

Memórias coletivas de mulheres que vivenciaram o *near miss* materno: necessidades de saúde e direitos humanos

Collective memories of women who have experienced maternal near miss: health needs and human rights

Memorias colectivas de mujeres que experimentaron el *near miss* materno: necesidades de salud y derechos humanos

Cláudia de Azevedo Aguiar ¹
Ana Cristina d'Andretta Tanaka ¹

Resumo

Mulheres que vivenciaram o near miss materno podem, por meio de suas memórias coletivas, ajudar na compreensão dos eventos obstétricos graves, como a morte materna. A experiência das pessoas é autêntica e representativa do todo com a construção de uma identidade comum. É a identidade que dá qualidade à memória de um grupo. Assim, cada memória é um fenômeno social. Analisou-se a experiência de 12 mulheres que quase morreram em função do estado gravídico-puerperal. O método da história oral temática foi utilizado, na perspectiva das necessidades de saúde e direitos humanos. Seis memórias coletivas compuseram os discursos: necessidades de saúde não atendidas; deficiências assistenciais; privação do contato com o filho; violação de direitos; ausência de reivindicação dos direitos; e compensações dos direitos e necessidades não atendidos. Compreender as necessidades de saúde dessas mulheres é reconhecê-las como sujeitos de direitos; é individualizar a assistência, respeitando sua autonomia, garantindo o acesso às tecnologias e estabelecendo vínculo (a) efetivo com o profissional de saúde

Complicações na Gravidez; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Saúde Materna; Direitos Humanos

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência

C. A. Aguiar
Faculdade de Saúde Pública,
Universidade de São Paulo.
Rua Eurico Sodré 526, São
Paulo, SP 02215-010, Brasil.
claudia.azevedo@usp.br

Introdução

O óbito materno é um dos piores indicadores sociais, dada a sua evitabilidade em 92% dos casos. Sua relação direta com a oportunidade e a qualidade assistencial é, portanto, legítima. Com os avanços científico-tecnológicos do último século, é inaceitável que mulheres ainda morram em decorrência de complicações do processo de reprodução^{1,2}.

A morte materna é a última instância em um continuum de eventos adversos da gravidez³. Mulheres que vivenciaram o *near miss* materno, ou seja, aquelas que chegaram muito próximo da morte materna, mas sobreviveram em função do acaso ou de cuidados rápidos e efetivos, compartilham diversos fatores patológicos e circunstâncias com mulheres que não resistiram^{4,5}. Elas são uma via singular para se chegar à compreensão das causas e efeitos desse evento trágico e de grandes consequências individuais e coletivas. Além disso, o *near miss* materno é um evento que ocorre com maior frequência na população brasileira, quando comparado com a morte materna⁶ (Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET): demográficas e socioeconômicas. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>, acessado em 06/Mai/2015)⁶. Recente inquérito realizado no país identificou a incidência de 10,2 casos de *near miss* para cada mil nascidos vivos – valor três vezes maior do que aqueles observados em países da Europa⁷.

Cecatti et al.⁸ construíram algumas hipóteses sobre os efeitos do *near miss* à mãe e ao bebê. As mulheres teriam maior probabilidade de sofrer estresse pós-traumático, depressão pós-parto e comprometimento de suas vidas sexuais. As crianças teriam mais danos neurológicos e menor ganho de peso.

No contexto de consequências graves à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal, cujas intercorrências vivenciadas poderiam ter sido evitadas, estudos sobre as necessidades de saúde e os direitos humanos revelam-se como importantes aliados teóricos na compreensão desse evento: as necessidades de saúde por terem potencialidade em fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam cuidados em saúde, de modo a nortear as intervenções e práticas assistenciais⁹; os direitos humanos por serem um instrumento de proteção, reparação e promoção dos sujeitos, bem como um caminho possível para a análise dos problemas de saúde, com vistas ao reconhecimento de dificuldades anteriormente não reconhecidas¹⁰.

Encontra-se na literatura uma importante e indispensável gama de estudos quantitativos

sobre o *near miss* materno. Sua ocorrência numa determinada população, os fatores associados a esse evento, os critérios e instrumentos utilizados na identificação dos casos, dentre outros, são objetivos recorrentes dos estudos sobre o tema. Em comum, muitos deles reforçam a necessidade de serem apreendidas as experiências individuais das mulheres para ampliar a compreensão do *near miss*^{4,11}.

