (esposo) de ficar comigo, no domingo as enfermeiras ruins lá [...] João ficou meia hora comigo e ele foi embora, porque não podia ter horário de visita, era esse só. O Pedro (bebê), era só de três em três horas mesmo, até nos outros dias que a gente ficou lá, que perdi refeição, porque eu entre comer ou ir ver o Pedro.”

Houve falta de respeito em relação à privacidade, tanto emocional, quanto física, pois Maria estava bastante debilitada por sua condição de saúde e pelo fato do bebê estar em outro setor e mesmo assim, ser colocada em uma enfermaria, com outra família, que estava com seu bebê em alojamento conjunto, onde pessoas entravam e saíam a todo momento, conversas e risos altos, sem que houvesse respeito com sua presença naquele local, além das vestimentas, como a camisola do hospital e o fato de estar sangrando bastante lhe causava constrangimento. A equipe somente fez a mudança de quarto após a solicitação do casal.

“[...] E assim eles falavam alto demais e tudo era questão de brincar, de dar risada, e eu, sentada na poltrona dura e eu nem assim, do jeito que me colocaram sentada, fiquei, porque eu não queria sentir nenhum tipo de dor, e eu vendo aquele povo entrando e saindo e eu de fralda menstruada só com aquela camisola é terrível, com a bunda de fora.”

Mesmo com todos esses acontecimentos, Maria refere gratidão à equipe, ao profissional que aceitou realizar seu acompanhamento pré-natal, que mesmo com todos os riscos, soube respeitar seu desejo de seguir com a gestação, por respeitar sua decisão. Todos os profissionais médicos que a acompanharam foram muito sinceros em relação aos riscos, porém de uma maneira clara e acolhedora.

**Figura 1 – Os caminhos de Maria.**



**Fonte:** a pesquisadora.

Maria, 28 anos, casada, primeira gestação, não planejada, mas bem aceita. Descobriu sua gestação em um pronto-socorro. Ao receber o diagnóstico teve muito medo, pois é portadora de hipertensão pulmonar e SAAF e sabe os riscos destas doenças associadas a uma gestação. Maria não tinha muita expectativa em ser mãe devido seu histórico de saúde, mas ficou muito feliz com a notícia. Procurou um GO que atendesse pré-natal de alto risco, o primeiro profissional a orientou interromper sua gestação devido aos riscos que poderiam ocasionar a sua morte. Maria decidiu seguir com a gestação e procurou outro profissional, que a acolheu e a orientou sobre todos os riscos. Maria, fez todo seu pré-natal e outros acompanhamentos com especialistas pelo convênio, porém precisou acessar o serviço público devido a necessidade de medicação de alto custo. Fez uso dos serviços da UBS e da farmácia da 17ª Regional de Saúde. Pouco antes do final da gestação Maria teve dengue, precisou ser hospitalizada e monitorada rigorosamente devido seus riscos. Relatou medo intenso, pois até aquele momento a gestação seguiu sem maiores intercorrências. Após uma semana de sua alta pela hospitalização por dengue ela voltou ao hospital, mas desta vez para uma cesárea programada. Após o parto Maria permaneceu na UTI alguns dias para monitoramento bem como seu bebê. Após este período de internação ambos puderam ir para a casa. Maria sabia de seus riscos durante a gestação, mas teve sua autonomia ferida quando o primeiro profissional sugeriu o aborto.

### 6.3 ROSA

#### **Os caminhos de Rosa, alguns espinhos em sua trajetória**

*“Mãe é a teimosia do amor, que insiste em permanecer e ocupar todos os cantos. É caminho de cura. Nada jamais será mais transformador do que amar um filho. E nada jamais será mais fortalecedor que ser amado por uma mãe.”*  
*Clarisse Lispector*

Rosa, 30 anos, parda, casada, múltipara, 4 filhos vivos, todos de parto cesárea, última gestação não planejada, ensino médio incompleto, renda familiar de 1 salário-mínimo mais benefício governamental. Demoras descritas na ficha de notificação – Demora/atrasos do tipo I que influenciaram no desfecho do caso – Refere-se a demora para que a gestante ou sua família busquem atendimento de saúde, ou a falta de adesão aos tratamentos e orientações.

Apesar da última gestação não ser planejada, foi bem aceita pelo casal, no entanto os caminhos percorridos durante o pré-natal não foram tão fáceis.

Rosa, já sabia desde a última gestação que tinha riscos e que teria que ter alguns cuidados durante o pré-natal. Durante o início da gestação apresentou algumas intercorrências que a levaram a procurar por atendimento no pronto socorro obstétrico, a partir desses eventos começaram algumas dificuldades relacionadas ao seu acompanhamento.

Primeiro, houve dificuldades para agendamento de exames solicitados no atendimento de urgência (pronto socorro obstétrico) ao procurar a Unidade de Saúde, onde alegavam não ser de sua responsabilidade o agendamento destes exames.

*“Eu tive problemas internos com parte da equipe do posto mesmo, de desacatar a ordem médica, tipo, pra marcar algum exame, que tinha disponível no SUS, mas, tipo assim, porque não era o médico do posto que tinha pedido, bater boca e não querer marcar, sabe?”*

Houve demora para o início do acompanhamento ao pré-natal de alto risco, mesmo depois do encaminhamento pela UBS, a consulta no serviço foi acontecer quase na metade da gestação.

*“Eu tive demora pra ser encaminhada pra algum lugar que acompanhasse alto risco, porque desde o início, como viu que era uma gestação de alto risco. Desde o começo já era pra fazer acompanhamento de alto risco [...] ah, já tinha chegado, acho que no meio da gestação quase, o CISMENPAR não tinha chamado e já tinham sido feitas várias apelações (pela equipe da UBS).”*

Durante a gestação, nos casos de maior risco, os acompanhamentos são compartilhados entre AAPS e Ambulatórios Especializados (AE), no entanto, nem sempre o acompanhamento no AE acontece em tempo oportuno, necessitando que a gestante seja acompanhada com mais frequência pela equipe da UBS.

“[...] o problema não é chegar até o local, mas sim para conseguir o acompanhamento do alto risco tive trabalho, inclusive o médico na época falou que, ainda bem que eu consegui, porque tem gestantes que chega a ganhar o bebê precisando fazer o acompanhamento do alto risco e não consegue entrar em acompanhamento.”

Demoras estas, que corroboram com o aumento dos riscos de eventos graves em relação a saúde materno fetal, pois mesmo que o acompanhamento seja feito pela APS, a complexidade que estes casos apresentam necessitam de recursos que não estão disponíveis para as equipes das Unidades de saúde.

Rosa relata, que sua gestação anterior já foi de risco e que deveria ter feito a laqueadura durante o parto, por não poder fazer uso de outros métodos anticoncepcionais, no entanto, Rosa esteve grávida durante a pandemia e foi alertada que sua laqueadura não seria feita naquele momento devidos os riscos e a necessidade de receber alta precoce.

Ao engravidar novamente, solicitou novo pedido de laqueadura a equipe da UBS, porém segundo Rosa a equipe extraviou seus papéis e não houve tempo hábil para fazer a nova documentação, uma vez que seu parto foi antecipado por complicações.

“Aí na gestação da Júlia (última gestação), era pra ter feito também, mas houve uma bagunça aí e perderam o meu papel, e eu não consegui fazer, porque daí o hospital, sem o papel, dei entrada tudo certinho, mas sem o papel assinado do médico, eles não fazem.”

Rosa, em vários momentos, pontua o despreparo da equipe da APS para acompanhá-la, seja pelo extravio de sua documentação para o planejamento reprodutivo, assim como no manejo de suas comorbidades. Por várias vezes o médico que a acompanhou relatou não se sentir seguro em manejá-la, devido sua formação ser em clínica médica e não ginecologia e obstetrícia, por vezes não conseguia esclarecer suas dúvidas.

“Um dos fatores, foi esse também, por causa da infecção urinária, que não baixava e ele já não sabia o que ele podia continuar dando ali pra mim, porque ele falou na época que ele não era

nem médico obstetra, muito menos ginecologista, ele era clínico geral. Ele falou, então, eu não posso ficar mexendo em você, porque eu não sei, né.”

Ao passar por atendimento na UBS, muitas vezes Rosa voltava para casa ainda mais insegura em relação aos seu acompanhamento, voltava cheia de dúvidas e incertezas, nem sempre suas dúvidas eram esclarecidas e as orientações não eram claras ou completas.

“[...] Muitas das vezes eu ia preocupada com uma coisa e voltava preocupada ou duas vezes mais preocupada, porque daí na minha cabeça ficava aquela coisa assim, às vezes tem algum problema e ele não falou pra não me assustar, sabe?”

“Ele falou, da dor que começar a sentir demais, pode procurar. Ele me deu algumas orientações, aí eu já tinha lido algumas coisas atrás da carteirinha de gestação. Mas assim, do médico da UBS falar, não.”

No caso de Rosa e de todas as gestantes, principalmente as que apresentam riscos, a falta de informação ou mesmo a clareza destas, podem refletir em atrasos na busca por atendimento, levando ao aumento do risco de complicações ou mesmo busca por atendimentos em locais adequados. Rosa, foi perceber e compreender um pouco mais sobre suas condições de risco e sinais de alerta quando chegou ao AE.

“Aí quando eu fui transferida pro ambulatório, eu tinha mais abertura pra conversar, pra perguntar. A equipe deles é muito atenciosa.”

Durante a entrevista, Rosa deixou claro, que seu maior medo durante a gestação, não era com a possibilidade de ocorrer algo consigo, mas sim com o bebê que estava gerando, um medo constante desse bebê ter sequelas de uma possível infecção ou mesmo não sobreviver.

“Eu acho que a nossa preocupação tanto com o bebê que a gente acaba se desligando que a gente tá em risco também, sabe? A gente quer tanto que fique bem, que a gente acaba esquecendo um pouco de olhar pra gente.”

Uma gestação, por vezes é permeada de sonhos, expectativas, porém, quando se trata de uma gestação de risco, o medo constante da perda faz com que essa mulher viva em constante estado de alerta. Muitas vezes, nós profissionais de saúde ficamos preocupados com as patologias e potenciais tratamentos e não damos abertura para o escopo de sentimentos que essa gestante traz. Durante a

entrevista de Rosa, citou várias vezes o sentimento de medo, mas em nenhum a equipe conseguiu perceber, abordar e cuidar deste sentimento vivido por ela durante grande parte da gestação.

“A minha preocupação maior era ela estar bem. Então, quando eu me preocupava da infecção urinária, era por causa dela mesmo. Porque eu pensava, meu Deus, meu bebê vai contaminar, meu bebê vai nascer com esse problema, meu Deus, será que vai atacar? Ela vai nascer toda infectada, não vai viver, não vai vingar, meu Deus, sabe?”

É preciso lembrar que além de ser gestante, que apesar de colocar em primeiro lugar esse filho que está gerando, ela precisa ser cuidada em outras esferas além da gestação, sua saúde mental também precisa de cuidados. Outros contextos como família, renda e trabalho também precisam ser avaliados.

“A diabetes gestacional ficava preocupada justamente por esse motivo do bebê parar sem a mãe nem perceber. Então, a minha preocupação sempre, sempre era com o bebê. Acabava me, assim, tirando um pouco o foco de mim.”

Rosa, em seu último trimestre de gestação, precisou passar vários dias hospitalizada para ser monitorada mais de perto pela equipe médica, foram cerca de 14 dias longe de casa e dos outros filhos, porém, apesar de toda ansiedade de estar ausente de casa, Rosa relata que o atendimento no hospital foi bom, as equipes de enfermagem e médica foram atenciosas. Lembrou com gratidão, quando seu esposo conseguiu autorização da equipe para levar os filhos para visitá-la, de forma rápida, porém acalentando seu coração pela chance de vê-los.

Houve momentos em que a ansiedade e tristeza batiam à porta, mas a equipe nesse momento, foi sensível em perceber esses momentos de fragilidade e a incentivava a ser forte e passar por essa etapa.