Pesquisas qualitativas possibilitam a compreensão dos significados atribuídos pelas pessoas às suas experiências do mundo social e à maneira como elas compõem, veem e vivenciam esse mundo¹². Uma das estratégias desta pesquisa é o método da história oral, que também busca a compreensão da sociedade por meio do indivíduo que nela vive. A história oral é sempre social, sobretudo porque o indivíduo só se explica na vida comunitária. Enquanto método multidisciplinar de pesquisa científica, permite uma importante aproximação do objeto de estudo por intermédio das narrativas de pessoas que vivenciaram ou testemunharam alguns acontecimentos^{13,14,15}.

A experiência individual de cada pessoa é autêntica e representativa do todo mediante a construção de uma identidade comum. É a identidade que dá qualidade à memória de um grupo, e é a memória que distingue sua identidade. Logo, as memórias de cada mulher que passou pela experiência do *near miss* materno são também memórias coletivas; fenômenos sociais. São elas que representam a coletividade, à medida que ocorre a repetição de certos fatores nas narrativas das mulheres.

Dessa forma, buscando uma abordagem da dimensão do social com base no individual acerca do *near miss* materno, este estudo pretende analisar as memórias coletivas presentes em narrativas de mulheres que vivenciaram tal evento.

Caminho metodológico

Tipo de estudo e aspectos éticos

Trata-se de estudo qualitativo, de amostra intencional, com referencial metodológico da História Oral, na perspectiva de Meihy & Holanda¹⁴.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (FSP/USP, parecer nº 312.910) e seguiu todas as recomendações da *Resolução nº 196/96* do Conselho Nacional de Saúde.

Sujeitos da pesquisa, critérios de seleção e coleta dos dados

Doze mulheres que vivenciaram o *near miss* materno fizeram parte deste estudo. Desejava-se obter narrativas de mulheres assistidas na rede pública e na rede privada de saúde, em qualquer região brasileira. Portanto, considerando as dificuldades ou impossibilidade de acessar prontuários médicos de diversos hospitais, sobretudo os particulares, bem como a conhecida limitação frente aos sub-registros desses documentos, utilizou-se o recurso da internet para seleção das participantes. Estudos recentes^{16,17} utilizaram a Internet em suas metodologias. O acesso a essa tecnologia em todas as classes cresceu exponencialmente nos últimos anos e colocou o Brasil no ranking de quinto país mais conectado do mundo¹⁸. Assim sendo, um convite para participação do estudo foi divulgado na rede, contendo questionário para pré-selecionar mulheres que estiveram em condições potencialmente ameaçadoras da vida durante o ciclo gravídico-puerperal. Para a classificação do *near miss*, foi feita releitura do instrumento da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma vez que ele requer, para sua utilização, uma auditoria clínica intra-hospitalar^{5,19}. Os critérios desse instrumento foram, então, adaptados, conforme apresentado na Figura 1. Foi considerada *near miss* a mulher que relatou ter vivenciado uma ou mais complicações maternas graves, potencialmente(s) ameaçadora(s) da vida e/ou que foi submetida a alguma intervenção crítica. Cento e três mulheres responderam ao questionário de pré-seleção; 15 foram consideradas elegíveis, de acordo com a referida classificação; 12 delas aceitaram participar de entrevistas presenciais, que aconteceram entre dezembro de 2013 e outubro de 2014. As mulheres serão aqui identificadas por nomes fictícios, escolhidos por elas.

Hodnett²⁰ explica que existe um “efeito halo”, quanto mais próximo o evento vivenciado for, em que as mulheres, buscando se proteger, negam suas perdas (deixam de reconhecer se/que suas necessidades de saúde não foram atendidas), já que o desfecho final da experiência da gestação, parto ou pós-parto foi mãe e filho vivos, apesar de tudo. Ao contrário, uma situação difícil ou traumática vivenciada há anos não mais apresenta o “efeito halo”, o que permite a pessoa refletir e reanalisar sua perda ao longo do tempo. Não houve, durante a coleta de dados, mulheres elegíveis cujas vivências de *near miss* fossem recentes (menores de um ano). Assim, não foi necessário fazer restrições de tempo.

Materiais e métodos

O método da história oral amplia o conhecimento sobre os acontecimentos e conjunturas do passado, com o estudo aprofundado das experiências e versões particulares; ele estabelece relações entre o geral e o particular com análise comparativa de diferentes discursos, estruturando a forma como o passado é apreendido e interpretado, influenciando as ações de indivíduos e grupos específicos²¹.