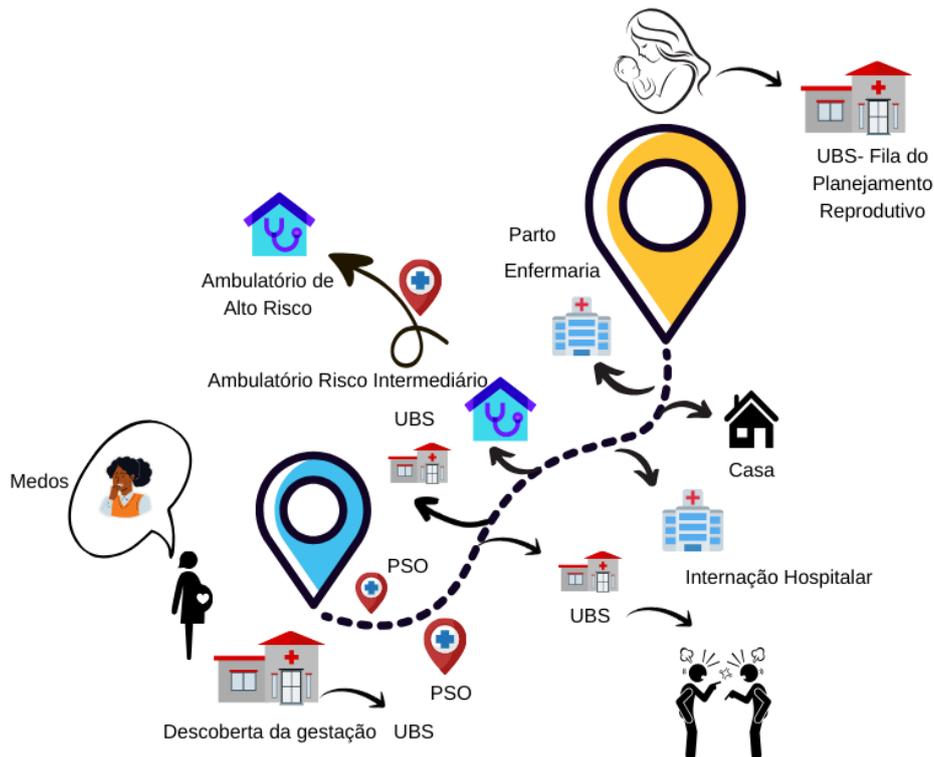
“Aí ficava naquele quarto sozinha, olhando pro teto, olhando pros lados, esperando mais alguém chegar [...] Aquilo foi me dando desespero, que eu pensava, todo mundo indo embora e eu aqui, meu Deus! Mas aí as enfermeiras perceberam um pouco desse meu nervoso, elas foram bem companheiras minha também, elas conversavam bastante, elas brincavam comigo, elas tentavam me distrair, sabe?”

Ao ser questionada quanto ao evento de quase morte durante essa gestação, Rosa não tinha clareza da sua gravidade, sabia que havia riscos, mas não que esses riscos podiam causar sua morte. Os medos citados foram sempre em relação a ocorrência de complicações com o bebê, mas em nenhum momento os riscos maternos se fizeram presentes em seus conhecimentos.

A fragilidade do atendimento na atenção primária, a insegurança do profissional médico e os problemas com o acolhimento e organização da equipe, foram fatores que marcaram grande parte da entrevista.

**Figura 2** – Os caminhos de Rosa.

### Caminhos de Rosa



**Fonte:** a pesquisadora.

Rosa, 30 anos, casada, quarta gestação. Não planejada, mas bem aceita. Rosa relata que deveria ter feito laqueadura na gestação anterior, mas devido a pandemia não foi possível. Ao descobrir a gestação deu início ao pré-natal na UBS. Apresentou algumas intercorrências no início da gestação e precisou de atendimento no pronto socorro obstétrico de um hospital público, lá teve algumas solicitações de exames que ao tentar marcar na UBS teve dificuldades, pois a equipe não entendia como responsabilidade deles os agendamentos destes. Rosa, só conseguiu marcar os exames após discutir com a equipe e ameaçar a buscar os seus direitos. Rosa já sabia que tinha alguns fatores de risco que poderiam interferir na gestação, tais como infecção urinária de repetição e sobrepeso. Rosa teve seu encaminhamento feito para o ambulatório de risco, inicialmente chegou ao ambulatório de risco intermediário no final do segundo trimestre gestação, após identificação de diabetes gestacional neste serviço foi contra referenciada para o ambulatório de alto risco, chegando lá com mais de 30 semanas de gestação. Durante seu acompanhamento no ambulatório e UBS, Rosa precisou ser hospitalizada para melhores controles, após melhora do quadro a equipe hospitalar

programou alta de cerca de uma semana para que ela voltasse para casa e ficasse um pouco com a família. Após esse período Rosa volta ao hospital para nova internação e programação de parto. No início do pré-natal, ela solicitou novamente a equipe da unidade de saúde o encaminhamento para realização da laqueadura. Ao solicitar a documentação na unidade antes da internação, Rosa relatou que a equipe havia perdido os seus papéis, impossibilitando novamente a realização do procedimento, pois seu parto ocorreu com 34 semanas e não houve tempo hábil para fazer novo processo. Após o parto Rosa retorna novamente a UBS para solicitar novo pedido de laqueadura. Durante a gestação, Rosa considera como maiores risco o sobrepeso e a infecção urinária, até chegar ao ambulatório de alto risco não compreendia os malefícios do diabetes gestacional para ela e o feto. Relata que houve falta de informações e insegurança profissional por parte da equipe da UBS.

#### 6.4 LUNA

##### **Luna, uma volta no tempo para redescobrir seus riscos**

*“Conheço a tua força, mãe, e a tua fragilidade.  
Uma e outra têm a tua coragem, o teu alento vital.  
Estou contigo mãe, no teu sonho permanente na tua esperança incerta  
Estou contigo na tua simplicidade e nos teus gestos generosos.”*

*António Ramos Rosa*

Luna, 29 anos, parda, casada, 4<sup>a</sup> gestação, 2 filhos vivos e 1 aborto anterior. Luna era estudante de curso técnico em radiologia, mas ao descobrir a gestação precisou parar com os estudos, pois havia riscos relacionados à prática profissional. Neste momento, a renda da família é o salário do esposo mais o benefício governamental.

Em sua ficha de notificação foram descritas as seguintes demoras/atrasos que influenciaram no desfecho do caso, refere-se a demora I para que a gestante ou sua família busquem atendimento de saúde, ou a falta de adesão aos tratamentos e orientações e demoras/atrasos III que influenciaram no desfecho do caso relacionadas à atenção pré-natal - referem-se a falhas na atenção à saúde quanto à qualidade da assistência oferecida no pré-natal.

Luna, trouxe duas experiências, a gestação anterior a esta, a qual fez o pré-natal por convênio e a última gestação pelo SUS. Na gestação em que houve o abortamento, não teve tempo de iniciar o pré-natal, foi tudo muito rápido, entre a descoberta da gestação e o aborto.

O início do pré-natal na UBS foi no início do 2º trimestre, logo após ter descoberto a gestação. Luna já foi imediatamente estratificada como gestação de alto risco, no entanto Luna não tinha conhecimento ou clareza de que sua condição era grave, em seu relato teve essa percepção ao ler o termo de consentimento livre e esclarecido, ficando surpresa quando observou o termo “quase morte”.

“Eu li lá o termo sobre quase morte, eu falei meu Deus então acho que eu tava muito em alto risco, eu não tava tendo essa consciência do que era passado para mim, E só agora com essa com essa pesquisa que eu tive noção. Nossa o quanto tava grave mesmo. [...] Eu não tinha essa noção não tive mesmo.”

“Agora eu fiz pelo posto, foi bem, foi bem porque com 14 semanas o que já começou a minha pressão alta, então já começaram com bastante cuidados.”

Desde o início da gestação Luna foi encaminhada para o ambulatório de alto risco e mantinha seu acompanhamento na UBS. Durante a gestação precisou buscar atendimento no pronto-socorro obstétrico, por causa do aumento da pressão. Luna relata que a médica ficou assustada com sua crise hipertensiva.

“[...] Aí a médica ficou horrorizada com meu estado, né? Nossa, tá muito alta eu já tinha ido uma vez que eu passei mal aí o HU, aumentou e me receitou nifedipina para tomar mais junto.”

Em outro momento a médica da UBS chegou a encaminhar Luna para ser avaliada em PSO, mas naquele momento ela não pode ir, a preocupação maior era com os outros filhos em casa, como uma das crianças é autista e ela descompensa muito com a ausência materna, deixando Luna ainda mais preocupada com a possibilidade de internar.

“Se eu fosse lá, eu ia ficar internada, só que eu não consegui ir, porque teve imprevisto meus filhos estavam aqui em casa e tal eu vim pegar uma muda de roupa. Eu não conseguia sair e aí foi até bom porque a minha filha tem 4 anos, ela é autista. Então assim ela não consegue ficar longe de mim e eu fiquei uma semana no hospital quando eu ganhei meu outro filho, nossa essa menina se descontrolou totalmente[...] meu menino até então ele comia, ele come comida, mas ele mamava para dormir, né? Ele voltava mais amoadinho, mas ele ainda aguentava firme agora ela tava totalmente descontrolada”.

Luna, refere que fez todas as consultas no posto, mas que houve demora para chegar no ambulatório de alto risco, em todas as consultas a médica perguntava se havia sido chamada para a consulta. Por volta de 28 semanas ou mais, a consulta ainda não havia saído e perceberam que o encaminhamento não

havia sido feito. Mesmo com essa demora, considera que foi bem atendida. Até a mãe de Luna comentou com ela que estava surpresa em relação ao atendimento do SUS, que foram muito atenciosos e com a quantidade de encaminhamentos que foram feitos para sua filha.

“[...] a única coisa foi essa carta do alto risco que foi demorou né? [...] mas a médica ficava todo mês me cobrando. Mas, da parte do posto e até acho eu falei para minha mãe, nossa não sabia que pelo SUS era tão atencioso assim às vezes. É consulta para tudo é consulta disso daquilo, você vai para cá, você vai para HC, assim dá um espanto que minha mãe falou. Nossa também não conhecia esse lado do SUS, né? Muito atencioso. Achei bom até demais e durante o pré-natal, assim mais atencioso que particular. Eu achei muito bom!”

Durante a entrevista Luna, relata que tinha abertura para tirar dúvidas e conversar com os profissionais, porém, apesar de vários relatos da equipe sobre sua condição, não sentia necessidade de fazer perguntas, não imaginava que suas condições inspiravam tantos cuidados, achava que não era tão grave, a equipe por várias vezes informava sobre alguns sinais, mas não sentia que era tão importante.

“Sim, eu tinha, mas como eu falei eu não tinha muita noção, como que eu tava, né? Então para perguntar, mas para mim igual, até a médica estava bastante assim preocupada e falando, falando, mas, eu não senti que eu tava naquele nível tão grave, sabe? Então acho que pode ser até um descuido meu para ter chegado nesse nível, porque eu não achei que tava tão agressivo tão arriscado desse jeito sabe. Sabe, mas, assim em relação, eu tinha abertura para falar assim com os profissionais, mas é que eu não tava tão atento sabe? Grave né? [...] eu achava que não tava tão arriscado.”

Com esse relato surge o questionamento, será que os profissionais de saúde usam uma linguagem clara e adequada com os usuários? Muitas vezes, a informação é fornecida à usuária, mas não é recebida de forma efetiva por quem a ouve. Se não houver atenção por parte da equipe em relação a esse entendimento, possivelmente os riscos de agravos continuarão a existir e as demoras do tipo I serão cada vez mais frequentes. Falas como a de Luna, nos deixam apreensivos, pois como ela mesmo relatou, ela poderia ter buscado atendimento antes.

Outro aspecto que deve ser considerado é que Luna é uma mãe atípica, com uma filha autista, que inspira cuidados diferenciados e preocupações. Neste caso, essa condição foi determinante para a tomada de decisão de Luna em não ir ao hospital naquele momento. É necessário que as equipes estejam atentas à rede de apoio das gestantes por eles atendidas, tal conhecimento pode mudar a conformação dos planos de cuidados e colaborar para melhor adesão.

“[...] Nossa eu senti muita dor na madrugada inteira, então assim com certeza, se eu tivesse, se eu soubesse disso às vezes assim ter ido mais cedo ainda.”

Outro ponto bastante importante nessa entrevista, foi a fala da falta de acompanhante no pronto-socorro obstétrico e a falta de empatia de alguns membros da equipe. Segundo Luna, é um momento de fragilidade e medo, além disso, a falta de acomodação adequada também reflete na qualidade do atendimento de quem precisa desse serviço.

“E aí uma vez eu fui e fiquei eu fiquei das três horas da tarde até às 8 horas do outro dia numa cadeira, numa dessas cadeiras normais, sabe eu vi que passava enfermeira para lá para cá, aí me deu uma crise, acho que, agora analisando vejo que pode ter sido uma grande ansiedade. Comecei a chorar desesperada, que eu tava cansada, com dor no corpo, queria deitar, sabe nem se for numa poltrona.”

Em outro momento da entrevista, Luna relata sobre a falta de empatia da equipe, que ao passar pelos corredores e vendo as mulheres nessa situação, não se mobilizam, nem no sentido de parar para conversar ou ouvir o que elas estavam sentindo. Durante uma outra passagem pelo PSO, Luna descreve esse sentimento como de falta de acolhimento e empatia.

[...] Talvez a parte das enfermeiras, bem que a pessoa que tá bem ruim fragilizada, eu comecei a chorar eu vi que passava residente assim e olhava tipo assim, será que eu falo com ela? Será que não falo, as enfermeiras que era da madrugada que era mais de idade não dava mínima, não chegava, tá? Tudo bem com você? Você precisa de alguma coisa, né? E não foi só comigo, foi com outras também.”

“[...] a maioria das mulheres que chegam lá tá com problema, ninguém vai perder seu tempo para ficar sentado numa cadeira de hospital, entendeu? Então tem um pouquinho mais de compaixão dar um pouquinho mais atenção. É só isso que eu que mesmo que às vezes você não tem uma tenho a criticar sabe? Mas o resto não tenho não.”

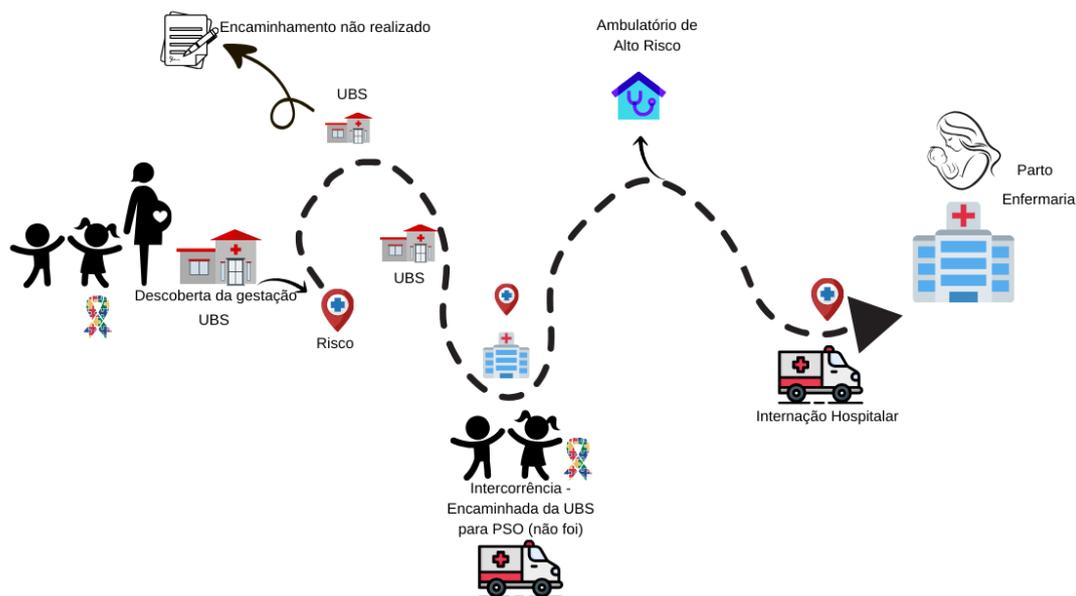
Toda essa situação vivida durante estas intercorrências, fizeram Luna relembrar um momento difícil de outra internação, quando estava em processo de abortamento e precisou ser encaminhada para atendimento hospitalar, sentimentos estes que reverberam até hoje, devido à falta de acolhimento e empatia, trazendo à tona as fragilidades de um serviço de saúde estagnando pelo excesso de demandas, que acabam refletindo em violência institucional e deficiências na qualidade dos serviços oferecidos, lembrando que isso não diz respeito apenas ao acesso às tecnologias duras, mas tecnologias leves, que implicam em escuta qualificada, acolhimento e respeito às necessidades e individualidades de cada

usuária.

“Samu me levou e me colocaram lá (PSO), eu acho que eles colocaram minha ficha na frente [...] do nada ela (residente) falou lá, você não tá melhor que ninguém tá! você não tá pior melhor que ninguém! todo mundo aqui tá com dor! [...] daí eu comecei a chorar de dor, de tudo que ela me falou. Isso faz cinco, seis anos que aconteceu isso, mas, eu acho que falta na área da saúde as pessoas têm que ter um pouquinho de empatia pelo outro, que todo mundo chega ali com dor, né”.

**Figura 3 – Os caminhos de Luna.**

**Caminhos de Luna**



**Fonte:** a pesquisadora.

Luna, 29 anos, casada, quarta gestação, dois filhos vivos e um aborto anterior a gestação atual. Gestação não planejada, mas bem aceita. Iniciou o pré-natal no início do segundo trimestre, fez todo acompanhamento pelo SUS, mas tinha uma experiência anterior com pré-natal pelo convênio. Ao iniciar o pré-natal na UBS já foi estratificada como alto risco devido diagnóstico de hipertensão prévia. Luna relata que foi encaminhada para ambulatório de alto risco e que a médica perguntava sobre isso em todas as consultas, porém no final do segundo trimestre a equipe descobriu que o encaminhamento não havia sido feito e a colocou na fila da especialidade. Durante esse período, Luna apresentou picos hipertensivos e teve suas medicações ajustadas, mas em uma das consultas ela foi encaminhada pela médica da UBS para o pronto socorro obstétrico, no entanto Luna foi para a casa

buscar alguns pertences e acabou desistindo de ir ao hospital. Luna tem uma filha autista, que segundo ela descompensa muito na sua ausência e por este motivo não quis deixá-la, refere que sabia que se fosse para o hospital permaneceria internada por um longo período. Com o avançar da gestação, mais a frente Luna se sentiu mal durante toda a madrugada e apenas pela manhã procurou o hospital, ao chegar no serviço foi encaminhada para cesárea de urgência por agravo materno. Passado alguns dias de hospitalização Luna pode voltar para casa com seu bebê. Luna relata que foi orientada durante seu pré-natal, mas não considerava que seu caso era de risco, que havia risco de morte. Se deu conta da gravidade ao ler o TCLE da pesquisa e conta que ficou muito assustada, que talvez pudesse ter agido diferente se tivesse melhor conhecimento dos riscos.

## 6.5 VITÓRIA

### **Vitória, a vida por um fio**

*Não pense você que ao se tornar  
mãe uma mulher abandona todas  
as mulheres que já foi um dia.  
Bobagem. Ganha mais mulheres  
em si mesma. Com seus desejos  
aumentam sua audácia, sua garra,  
seus poderes.*

**Cris Guerra**

Vitória, 33 anos, branca, casada, ensino superior completo, 3ª gestação, 2 abortos anteriores, realizou pré-natal todo por convênio. Vivenciou evento de quase morte no 3º trimestre de gestação e no puerpério.

Em sua ficha de notificação de quase morte materna, foram descritas as demoras assistenciais do tipo III, relacionadas à assistência pré-natal.

Durante a gestação passou a trabalhar em casa, por meio de home office, acumulando as funções do trabalho, da casa e de um familiar de mais idade que convivia com o casal.

Vitória deseja gestar, porém, não planejava para este momento, havia acabado de realizar um tratamento para endometriose e não acreditava que seria tão rápido!

Após a descoberta, o casal ficou muito feliz e iniciou a busca por um

profissional para o acompanhamento pré-natal. Como já havia histórico de aborto anterior, foi como se uma luz acendesse na cabeça de Vitória, estado de alerta total, por medo de uma nova perda.

Primeiro que o meu medo nessa gestação foi assim, olha que eu descobri que eu estava grávida, eu já meu cérebro inteiro ficou em superestado de alerta, então, assim de tipo, eu não quero perder esse neném.”

Ao passar com o primeiro médico, que foi muito recomendado, já veio a primeira decepção, não houve espaço para tirar dúvidas naquele primeiro encontro, segundo o profissional, nossa conversa ficaria para depois, após os resultados de exames, antes disso ele não poderia falar nada. A partir dessa postura, Vitória buscou por outro profissional, pois além de conhecimento técnico, queria acolhimento também, desejava ter um espaço de fala e escuta.

“O primeiro médico, eu troquei de médico. Eu comecei com Dr. João. Fui para o Dr. Luís, porque eu não senti segurança nenhuma no Dr. João, porque ele olhou para minha cara, eu cheguei lá com todas as neuras possíveis e impossíveis e inimagináveis! Ele olhou para minha cara pediu o exame primeiramente, sem o exame eu não vou poder falar nada para você, tudo bem então”.

Vitória conta que se arrependeu de não ter feito pré-natal pelo SUS, que via no SUS, uma possibilidade de maior abertura para tirar suas dúvidas, pois mesmo fazendo pré-natal particular, percebe hoje, que as consultas poderiam ser mais completas. Considera que teve um bom acompanhamento, mas que poderia ter sido melhor.

“[...] é necessário eu vou falar, assim por tudo que eu passei, hoje assim óbvio, que eu tive um acompanhamento muito bom, porém poderia ter sido excelente. poderia ter evitado muita das coisas que eu passei.”

“[...] uma outra coisa e eu me arrependi muito de ter feito só no particular. Devia ter feito no SUS também, depois eu fiquei sabendo que podia ter os dois acompanhamentos, porque o doutor Luís, fazia ultrassom, todas as métricas, mas para mim eu ainda achei que aquela consulta podia ser mais, então assim.”

Vitória conta que tinha possibilidade de tirar dúvidas pelo WhatsApp® do médico, que isso hoje em dia esse acesso é uma facilidade, mas que mesmo com esse recurso, às vezes não é possível expressar tudo o que se está sentindo. Há também o sentimento de estar incomodando e por isso acabava por não tirar todas as dúvidas que tinha, seja pelo WhatsApp® ou mesmo durante as consultas.

“É muito complicado também porque a gente não expressa uma preocupação que a gente pode ter, como se eu tivesse ido aqui no postinho, que eu moro aqui no bairro, podia ter ido ali no postinho! Desespero no dia que eu estava aqui agoniada ter ido lá. Então próxima gestação, eu vou fazer junto.”

“Infelizmente eu tenho que estou aprendendo a deixar de pensar que estou incomodando, sabe então muitas vezes eu deixava para tirar as dúvidas naqueles momentos ou no momento que eu estava passando mal, de ainda ir para o hospital.”

Vitória apresentava alguns fatores de risco antes mesmo de engravidar, mas durante a gestação descobriu uma doença autoimune, que poderia mudar todo o cenário de forma desfavorável, no entanto, isso não ficou claro para ela como sendo um risco, foi iniciado tratamento e acompanhamento com o especialista, mas no seu entendimento, esse agravo não foi colocado como fator de risco de grande importância.