As entrevistas foram norteadas por questões elaboradas não apenas com intuito de as participantes narrarem suas histórias livremente, mas também para que pudessem adentrar questões relativas às suas necessidades de saúde e seus direitos. Por essa razão, o estudo foi caracterizado como história oral temática¹⁴. A identificação das memórias coletivas definiu o número de participantes.

O estudo foi submetido ao checklist de pesquisas qualitativas da Critical Appraisal Skills Programme – CASP (Qualitative Research Checklist 31.05.13. http://media.wix.com/ugd/dded87_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf, acessado em 16/Ago/2015), com vistas a sua validação sob o ponto de vista de coerência metodológico-científica.

Análise e discussão dos dados

*“Isoladas as entrevistas não falam por si (...) A dimensão social é feita na medida em que são indicados os pontos de intercessão das diversas entrevistas”*¹⁴ (p. 131).

Uma vez transcrita, textualizada e transcrita cada entrevista – etapas da história oral –, as histórias foram lidas e relidas até a identificação das memórias coletivas. Esses pontos em comum foram analisados e discutidos na perspectiva de estudos sobre as temáticas necessidades de saúde e direitos humanos.

Resultados e discussão

As 12 mulheres que compartilharam suas histórias possuem entre 21 e 42 anos de idade, sendo a maioria branca e assistida na rede privada de saúde. As hemorragias foram responsáveis pelo estado de *near miss* em grande parte das mulheres, sucedidas pelas complicações por síndromes hipertensivas. Essas e outras informações estão descritas na Tabela 1.

Neste estudo, foram levadas em conta as memórias coletivas presentes nas narrativas de, pelo menos, metade das mulheres. Isso é, cada memória coletiva identificada esteve presente no

Figura 1

Classificação do *near miss* materno, adaptada da Organização Mundial da Saúde 5,19.

<p>Complicações maternas graves</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia pós-parto grave • Pré-eclâmpsia grave • Eclâmpsia • Sepsis ou infecção sistêmica grave • Ruptura uterina • Complicações graves por aborto <p>Intervenções críticas ou uso de UTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admissão em UTI • Intervenção radiológica • Laparotomia (incluindo histerectomia; exceto a cesariana) • Hemotransusão <p>Condições ameaçadoras da vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardíacas: choque, parada cardíaca, uso de drogas vasoativas, reanimação cardiopulmonar • Respiratórias: cianose aguda, ofegância, taquipnéia grave, bradipnéia grave, intubação e ventilação não relacionadas à anestesia • Renais: oligúria não responsiva a fluidos diuréticos, diálise por insuficiência renal aguda • Hematológicas: falha na formação de coágulos, hemotransusão massiva ou de glóbulos vermelhos, trombocitopenia aguda grave • Hepáticas: icterícia na presença de pré-eclâmpsia, hiperbilirrubinemia aguda grave • Neurológicas: coma/inconsciência prolongada (≥ 12 horas), acidente vascular cerebral, convulsões incontroláveis/estado epilético, paralisia total • Uterinas: hemorragia uterina ou infecção levando a histerectomia <p>Definições operacionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia pós-parto grave: sangramento genital após o parto, com pelo menos uma das seguintes características – sangramento anormal percebido ou qualquer hemorragia com hipotensão ou transfusão sanguínea • Pré-eclâmpsia grave: pressão arterial sistólica persistente ≥ 160mmHg, ou uma pressão arterial diastólica de 110mmHg, proteinúria, síndrome HELLP, edema pulmonar; exclui eclâmpsia • Eclâmpsia: aplica-se a uma paciente sem história prévia de epilepsia; inclui coma na pré-eclâmpsia • Sepsis ou infecção sistêmica: presença de febre, confirmação ou suspeita de infecção (por exemplo, corioamnionite, aborto séptico, endometrite, pneumonia) • Ruptura uterina: ruptura uterina durante o trabalho de parto, confirmada por laparotomia

discurso da maioria das mulheres entrevistadas. Na Tabela 2, estão dispostas cada uma dessas memórias e as respectivas mulheres que contribuíram para sua construção.