“Não sabia, não fazia nem ideia...sim, sabia que tinha o risco por causa da obesidade, mas não que o Lúpus era tão grave, que se enquadra com a questão do alto risco.”

Vitória relata que teve eclampsia em casa e que foi levada às pressas para o hospital, foi socorrida pelo sogro que acionou os vizinhos. Conta que tem apenas algumas lembranças desse momento em casa e já chegando ao hospital e do nascimento de seu filho.

Passados quase uma semana após o parto, Vitória recebeu alta e permaneceu indo visitar o bebê na UTI, conta que se sentia cansada mais que o normal, entretanto acreditava ser dessa nova rotina de pós-parto, internação e idas frequentes ao hospital, não sabia que o que estava sentindo eram sinais de alerta de uma complicação puerperal.

“[...]cinco dias eu tive alta, daí mais dois dias, eu fiquei nessa ida e vinda, visitando ele, assim com a respiração pesada, sabe eu deitava eu escutava um chiado, eu falei assim, nossa, mas também com a falta de informação para a mãe, eu falo muito isso a falta de informação para a mãe que está no pós parto e na gestação, esses pequenos detalhes que a gente não sabe eu falava assim, eu achava na minha cabeça que era cansaço, por isso que minha respiração não estava assim, eu tava numa recuperação do meu organismo da anestesia então achava que aquele cansaço e aquele chiado poderia ser relação a isso e não uma coisa muito mais grave.”

Percebe-se o quanto a informação é importante, tanto durante a gestação, quanto no pós-parto, nós mulheres muitas vezes crescemos ouvindo, que temos que ser fortes, que o cansaço é normal, que por vezes não damos conta que nosso

corpo está pedindo socorro, que complicações podem estar acontecendo e que nem todo cansaço e fadiga é normal. O quanto informações de qualidade podem fazer a diferença na busca por assistência. Nesse caso, Vitória teve a vida por um fio por duas vezes, prefiro acreditar que nesse segundo momento, talvez por sorte, destino ou Deus, ela estava dentro do hospital, permitindo que fosse socorrida com mais rapidez.

Vitória relata que neste dia, outra mulher estava sendo internada por complicações na gestação e a equipe estava toda ao seu redor, porém, mesmo com equipe reduzida Vitória teve acesso aos cuidados necessários de forma ágil.

Em sua lembrança deste momento ela conta, que a médica gritava para ela ser internada na UTI, pois havia o risco de parada cardíaca no setor de avaliação, Vitória fala que não achava que tudo isso era com ela, mas quando se deu conta já estava na UTI com o médico avisando que precisaria entubá-la. Vitória recorda, que viu a morte de perto.

“Médicos e a médica ali falou gritando interna na UTI se ela dá uma parada aqui, vocês estão lascados.”

“Foi isso, eu falei assim, gente, isso é comigo? Tipo não sabendo da gravidade.”

“Estava acontecendo ali comigo, tipo UTI, sou eu é eu que tô nesse estado? daí já colocaram o cateter só que daí no cateter, que até a saturação não subia na UTI daí eu lembro só do médico japonês lá, eu nem lembro quem que era um médico que é que tava de plantão, ele olhou para mim e falou assim ó, sua saturação não tá subindo a gente vai ter que entubar você mas, a gente assim que subir a gente já desentuba”.

Após ter passado por tudo isso, hoje Vitória refere que viu a morte de perto.

“Eu vi a morte de pertinho, assim, meu desespero.”

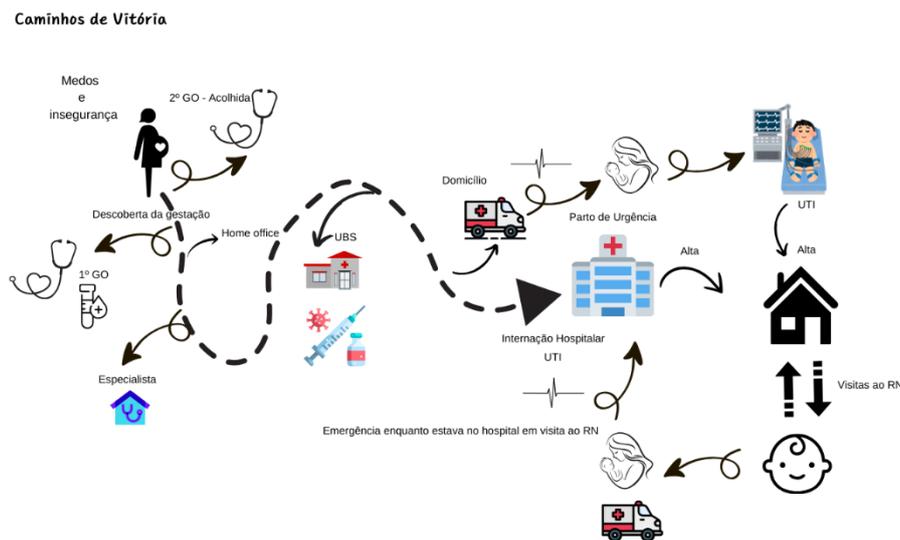
Olhando para traz, acredita que algumas situações contribuíram para seu agravamento, considera que as rotinas diárias do trabalho, cuidar de uma pessoa idosa e tarefas com a casa associados ao medo constante de uma possível perda ou medo de complicações com bebê, todo esse estresse poder ter tido uma parcela de repercussões na gestação.

Atualmente Vitória acompanha seu bebê pelo plano e na UBS, considera o atendimento de sua unidade muito bom.

“Eu tô fazendo acompanhamento dele no posto e no plano. Aqui é super atencioso. Diferenciado. Nossa ele (médico) é um querido assim, meu marido prefere ele do que o próprio médico do plano.”

“Agora eu vou falar Priscila pessoal reclama, reclama! [...] povo reclama muito do SUS, mas gente, sinceramente o SUS é ótimo. Sabe tem suas deficiências, mas não é só o sus, é e onde eu falo que falta o conhecimento não é só o SUS que tem deficiência, plano de saúde também tem deficiência, você não consegue marcar médico, tipo assim do dia para noite, aí passei mal agora, telefona e aí tem não, não é assim que as coisas funcionam. Então assim as pessoas reclamam por falta de conhecimento porque o SUS abrange tanta coisa maravilhosa. O SUS oferta tudo, tem plano de saúde não oferta tudo, o SUS oferta 100% de tudo.”

**Figura 4 – Os caminhos de Vitória.**



**Fonte:** a pesquisadora.

Vitória, 33 anos, casada, terceira gestação, 2 abortos anteriores, desejava gestação, mas não planejou para este período, no entanto foi muito bem aceita. Ao descobrir a gestação, apesar de toda felicidade, ficou muito apreensiva e com muito medo devidos as perdas anteriores. Realizou todo pré-natal por convenio e acessou a UBS para vacinação contra covid-19. Com o resultado de gravidez positivo, logo procurou por um médico obstetra, que foi muito bem recomendado, porém ao passar por consulta verbalizou suas dúvidas e anseios em relação a gestação, entretanto o profissional relatou que só poderia passar mais informações após resultados dos exames solicitados na primeira consulta, antes disso não poderia passar informações. Vitória, buscou por outro profissional, pois não se sentiu acolhida. Com o segundo profissional, Vitória deu segmento ao pré-natal, também foi orientada a buscar o especialista para investigar um quadro alérgico que a acompanhava há anos sem melhora. Passou com reumatologista que diagnosticou lúpus e deu início aos tratamentos. No 3º trimestre Vitória teve eclampsia em sua casa, foi socorrida por vizinhos que a levaram ao hospital. Neste mesmo dia passou por uma cesárea de emergência, sendo encaminhada a UTI após o parto. Após a alta hospitalar permaneceu vindo ao hospital para visitar o bebê na UTI neonatal. Pouco mais de

uma semana após o parto, em uma das visitas, Vitória começou a se sentir mal, com desconforto respiratório importante, foi avaliada pela equipe do hospital e encaminhada imediatamente a UTI onde foi entubada, devido quadro de derrame pleural e miocardiopatia. Vitória quase morreu por duas vezes. Durante a gestação não sabia que o lúpus era fator de risco, considerava como problemas os abortos anteriores e o sobrepeso. Também não sabia sobre os sinais de alerta no pós-parto, considerava a fadiga e chiado no peito como normais, como fazendo parte de sua internação e do cansaço no puerpério.

## 7. CONSIDERAÇÕES

Início estas considerações com dois significados, literários, mas cheios de sentido e vida, duas palavras que se entrelaçam entre a vida e a quase morte materna.

**Caminho:** Direção que se toma quando se pretende chegar a algum lugar.

**Compreensão:** Capacidade de entender o significado de algo; entendimento.

Quantas histórias, quantos caminhos percorridos e quantos sentimentos envolvidos em todas as histórias.

Todas as quatro entrevistadas traçaram um caminho, alguns mais simples, outros mais complexos, mas todos com percalços ao longo dele, os objetivos de todas elas eram os mesmos, ter um bebê vivo e saudável!

A compreensão, de alguma forma, todas sabiam que apresentavam um certo risco, mas não com o nível de entendimento necessário para entender que os agravos existentes poderiam ter um impacto tão negativo na gestação ou em sua própria vida.

Mesmo havendo algumas diferenças sociais, escolaridade, raça/cor e tipo de atendimento (SUS ou Conveniado), os caminhos dessas quatro mulheres se cruzam! Problemas relacionados a falta de informações ou acolhimento, medos atrelados a possibilidade de perda de um filho ou de potenciais complicações com esse bebê, se fizeram presentes em todos os casos. Assim como, a mulher que está gestando se colocar em segundo plano em todos os momentos, tendo como prioridade a vida do filho. Foi comum ouvir falas como “a gente tira o foco de si”, “a gente até esquece de si”.

Chama a atenção, o quanto os profissionais médicos e enfermeiros estão esquecendo da arte de cuidar, principalmente, no que diz respeito ao ato de ouvir, acolher, deixar o outro falar e partir destes princípios direcionar os cuidados de acordo com a necessidade do próximo. Ficamos tão preocupados com o acesso aos recursos de alta tecnologia para cuidar, que esquecemos do básico! Ouvir! Conversar! Tocar!

Merhy (1998), ressalta que o trabalho em saúde, se realiza sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, é centrado no trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto visando a produção do cuidado.

Esse encontro é marcado pela ação territorial dos atores em cena, já que o

usuário afeta o trabalhador e é afetado também por este. Existem mil variáveis que interferem na disponibilidade, atenção, consideração de um para o outro - reciprocamente - no ato intercessor do agir em saúde (Merhy, 1997; Feuerwerker, 2011).

É quase que impossível cuidar sem levar em consideração as bagagens que este usuário nos traz. Sua história de vida, rede de apoio, experiências prévias, conformação familiar, entre outras particularidades que interferem diretamente nas formas de compreensão e adesão as estratégias de cuidados propostas (Merhy, 1998).

Muitas vezes elaboramos planos de cuidados ou orientações para o usuário que não serão seguidos, nem sempre por “rebeldia”, mas por desconhecimento da gravidade, do risco de complicações e por situações específicas, como observamos na história de Luna, uma mãe atípica, que tinha diversas preocupações em deixar sua filha autista, colocando em primeiro lugar o cuidado com sua família.

Será que nós profissionais, nos atentamos a estas especificidades em nosso dia a dia? De que forma estamos preparados para ouvir e nos ajustar as individualidades de cada usuária? Não é sempre que todas as ações ou a maioria delas podem ser planejadas de forma coletiva.

O campo das relações entre o trabalhador de saúde e o usuário é sempre um território de tensão entre a dureza do olhar armado e do pensamento estruturado e a leveza exigida pelo usuário. Essa interação é fundamental para compreender a singularidade de cada pessoa, seu contexto, cultura e modos específicos de enfrentar situações. Ao construir vínculos de confiança, o trabalhador de saúde pode enriquecer seu raciocínio clínico e oferecer um cuidado mais eficaz e personalizado. É uma abordagem essencial para promover a saúde e o bem-estar dos pacientes (Feuerwerker, 2014).

Nos quatro casos, tivemos relatos de falta de informação, de orientação, porém, houve momentos em que as orientações foram feitas, mas, paira a dúvida se foram feitas com linguagem clara, de fácil entendimento para que a usuária tivesse clareza do que realmente estava acontecendo ou podia ocorrer durante a gestação, parto ou puerpério. Três das quatro entrevistadas, não reconheciam os verdadeiros riscos de sua gestação. Até sabiam que tinham risco, mas não conseguiam compreender a gravidade dos outros agravos que estavam envolvidos.

Nestes casos, a falta de orientação qualificada e clara, bem como o

reconhecimento das particularidades de cada indivíduo podem acarretar falhas na busca por cuidado em tempo oportuno, bem como local adequado, colocando o binômio mãe e filho em risco.

Para Feuerwerker (2011), dependendo do cenário, do grau de sofrimento, da instabilidade clínica, do risco de morte, as relações entre usuário(s) e trabalhador(es) de saúde se produzem de modos muito diferentes. Com disposição e possibilidades muito distintas de fazer valer a autonomia (pelo lado do usuário) ou de fazer valer a autoridade (pelo lado dos trabalhadores). Lugares de máxima autonomia do usuário e de baixa instabilidade clínica (vida em evidência) - como na atenção básica e na atenção domiciliar - e lugares de mínima autonomia do usuário e alta instabilidade clínica (problema orgânico em evidência) - como no hospital e na UTI.

A relação entre usuários e trabalhadores de saúde é complexa e multifacetada, variando de acordo com o contexto e as condições clínicas. Na Atenção Básica e Atenção Domiciliar há uma maior ênfase na autonomia do usuário. Os trabalhadores de saúde colaboram com os pacientes para entender suas necessidades, preferências e valores. A escuta atenta e o interesse genuíno são essenciais para construir vínculos de confiança. O trabalhador de saúde busca compreender o contexto de vida do usuário e suas experiências específicas. A autoridade é exercida de forma mais colaborativa, com o objetivo de capacitar o usuário a tomar decisões informadas sobre sua saúde (Feuerwerker, 2011).

Investimentos na capacidade de escuta às demandas, no processamento de problemas e na gestão compartilhada dos projetos de intervenção parecem oferecer maior capacidade de viabilizar gestões participativas, que possam contribuir para a ampliação da autonomia do usuário e a garantia da integralidade na atenção à saúde. Esta última questão, a integralidade na atenção, desde os anos 80 vem sendo colocada como desafio nas políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo discurso do movimento sanitário (Vilela, 2010).

Para o autor acima, o acolhimento deve ser uma ação de inclusão inteligente dos usuários no SUS. As práticas clínicas devem ser guiadas pela escuta, construção de vínculo e protocolos clínicos, de forma a resolver o problema do usuário.

No ambiente hospitalar a instabilidade clínica é alta, e o risco de morte pode estar presente. A prioridade é a intervenção médica imediata. A autonomia do

usuário pode ser limitada devido à gravidade da condição. Os trabalhadores de saúde precisam agir rapidamente para salvar vidas. A autoridade é mais evidente, com decisões tomadas com base em protocolos clínicos e expertise profissional. Portanto, a relação entre usuários e trabalhadores de saúde é dinâmica e adaptativa, variando conforme o contexto e as necessidades individuais. O equilíbrio entre autonomia e autoridade é fundamental para fornecer cuidados eficazes e compassivos. (Feuerwerker, 2011).

Vale lembrar a importância da atenção primária em saúde como principal ordenadora dos demais serviços, ambulatorial, hospitalares, diagnose e transporte. A APS é caracterizada como porta de entrada para os demais serviços, portanto é nítida a necessidade de investimentos nessa área, principalmente em qualificação profissional e acesso a recursos que viabilizem melhor diagnósticos, melhor qualificação dos encaminhamentos e identificação de riscos de forma precoce.

Feuerwerker (2014), traz que em vários serviços do SUS existem iniciativas de utilização da Educação Permanente em Saúde como estratégia para implementar, de maneira participativa, determinadas linhas de ação, tais como trabalho sobre indicadores, humanização, implementação de ações programáticas e inclusive certas iniciativas de capacitação. Parte-se do pressuposto de que somente desde a realidade local e da singularidade dos atores é possível construir processos que façam sentido e que sejam efetivamente apropriados pelos trabalhadores em seu cotidiano.

O acolhimento também deve ser uma ação de inclusão inteligente dos usuários no SUS. As práticas clínicas devem ser guiadas pela escuta, construção de vínculo e protocolos clínicos, de forma a resolver o problema do usuário.

Também podem ser percebidas as questões de gênero, nas quais em algumas falas foi colocada a necessidade de o companheiro assumir alguns cuidados da casa, acarretando sentimento de impotência ou mesmo fragilidade sobre suas atuações nas atividades domésticas. Em outro caso, a necessidade do trabalho em *home office*, associado ao trabalho doméstico causando sobrecarga e aumento do estresse sobre a mulher, bem como a necessidade de apresentar atestado no trabalho geraram desconforto para a mulher.

A medicina, em diferentes épocas, participou ativamente da construção do corpo feminino e de um modelo feminino ditado ou pensado através da sua biologia, construindo sobre esse corpo funções que passaram a caracterizar a mulher

(amamentar, parir), a fragmentar seu corpo nos seus símbolos e a determinar papéis sociais - o cuidado da casa e dos filhos (Aureliano, 2009).

Três das entrevistadas sofreram com reflexos da pandemia pela Covid-19, a qual restringiu acesso ao planejamento reprodutivo, pela necessidade de alta precoce, restrição do acompanhante durante a internação e necessidade do trabalho em *home office*.

Durante o isolamento, a interrupção dos serviços básicos de saúde sexual dificultou o planejamento familiar (Coutinho; Lima; Leocádio, 2020). Rosa refere que a pandemia corroborou para a não realização da laqueadura na gestação anterior, segundo ela, devido a necessidade de alta precoce de acordo com informações da equipe que a atendeu. Muitos postos de saúde limitaram o acesso de pessoas saudáveis e cancelando cirurgias eletivas, como vasectomias e laqueaduras (Silva; Ferreira; Lara, 2020; Toledo, 2020).

Outro ponto citado nas entrevistas, foi relacionado a restrição de acompanhantes durante o período de internação. Maria relata a dificuldade de permanência de seu esposo, tanto com ela, quanto com seu filho, durante o período em que esteve hospitalizada. Mesmo passado o período crítico de pandemia e com algumas medidas de precaução já sendo flexibilizadas, alguns serviços de saúde estenderam estas medidas, privando gestantes e puérperas deste direito.

Tais atuações de profissionais da saúde nas maternidades, foram instruídas pelas suas federações médicas e pelos próprios hospitais, (Evangelista, 2020; FEBRASGO, 2020). Internacionalmente, as discussões com relação ao impacto das medidas com excesso de cautela de prevenção da Covid-19 para a saúde neonatal também são presentes (Favre *et al.*, 2020; Schmid *et al.*, 2020).

Entre as usuárias acompanhadas pelo SUS, ficaram evidentes as fragilidades de acesso ao serviço especializado para acompanhamento dos casos de alto risco. Um sistema saturado que atualmente não suporta as demandas encaminhadas pelas unidades de saúde, levando a um longo tempo de espera até chegar ao AE. Nas duas situações, a chegada ao ambulatório de risco foi tardia, seja por problemas no encaminhamento da UBS ou pela demora da fila de agendamento.

Para Baduy (2011), a gestão dos sistemas e serviços de saúde no Brasil é um grande desafio para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre estes desafios temos a gestão das filas de especialidades.

Vilela (2010) faz o seguinte questionamento, e por que tem sido tão difícil

articular os diferentes serviços do sistema de saúde? Por que não se consegue assegurar o fluxo das pessoas de acordo com suas necessidades? São várias as explicações. Por um lado, ao mesmo tempo em que se atribui um papel crítico à atenção básica, ela é desvalorizada. Segundo a noção formal da pirâmide, é possível organizar um sistema verticalizado, desenhando com uma base formulada pela atenção básica e o topo pelos serviços de “alta densidade tecnológica” (concentração de equipamento de recursos técnicos). Muitas vezes, essa concentração de alta tecnologia também esbarra na dificuldade de contratualizar profissionais especialistas e de organizar os serviços para atendimento da demanda existente.

Possivelmente, houve também despreparo por parte das equipes, citado pelas entrevistadas como, falhas no apoio aos cuidados básicos como higiene, informações sobre medicamentos administrados, empatia em relação a dor do outro, exercícios de rotinas “engessadas” para realização de visitas, acompanhantes ou mesmo obtenção de informações.

As falas acima, configuram violência obstétrica, pois estamos falando de qualquer tipo de violência, manifestada sob forma de negligência, violência física, sexual, verbal e psicológica, que ocorra durante o período da gestação, do parto e do pós-parto, incluindo a assistência ao abortamento. Qualquer ato por ação ou omissão, sem o consentimento explícito ou informado da mulher, em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos e preferências (Curi; Baptista, 2018).

Para Curi e colaboradores (2018), a obstetrícia, ao tomar o corpo da mulher como seu objeto - propositalmente no singular porque ela trata todas como sendo absolutamente iguais, sem levar em consideração suas particularidades subjetivas e existenciais -, a calou e a adjetivou, segundo os interesses de uma sociedade patriarcal. As violências incidem no sujeito mulher, no seu corpo, através de falas e intervenções que dilaceram corpo (literalmente) e alma. A mulher está literalmente nas mãos daqueles que sabem dizer o que é melhor para ela e, submetidas, resta-lhe calar-se e manter-se objetos de intervenções diversas.

Outro ponto que chama a atenção, foi a fala de Maria, que mesmo conhecendo seus riscos pré-gestacionais, ouviu de um profissional médico (particular) que ela deveria abortar, que ela não sobreviveria a gestação, caso Maria optasse por seguir adiante com a gestação ele não iria conduzir seu pré-natal,

cabendo a ela e seu parceiro a busca por outro profissional.

Neste caso, ao tentar explicar patologias, o discurso médico passa a diagnosticar, classificar, evidenciar suas verdades, marcadas nos corpos mortos, abertos e expostos. Isto tem efeito na vida de todos e não só daqueles que são seus objetos. Dizemos que a medicalização do corpo feminino está articulada à emergência de novos saberes sobre o corpo feminino, incluindo a prática médica, que se consolidaram mais especificamente no decorrer do século XIX (Curi; Baptista, 2018).

Contudo, a reflexão e a experiência profissional em maternidade revelam que o sofrimento de mulheres, especialmente durante o período gravídico-puerperal, é intenso e não se limita ao momento do trabalho do parto. Neste, as violências “apenas” ganham maior evidência, por não serem mais tão invisíveis e veladas quanto na época gestacional (Curi; Baptista, 2018).

Nogueira (1994), cita que tanto internacional como nacional, a violência é reconhecida como uma questão social e da saúde, e tem sido tema de pesquisa em diversos países. Essas pesquisas mostram que, para além dos problemas econômicos e de infraestrutura que os diversos serviços de saúde sofrem, encontram-se aspectos socioculturais relacionados às práticas violentas de caráter institucional.

Pesquisas cujo empírico constitui-se através de entrevistas com profissionais e usuários dos mais diversos serviços nos mostram que a questão da violência na saúde não é uma questão pessoal ou pontual (Brasil, 2000) e (Aguilar, 2011).

Para Azeredo (2017), a constância e a alta distribuição dos episódios de violência fazem com que seja caracterizada como institucional, ou seja, que existem elementos dentro da estruturação da relação entre o serviço e o usuário que encerram aí relações violentas. Esta violência se expressa como negligência na assistência, todas as formas de discriminação social, violência física e até sexual.

Ainda em se tratando de violência contra as mulheres, é nítida a existência da violência de gênero, seja por não respeito as decisões, pela qualidade do cuidado ofertado, pela cobrança da sociedade ainda patriarcal de que as mulheres têm que dar conta de tudo, principalmente dos afazeres domésticos, no qual pedir ajuda ao parceiro é quase que uma afronta, sinônimo de incapacidade.

Para Rubim (2016), o sexismo é um conjunto de ações e ideias que privilegiam determinado gênero ou orientação sexual, em detrimento de outro

gênero. De forma geral, usado para rebaixamento e exclusão do gênero feminino, esse comportamento está presente em intergêneros (homens e mulheres), mantém um pensamento essencialista, atribuem qualidades e defeitos inerentes e específicos de cada sexo.

Para a mesma autora, essas diferenças refletem na criação de comportamentos, em todos os aspectos sociais, no direito, na linguagem etc.; sendo as características comportamentais inerentes por natureza a determinado gênero (Rubim, 2016).

Essas diferenças continuam impactando de forma significativa e muitas vezes violenta na vida de muitas mulheres. Comportamentos que permanecem sendo replicados por questões sociais nas famílias e ainda na formação de inúmeros profissionais.

Em se falar de atuação profissional, a qualificação destes, em especial os da atenção primária, médicos de estratégia de saúde da família e enfermeiros, se mostrou essencial. Esses profissionais são destinados a atender todos os ciclos de vida, porém além do conhecimento ofertado na graduação é fundamental que o município garanta momentos de educação permanente e apoio matricial a esses profissionais, a fim de garantir mais segurança e qualidade no atendimento às gestantes.

Em Londrina a realização destas ações é planejada anualmente por equipes técnicas da autarquia de saúde e monitorada pela Comissão de Acompanhamento dos Instrumentos de Gestão do Conselho Municipal de Saúde e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde. Esta é uma das formas do município pactuar metas e ações para melhoria da rede de atenção à saúde.

Londrina conta com a Programação Anual de Saúde (PAS), a qual apresenta as diretrizes e suas ações para a gestão da saúde tendo como base as orientações da Portaria nº 2135, de 25 de setembro de 2013 que estabelecem o sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (Londrina, 2023).

Através da Autarquia Municipal de Saúde que possui a atribuição de coordenar a Política Municipal de Saúde em consonância com as diretrizes definidas pelo SUS explicitadas na Lei Orgânica do Município (Londrina, 2023).

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento que norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde tendo seus

resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com a participação e controle da comunidade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde (Londrina, 2023).

Machado *et al.* (2007), explica que a educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade.

As práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas muitas vezes estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão (Falkenberg, 2014).

Um aspecto que também chamou a atenção neste trabalho foi o cumprimento de um dos princípios fundamentais do SUS, a UNIVERSALIDADE, previsto na Constituição Federal de 1988, no artigo 198 (Brasil, 1988), sendo um dos princípios fundamentais do SUS e determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde, visto que a saúde é um direito de cidadania para todas as pessoas, e é responsabilidade do Estado garantir esse direito. O acesso a ações e serviços de saúde deve ser assegurado a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Outro princípio contemplado neste estudo foi o da INTEGRALIDADE, no qual o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa.

O relato de duas entrevistadas sobre a utilização do SUS, seja por meio de uso parcial, como acesso a medicamentos de alto custo ou mesmo quando comparado à assistência privada utilizada em gestação anterior. Outra usuária sinaliza o desejo de utilizar o SUS em futura gestação, dado a completude de recursos que o sistema público oferta, cita que existem fragilidades, mas que o mesmo também ocorre com a saúde suplementar.

## 8 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA NA APS

A análise das entrevistas e a gestão da plataforma REDCap, nos dá inúmeros indícios do que pode ser qualificado na rede assistencial materno-infantil, em todas as esferas de cuidado, desde o nível primário ao terciário, SUS, saúde suplementar e serviços complementares.

Dentre as sugestões de intervenções está a utilização de protocolos atualizados, gestão das filas especializadas, visando a ao acesso das gestantes ao ambulatório de risco em tempo oportuno.

A prática de atividades voltadas à educação permanente e continuada para as diferentes categorias profissionais envolvidas nos cuidados às gestantes, deve ser tida como rotineira nos espaços de trabalho em saúde.

A gestão deve realizar monitoramento periódico “in loco” em todos os pontos da APS, porém com maior frequência onde as fragilidades sejam mais evidentes ou ocorram com certo grau de repetição, pautadas na análise de indicadores de quase morte materna e óbitos fetais, infantis e maternos dos territórios.

É necessário fortalecer a comunicação e estreitar as relações entre a atenção primária entre os serviços de vigilâncias, visto que as ações nos territórios devem ser pautadas nos indicadores epidemiológicos, entre outras características inerentes a cada território, como bolsões de pobreza, problemas com saneamento básico, geografia que dificulta acesso aos serviços, concentração de imigrantes, entre outros que fatores que podem nortear ações mais específicas e qualificadas para determinadas populações.

O trabalho em rede também deve ser exercitado pelas equipes da AP, dada a complexidade que o usuário se apresenta ao serviço de saúde. Hoje, é muito comum que ao procurar o serviço, o indivíduo não tenha apenas uma queixa relacionada à doença, ele traz uma bagagem de vida, que muitas vezes foge à governabilidade da AP resolver, sendo necessário acionar outros serviços para melhorar a resolutividade e adesão aos planos propostos.

A pandemia pela COVID-19 nos trouxe várias experiências com o ambiente virtual. Possivelmente uma das ações pudessem fazer parte deste contexto de cuidado seria a implementação de um serviço de tele consulta, facilitando o acesso a informações e orientações adequadas à população.

Outra consideração importante, seria a divulgação mais ampla do termo quase morte materna para os profissionais de saúde na AP, proporcionando aos profissionais mais proximidade com o termo e significância na implementação de ações para a prevenção deste agravo.

Levar este termo para gestantes e puérperas também, tem importante relevância, pois o significado do que ocorreu com estas mulheres não estava claro para elas. Algumas compreenderam que agravaram ou que estavam em risco, mas não o risco de morte. Também não estava clara a relação entre os fatores de risco já identificados na gestação com o agravamento delas neste período. Portanto é nítida a necessidade de esclarecimento deste termo para as mulheres que vivenciaram esse agravo.

A importância de se conhecer o termo, bem como as repercussões que essa ocorrência pode ocasionar na vida emocional e reprodutiva destas mulheres. Uma nova gestação pode ocorrer, e é fundamental que a mulher tenha compreensão de seu histórico, fornecendo informações importantes para o planejamento das equipes em relação à assistência pré-natal, bem como o planejamento reprodutivo que muitas vezes se faz necessário nestes casos.

As ações citadas acima são de grande relevância e que podem ter impacto em todos os três tipos de demoras assistenciais (I, II e III), que podem colaborar com melhorias para toda rede de serviços e intervindo na ocorrência de eventos que antecedem o óbito materno, infantil e fetal.

Em tempo, ressaltamos que a OMS sugere a avaliação e monitoramento dos casos de quase morte materna em complemento à investigação dos óbitos, uma vez que parte destes casos decorre em óbito materno.

É preciso fortalecer os comitês de mortalidade e Grupo Técnico de Agilização e Revisão de Óbitos (GTARO), a fim de qualificar e realizar de forma sistematizadas todos os casos de quase morte materna e mortalidade fetal, infantil, materno nos diversos pontos da rede assistencial e na gestão dos serviços.

Para que haja melhora nos indicadores de quase morte materna e conseqüentemente de mortalidade materna, infantil e fetal, é necessário reconhecer que o agravamento ou morte não está apenas atrelado ao fator biológico, existem outros pontos que precisam ser aprimorados como vontade política, ações estratégicas nos diversos pontos de atenção, qualificação profissional e educação em saúde, não apenas para profissionais, mas para a comunidade, além de

mecanismos de monitoramento dos indicadores referentes a saúde materno infantil.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janáina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-91, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/vvLz5TN8Hpzz9SXnKqth78j/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2024.

ASTIER-PENÑA, Maria Pilar; TORIJANO-CASALENGUA, Maria Luisa; OLIVERA-Cañadas Guadalupe. Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. **Atencion Primaria**, Barcelona, v. 48, n. 1, p. 3-7, 2015. DOI: 10.1016/j.aprim.2015.08.001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6880154/pdf/main.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

AURELIANO, Waleska de Araújo. "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 49-70, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/T8GDvyqYM3f5rPyT6wwcNyG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2024.

AZEREDO, Yuri Nishijima; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3013-3022, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VFFLLgpXPYfcVDQz6VgMxsz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2024.

BADUY, Rossana Staeve et al. A regulação assistencial ea produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: MS, 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 24 maio 2024.

Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. *Boletim Epidemiológico* 2021; 52(29).

COUTINHO, Raquel Zanatta; LIMA, Luciana Conceição de; LEOCÁDIO, Victor Antunes; BERNARDES, Tereza. Considerações sobre a pandemia de Covid-19 e seus efeitos sobre a fecundidade e a saúde sexual e reprodutiva das brasileiras. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, v. 37, p. e0130, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/FPTkwpk53k6m8GcMdLmMR8P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2024.

CURI, Paula Land; BAPTISTA, Júlia Gonçalves Barreto. A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Campo dos Goytacazes, v. 8, n. 1, p. 123-136, 2018. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2092/1537>. Acesso em: 10 abr. 2024.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SCHILITZ, Arthur Orlando Corrêa; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; DINIZ, Carmen Simone Grilo; BRUM, Ione Rodrigues; MARTINS, Alaerte Leandro; THEME FILHA, Mariza Miranda; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; LEAL, Maria do Carmo. Incidência do quase morte materna materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S169-S181, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/w9xDWCgRSvgRn5NZmP4LckK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2024.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; PACAGNELLA, Rodolfo de Carvalho; LANSKY, Sônia; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; BITTENCOURT, Sônia Azevedo; THEME FILHA, Mariza Miranda; AYRES, Barbara Vasques da Silva; BALDISSEROTTO, Márcia Leonardi; LEITE, Tatiana Henriques; LEITE, Maria do Carmo. Mortalidade perinatal, morbidade materna grave e quase morte materna materno: protocolo de um estudo integrado à pesquisa nascer no Brasil II. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HG4f9TphPscYwtQJjTFzBpL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2024.

EVANGELISTA, Renato. Restrição de acompanhantes para mulheres em maternidade de BH, em combate à Covid, divide opiniões. **Hoje em dia**, 15 maio 2020. Disponível em: <https://www.hojeemdia.com.br/horizontes/restri%C3%A7%C3%A3o-de-acompanhantes-para-mulheres-em-maternidade-de-bh-em-combate-%C3%A0-covid-divide-opini%C3%B5es-1.786512>. Acesso em: 19 maio 2024.

FALKENBERG, Mirian Benites; Mendes, Thais de Paula de Lima; Moraes, Eliana Pedroso de; Souza, Elza Maria de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 847-852, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm>. Acesso em: 10 abr. 2024.

FAVRE, Guillaume; POMAR, Léo; QI, Xiaolong; NIELSEN-SAINES, Karin; MUSSO, Didier; BAUD, David. Guidelines for pregnant women with suspected SARS-CoV-2 infection. **The Lancet Infectious Diseases**, New York, v. 20, n. 6, p. 652-653, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7134390/pdf/main.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2024.

FEBRASGO. **Posicionamento da Febrasgo frente à recomendação da**

**Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais de 28 de abril de 2020.** São Paulo: FEBRASGO, 2020. Disponível em:

<https://www.febrasgo.org.br/es/revistas/item/1039-posicionamento-da-febrasgo-frente-a-recomendacao-da-defensoria-publica-do-estado-de-minas-gerais-de-28-de-abril-de-2020-ao-sr-secretario-municipal-da-saude-do-municipio-de-belo-horizonte-doutor-jackson-machado-pinto-pedindo-providencias-ao-atendim>. Acesso em: 12 jun. 2024.

FERREIRA, Michelle Elaine Siqueira; COUTINHO, Raquel Zanatta; QUEIROZ, Bernardo Lanza. Morbimortalidade materna no Brasil e a urgência de um sistema nacional de vigilância do quase morte materna materno. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 8, p. e00013923, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/zkhZSJfQRygCcHpywLpKmGp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2024.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. A cadeia do cuidado em saúde. *In*: MARINS, J. J. (org.). **Educação, Saúde e Gestão**. Rio de Janeiro: ABEM, 2011. p. 99-113. Disponível em:

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3896467/mod\\_resource/content/1/B.aula5\\_grupo8\\_Cadeia\\_cuidado\\_saude\\_FEUERWERKER.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3896467/mod_resource/content/1/B.aula5_grupo8_Cadeia_cuidado_saude_FEUERWERKER.pdf). Acesso em: 12 jun. 2024.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 63-118 Disponível em:

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6407202/mod\\_resource/content/1/Micropol%C3%ADtica%20e%20sa%C3%BAde.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6407202/mod_resource/content/1/Micropol%C3%ADtica%20e%20sa%C3%BAde.pdf). Acesso em: 12 jun. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **Principais questões sobre como reduzir as três demoras**. 8 nov. 2020. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-como-reduzir-as-tres-demoras/>. Acesso em: 25 abr. 2024.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento**: Plataforma do Cairo, 1994.

Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%Aancia-d>. Acesso em: 12 jun. 2024.

GONÇALVES, Glaucia Osis. **Tecnologia para monitoramento e investigação do quase morte materna materno**. Curitiba: [s.n.]; 2020.

<https://www.paho.org/pt/noticias/8-3-2023-opas-e-parceiros-lancam-campanha-para-reduzir-mortalidade-materna-na-america>. Acesso em: 03 mai. 2024.

HARRIS, Paul A.; TAYLOR, Robert; THIELKE, Robert; PAYNE, Jonathon; GONZALEZ, Nathaniel; CONDE, Jose G. Research electronic data capture (REDCap): A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. **Journal of Biomedical Informatics**, San Diego, 42, n. 2, p. 377-381, 2009.

HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho de. História de vida: instrumento para captação de

dados na pesquisa qualitativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 32-37, 1998. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/historia-de-vida-instrumento-para-captacao-de-dados-na-pesquisa-qualitativa/>. Acesso em: 12 nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Londrina**. 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama>. Acesso em: 22 abr. 2024.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Programação Anual de Saúde**. Disponível em:

[https://saude.londrina.pr.gov.br/images/DPGS/Programa%C3%A7%C3%A3o\\_Anuar\\_de\\_Sa%C3%BAde\\_PAS\\_2024.pdf](https://saude.londrina.pr.gov.br/images/DPGS/Programa%C3%A7%C3%A3o_Anuar_de_Sa%C3%BAde_PAS_2024.pdf). Acesso em: 1 maio 2024.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DtJwSdGWKC5347L4RxMjFqg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2024.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Orgs.) Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina: Eduel, 2003. p.11-25.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Re(introduzindo) história oral no Brasil**. São Paulo: Xamã, 1996.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, Emerson Elias. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Cruz Neto, O; Gomes, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28ª. ed. **Petrópolis (RJ): Vozes**, p. 108, 2009.

NEAR-MISS noun. In: MERRIAM-WEBSTER. **Dictionary thesaurus**. Disponível em: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/near%20miss>. Acesso em: 1 maio 2024.

NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistência pré-natal**: prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: Hucitec, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação**: a abordagem do quase morte materna da OMS

para a saúde materna. 2011. Disponível em:  
[https://ensino.ensp.fiocruz.br/perfil\\_de\\_mortalidade/documents/Avaliacao-da-qualidade-do-cuidado.pdf](https://ensino.ensp.fiocruz.br/perfil_de_mortalidade/documents/Avaliacao-da-qualidade-do-cuidado.pdf). Acesso em: 1 maio 2024.

Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde *Saúde materna*. [24/Abr/2024]. <https://www.paho.org/pt/node/63100>.

PACAGNELLA, Rodolfo C.; CECATTI, José G.; Mary A PARPINELLI, Maria H Sousa, HADDAD, Samira M.; COSTA, Maria L.; SOUZA, João P.; PATTINSON, Robert C.; BRAZILIAN NETWORK FOR THE SURVEILLANCE OF SEVERE MATERNAL MORBIDITY STUDY GROUP. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 14, p. 159, 2014. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4016777/pdf/1471-2393-14-159.pdf>. Acesso em: 1 maio 2024.

PANESAR, Sukhmeet Singh; Desilva, Debra; CARSON-STEVENSON, Andrew; CRESSWELL, Kathrin M.; SALVILLA, Sarah Angostora; SLIGHT, Sarah Patricia; JAVAD Sundas; NETUVELI, Gopalakrishnan; LARIZGOITIA, Itziar; DONALDSON, Liam J; BATES, David W.; SHEIKH, Aziz. How safe is primary care?: a systematic review. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 25, n. 7, p. 544-553, 2015. Disponível em:  
<https://qualitysafety.bmj.com/content/25/7/544.long>. Acesso em: 1 maio 2024.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Atenção materno infantil**. 2022. Disponível em:  
<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Atencao-Materno-Infantil>. Acesso em: 21 maio 2024.

PEREIRA, Theonas Gomes. **Near Miss neonatal no Brasil: fatores associados e repercussões no aleitamento materno exclusivo**. 2020. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

Pereira, A. P. S., *et al.* (2020). **Mortalidade materna e fatores associados em um hospital de referência no interior do Nordeste brasileiro**. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(Suppl 1), 109-118.

ROSENDO, Tatyana Maria Silva de Souza; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Prevalência e fatores associados ao Quase morte materna Materno: inquérito populacional em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1295-1304, 2015. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/hG5hS4d4HQ8G7Zf5xwKw8Db/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 maio 2024.

ANTUNES, Bianca Rubim. **Igualdade de Gênero x Feminismo: uma busca da desconstrução da violência de gênero e o feminicídio da Lei 13.104 de 2015**. Rio de Janeiro: Edição do autor, 2016.

SANTANA, Danielly Scaranello; GUIDA, José Paulo Siqueira; PACAGNELLA, Rodolfo Carvalho; CECATTI, José Guilherme. Near miss materno - entendendo e aplicando o conceito. **Revista de Medicina**, São Paulo, Brasil, v. 97, n. 2, p. 187-194, 2018. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revistadc/article/view/143212>. Acesso em: 10 maiojul. 2024.

- SAY, Lale; SOUZA, João Paulo; PATTINSON, Robert C.; WHO WORKING GROUP ON MATERNAL MORTALITY AND MORBIDITY CLASSIFICATIONS. Maternal quase morte materna—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, Amsterdam, v. 23, n. 3, p. 287-296, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007>. Acesso em: 12 jun. 2024.
- SCHMID, Manuel B.; FONTIJN, Jehudith.; OCHSENBEIN-KÖLBLE, Nicole; BERGER, Christoph; BASSLER, Dirk. COVID-19 in pregnant women. **The Lancet Infectious Diseases**, New York, v. 20, n. 6, p. 653, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270341/pdf/main.pdf>. Acesso em: 12 maio 2024.
- SILVA, Thaíse Castanho da; VARELA, Patrícia Louise Rodrigues; OLIVEIRA, Rosana Rosseto de; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Morbidade materna grave identificada no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, no estado do Paraná, 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, p. 617-628, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/JSgKNgrHdjr4DBsXvm7XH7k/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2024.
- SILVA, Vitória Régia da; FERREIRA, Letícia; LARA, Bruna de. **Coronavírus: serviços de saúde cortam contraceptivos quando mulheres mais precisam evitar gravidez**. 20 abr. 2020. Disponível em: <https://theintercept.com/2020/04/20/coronavirus-evitar-gravidez-mas-cortam-contraceptivos/>. Acesso em: 19 maio 2024.
- SOUZA, João Paulo; CECATTI, José Guilherme; PARPINELLI, Mary Angela; SOUSA, Maria Helena de; SERRUYA, Suzanne Jacob. Revisão sistemática sobre morbidade materna quase morte materna. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 255-264, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Vc3nwKDLnXBy4mdbd8ZwqpH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2024.
- THADDEUS Sereen, MAINE Deborah. Too far to walk: maternal mortality in context. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 38, n. 8, p. 1091-1110, 1994. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7). Acesso em: 12 abr. 2024.
- TOLEDO, Karina. **Anticoncepção é essencial em tempos de coronavírus, alertam especialistas**. 26 maio 2020. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/anticoncepcao-e-essencial-em-tempos-de-coronavirus-alertam-especialistas/>. Acesso em: 19 maio 2024.
- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- VILELA, Sarisce Maria Pachêco. **Relato de experiência: o problema da fila numa unidade de saúde-Recife-PE**. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010vilela-smp.pdf>. Acesso em: 1 maio 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Beyond the numbers**: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms [Internet]. Cidade: WHO; 2009 [cited 2011 Jul 4]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_chapter3.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter3.pdf)

## APÊNDICES

## APÊNDICE 1 CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

Meu nome é Priscila Alexandra Colmiran, mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e, sob orientação da prof.<sup>a</sup> Dra. Marselle Nobre de Carvalho estou realizando a coleta de dados da minha pesquisa intitulada “*Quase morte materna*: significados e caminhos em Londrina – PR”.

O objetivo desta pesquisa é conhecer os caminhos percorridos em busca pelo cuidado e a percepção em relação a gravidade do evento *quase morte materna* durante a gestação ou puerpério. Se você tem 18 anos ou mais, reside no município de Londrina-PR, não teve óbito fetal ou neonatal e não passou por procedimento que impeça uma nova gestação, você pode colaborar com essa pesquisa. Gostaria de contar com a sua ajuda!

Se você puder ajudar a esta pesquisa, poderemos agendar um horário assim que aceitar participar do estudo, podemos realizar essa entrevista por meio on-line ou presencial como preferir para realização da coleta de dados. As informações serão mantidas em sigilo e as entrevistas seguirão todos os aspectos éticos previstos pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP-UEL) ao qual esse projeto de pesquisa foi submetido.

Sua contribuição será de grande valor e agradecemos desde já seu apoio.

Eventuais dúvidas poderão ser sanadas através, do e-mail desta pesquisadora [priscila.colmiran@uel.br](mailto:priscila.colmiran@uel.br) ou telefone/whats: (43) 99104 0436.

Ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Entrevista Presencial

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: “*Quase morte materna*: significados e caminhos em Londrina – PR” coordenado pela pesquisadora Priscila Alexandra Colmiran (matrícula institucional nº 202210540020), mestranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marselle Nobre de Carvalho.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender os significados e os caminhos percorridos pelas mulheres que vivenciaram a quase morte (*quase morte materna*) materna durante a gestação e/ou pós-parto no município de Londrina – PR.

Se aceitar o convite, você será entrevistada presencialmente, com gravação de voz e/ou imagem, que será destinada exclusivamente para fins da pesquisa e ficará sob a guarda da pesquisadora, sendo resguardado o sigilo e a confidencialidade da sua identidade.

Os resultados desta pesquisa visam contribuir para fortalecimento da rede de cuidados à gestante e puérpera no município, bem como colaborar para a produção de conhecimento sobre os significados da quase morte na gestação e/ou puerpério.

Como toda pesquisa envolve riscos, você pode eventualmente sentir algum desconforto durante a entrevista em função do tema abordado, solicitando a sua interrupção a qualquer momento, e a pesquisadora tomará os devidos cuidados para a minimização desses riscos, colocando-se a disposição para manejá-los de acordo com a necessidade e sem onerar o serviço público.

Como benefícios, esta pesquisa possibilitará que você contribua diretamente, por meio da sua experiência, para o conjunto de reflexões sobre a redes que compõem a linha de cuidado materno infantil no município de Londrina.

A sua participação não é obrigatória e não acarretará recursos financeiros diretos e/ou indiretos, ou seja, você não receberá e nem pagará nenhum valor para a pesquisadora. Você tem o direito de não responder qualquer questão sem necessidade de explicação ou justificativa, podendo se retirar da pesquisa a qualquer momento.

O seu anonimato está garantido durante todo o processo da pesquisa, e também na divulgação dos resultados, e as informações obtidas ao longo da entrevista têm fins acadêmicos e científicos e são confidenciais.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo a 1ª, é para você (participante da pesquisa) que deve mantê-lo sob sua guarda e a 2ª via para arquivo da pesquisadora.

Eu \_\_\_\_\_ declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. Em caso de dúvidas poderei contatar a pesquisadora, e ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP-UEL) pelo telefone (43) 3371-5455, localizado no endereço LABESC – Laboratório Escola de Pós –Graduação – sala 14 Campus Universitário – Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445) Londrina-Pr – CEP: 86057-970. Endereço eletrônico: cep268@uel.br. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e tirar as minhas dúvidas.

---

Priscila Alexandra Colmiran - pesquisadora responsável  
(43) 99104-0436/ e-mail: priscila.colmiran@uel.br

---

Participante

Londrina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2023.

### APÊNDICE 3

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AMBIENTE VIRTUAL

Baseado na Resolução CNS 510/2016 e no Ofício Circular 2/2021/CONEP/SECNS/MS

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: “*Quase morte materna*: significados e caminhos em Londrina – PR” coordenado pela pesquisadora Priscila Alexandra Colmiran (matrícula institucional nº 202210540020), mestranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marselle Nobre de Carvalho.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender os significados e os caminhos percorridos pelas mulheres que vivenciaram a quase morte (*quase morte materna*) materna durante a gestação e/ou pós-parto no município de Londrina – PR.

Os procedimentos obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os procedimentos para a coleta de dados ocorrerão em ambiente virtual (*on-line*) e oferecem como toda pesquisa envolve riscos, você pode eventualmente sentir algum desconforto durante a entrevista em função do tema abordado, solicitando a sua interrupção a qualquer momento, e a pesquisadora tomará os devidos cuidados para a minimização desses riscos, colocando-se a disposição para manejá-los de acordo com a necessidade e sem onerar o serviço público.

A sua participação não é obrigatória e não acarretará recursos financeiros diretos e/ou indiretos, ou seja, você não receberá e nem pagará nenhum valor para a pesquisadora. Você tem o direito de não responder qualquer questão sem necessidade de explicação ou justificativa, podendo se retirar da pesquisa a qualquer momento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo a você.

O seu anonimato está garantido durante todo o processo da pesquisa, e na divulgação dos resultados, e as informações obtidas ao longo da entrevista têm fins acadêmicos e científicos e são confidenciais.

O pesquisador responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação dos participantes e a devolver os resultados a participante se assim desejar, através de endereço eletrônico da entrevistada.

Sua participação na pesquisa consistirá em participar de uma entrevista via plataforma Google Meet, na qual você poderá contar a sua experiência em ter vivenciado uma situação de quase morte (*quase morte materna*) durante a gestação e/ou pós-parto em relação a assistência pré-natal e acessos aos serviços de saúde. A pesquisadora utilizará um roteiro com perguntas para conduzir a entrevista caso seja necessário.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assinale “SIM” para tal pergunta no questionário *on-line* que você recebeu, caso contrário, assinale “NÃO”. Em caso de possíveis dúvidas seguem os contatos e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Em caso de dúvidas poderei contatar a pesquisadora, e ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP-UEL) pelo telefone (43) 3371-5455, localizado no endereço LABESC – Laboratório Escola de Pós –Graduação – sala 14 Campus Universitário – Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445) Londrina-Pr – CEP: 86057-970. Endereço eletrônico: cep268@uel.br. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e tirar as minhas dúvidas.

Aceitando participar da pesquisa, você declara ter entendido os objetivos, riscos e benefícios que a mesma poderá lhe causar.

---

Priscila Alexandra Colmiran - pesquisadora responsável

(43) 99104-0436/ e-mail: priscila.colmiran@uel.br

---

Participante

Londrina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2023.

Se desejar receber os resultados da pesquisa e/ou o TCLE físico, assinale abaixo a sua opção e indique seu e-mail ou, se preferir, seu endereço postal, no espaço a seguir: \_\_\_\_\_

RESULTADO DA PESQUISA

RUBRICADO.

TCLE IMPRESSO E

#### APÊNDICE 4 TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE VOZ E/OU IMAGEM

Eu, \_\_\_\_\_, de posse do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO da pesquisa intitulada “*Quase morte materna: significados e caminhos em Londrina – PR*” coordenado pela pesquisadora Priscila Alexandra Colmiran (matrícula institucional nº 202210540020), mestranda no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marselle Nobre de Carvalho., após ter ciência e entendimento quanto aos riscos e benefícios que essa pesquisa poderá trazer e métodos que serão usados para a coleta de dados; e por estar ciente da necessidade de gravação e/ou filmagem”), AUTORIZO, por meio deste termo, que a pesquisadora Priscila Alexandra Colmiran capture(m) fotografia e/ou filmagem e/ou gravação de voz de minha pessoa para fins EXCLUSIVOS da referida pesquisa científica e com a condição de que esse material, na sua forma original, não seja divulgado. Nessas condições, apenas o material derivado do original poderá, nos termos desta autorização, ser divulgado em meios científicos, tais como, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, artigos em periódicos, congressos e simpósios ou outros eventos de caráter científico-tecnológico – no sentido de preservar o meu direito ao ANONIMATO e demais direitos, como definido na regulamentação ética da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil.

As filmagens e/ou gravações de voz ficarão sob a propriedade e a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa. Terão acesso aos arquivos Priscila Alexandra Colmiran e prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marselle Nobre de Carvalho.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora citados em garantir-me que:

1. a transcrição da gravação de minha voz me seja disponibilizada, caso a solicite;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui tratada e outras publicações científicas dela decorrentes;
3. a minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação

- científica das informações geradas pela pesquisa;
4. a utilização das informações geradas pela pesquisa para qualquer outra finalidade não especificada no TCLE somente poderá ser feita mediante minha autorização;
  5. os dados coletados serão armazenados por 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade do(s) pesquisadora responsável pela pesquisa; e, após esse período, serão destruídos;
  6. a interrupção de minha participação na pesquisa poderá ser feita a qualquer momento, sem nenhum ônus, mediante mera comunicação ao(à) pesquisador(a) responsável, que, nesse caso, deverá providenciar a devolução (e adoção de medidas condizentes com essa situação) do material relacionado a esta autorização.

Valido esta autorização assinando e rubricando este documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

---

Nome completo do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

Nome e Rubrica do Pesquisador Responsável

Este termo está elaborado em duas vias, sendo a 1ª, é para você (participante da pesquisa) que deve mantê-lo sob sua guarda e a 2ª via para arquivo da pesquisadora.

## **APÊNDICE 5**

### **TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE**

Eu, Priscila Alexandra Colmiran, brasileira, casada, enfermeira, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 053.375.569-75, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “*Quase morte materna: significados e caminhos em Londrina – PR*”, a que tiver acesso nas dependências do departamento de Saúde Coletiva, no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Estadual de Londrina.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me a:

1. não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso sem anuência do participante por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Autorização para Uso de Voz e/ou Imagem;
3. nenhum conteúdo das entrevistas ficará salvo em plataforma digital ou nuvem. As filmagens e/ou gravações de voz ficarão sob a propriedade e a guarda do responsável pela pesquisa em arquivo próprio.
4. os dados coletados serão armazenados por 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade do(s) pesquisadora responsável pela pesquisa; e, após esse período, serão destruídos;
5. o pesquisador responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação dos participantes e a devolver os resultados a participante se assim o desejar;
6. não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível;
7. não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada ou cedida pelo participante da pesquisa, a respeito da pesquisa, ou associada à Avaliação de seus dados, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios. Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com o desenvolvimento da pesquisa.

Informação confidencial inclui, mas não se limita, à dados pessoais, informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de que sanções judiciais poderão advir.

Londrina, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Ass.

Priscila Alexandra Colmiran

## APÊNDICE 6 TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “*Quase morte materna: significados e caminhos em Londrina – PR*” coordenado pela pesquisadora Priscila Alexandra Colmiran, mestranda no Programa de Saúde Coletiva, matrícula institucional nº 202210540020, Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da profª. Drª. Marselle Nobre de Carvalho.

A Secretaria Municipal de Saúde de Londrina assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados numa abordagem qualitativa, mediante a técnica de entrevista semiestruturada, no período setembro/2023 a outubro/2023, junto as usuárias que vivenciaram o evento de quase morte materna no primeiro semestre do mesmo ano.

A autorização para realização da pesquisa fica condicionada à obediência de procedimentos de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e sua aprovação, conforme termos estabelecidos na Resolução CNS No 466/2012, e obedecendo às disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5o, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados. Autorizamos a citação do nome da instituição nos títulos e textos das futuras publicações dos resultados do estudo.

Londrina, ..... de ..... de 2023.

**APÊNDICE 7**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Data de entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

- 1- Identificação: \_\_\_\_\_
- 2- Idade: \_\_\_\_\_
- 3- Casada ou não
- 4- Raça/cor autorreferida:
- 5- ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena
- 6- É imigrante? ( ) Sim ou ( ) Não, se sim qual a origem? \_\_\_\_\_
- 7- Endereço e local pela realização entrevista: \_\_\_\_\_
- 8- Telefone: ( ) \_\_\_\_\_
- 9- Nível de escolaridade:
  - ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo
  - ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo
  - ( ) Ensino superior incompleto
  - ( ) Ensino superior completo
  - ( ) Pós Graduação
- 10-Ocupação:
 

---
- 11-Renda Familiar:
  - ( ) Menos de 1 salário mínimo
  - ( ) 1 a 3 salários-mínimos
  - ( ) 4 ou + salários-mínimos
- 12-Recebe algum benefício social? ( ) Sim ou ( ) Não
- 13-A gestação foi planejada? ( ) Sim ou ( ) Não
- 14-Já passou por uma situação semelhante a essa em outra gestação?
- 15-Tem alguma comorbidade prévia?
- 16-Fazia uso de algum método contraceptivo? ( ) Sim ou ( ) Não, se Não, por quê?
  - ( ) Dificuldade de acesso ( ) Não se adaptou ( ) Discordância do parceiro
  - ( ) Outros

17-Realizou pré-natal? nº de consultas(    ) Sim ou (    ) Não  
nº de consultas

Onde?

18-Se Sim, (    ) Privado (    ) SUS ou (    ) Misto

**19- Houve dificuldade em acessar o serviço de saúde para realizar as  
consultas? Suprimir**

**(    ) Sim ou (    ) Não**

**Relata para mim como foi o seu pré-natal?**

20- Houve dificuldades para acessar os serviços?

(    ) Distância

(    ) Horário de atendimento do serviço

(    ) Empregador não liberou

(    ) Parceiro não concordou com a realização das consultas

(    ) Outros:

---

21-Teve dificuldades em acessar o serviço de saúde para realizar os exames  
pré-natais?

(    ) Sim ou (    ) Não

**22-Você sabe o que significa quase morte materna ou *near miss* materno?**

23-Você foi orientada quanto aos sinais de alerta durante a gestação?

24-Havia abertura durante as consultas para esclarecimento das dúvidas?

25-Você sabia que serviços procurar em uma situação de urgência ou  
emergência?

26-Fale um pouco sobre seu percurso na busca por atendimento?

27-Você consegue identificar quais fatores foram importantes para que houvesse  
o agravamento da gestação ou puerpério?