Saúde-doença: limites entre necessidades individuais e práticas assistenciais

Histórica e socialmente determinadas, as necessidades de saúde situam-se entre a natureza e a cultura e refletem a singularidade dos processos de saúde-doença de indivíduos e famílias. Não apenas a conservação da vida é ansiada, mas também a “*realização de um projeto de vida em que o indivíduo progressivamente se humaniza*”²² (p. 162). Deve ser objeto das práticas assistenciais em saúde a atenção e a satisfa-

ção das necessidades de saúde individuais e dos grupos sociais.

Neste estudo, as necessidades de saúde das mulheres não foram atendidas (1ª memória coletiva). Isso não quer dizer que o quadro de morbidade aguda grave é, por si só, a necessidade de saúde não concretizada dessas mulheres; significa dizer que, antecedendo ou sucedendo a grave intercorrência, outros fatores são também responsáveis pela avaliação negativa, no que diz respeito ao atendimento às suas necessidades. Por conseguinte, os desencadeadores do estado de *near miss* ou as consequências desse quadro alicerçaram a avaliação das mulheres acerca da atenção às suas necessidades de saúde.

É possível resgatar, nas 12 histórias, situações em que as mulheres narram suas necessidades

Tabela 1

Caracterização das mulheres participantes do estudo.

Nome	Idade (anos)	Cor da pele	Local de residência [Cidade (Estado)]	Assistência/ Fonte de pagamento	Escolaridade	Ano do near miss	Complicações maternas graves e uso de intervenções críticas
Adriana	36	Branca	Vitória (Espírito Santo)	Privada (plano de saúde)	Pós-graduação completa	2011	Pré-eclâmpsia grave, hemorragia pós-parto grave, admissão em UTI, laparotomia e hemotransfusão
Bianca	21	Branca	Curitiba (Paraná)	SUS	Superior em andamento	2012	Sépsis puerperal sistêmica laparotomia
Cristal	42	Branca	São Bernardo do Campo (São Paulo)	SUS	Superior em andamento	2004	Hemorragia pós-parto grave e admissão em UTI
Daniela	32	Branca	São Bernardo do Campo (São Paulo)	Privada (plano de saúde e particular)	Superior completo	2012	Eclâmpsia e admissão em UTI
Elen	25	Branca	São José (Santa Catarina)	Privada (plano de saúde)	Superior completo	2011	Hemorragia pós-parto severa
Ester	40	Branca	São Paulo (São Paulo)	Privada (plano de saúde e particular)	Pós-graduação completa	2004	Hemorragia pós-parto grave, laparotomia e admissão em UTI
Greta	33	Branca	São Paulo (São Paulo)	Privada (plano de saúde)	Pós-graduação completa	2012	Choque hipovolêmico, hemotransfusão
Mariana	32	Branca	Ribeirão Preto (São Paulo)	Privada (plano de saúde)	Superior completo	2011	Ruptura uterina, laparotomia
Melissa	42	Preta	Santo André (São Paulo)	SUS	Ensino Médio incompleto	1994 e 1998	Gestação I: eclâmpsia, hemotransfusão; Gestação II: acidente vascular encefálica
Nicole	26	Branca	São Paulo (São Paulo)	Privada (plano de saúde)	Ensino Médio completo	2011	Infecção sistêmica grave
Patrícia	34	Branca	Porto Alegre (Rio Grande do Sul)	Privada (particular)	Pós-graduação completa	2009	Hemorragia pós-parto grave, admissão em UTI e hemotransfusão
Rebeca	21	Preta	Rio de Janeiro (Rio de Janeiro)	SUS	Ensino Médio incompleto	2012	Pré-eclâmpsia grave e admissão em UTI

SUS: Sistema Único de Saúde

Tabela 2

Relação de memórias coletivas identificadas.

Memórias coletivas	Contribuições
Necessidades de saúde não atendidas	A, B, C, D, El, Es, G, Ma, Me, N, P, R
Deficiências na assistência recebida	A, B, C, D, El, Es, G, Ma, Me, N, P
Privação do contato com o(s) filho(s)	A, B, C, D, El, Es, G, Ma, N, P
Violação de direitos	A, B, C, D, El, Es, G, Ma, Me, P
Ausência de reivindicação formal dos direitos	B, C, D, El, Es, G, Ma, Me, N, P, R
"Compensação" dos direitos e das necessidades de saúde não atendidos	A, B, D, El, Es, G, Ma, P

A: Adriana; B: Bianca; C: Cristal; D: Daniela; El: Elen; Es: Ester; G: Greta; Ma: Mariana; Me: Melissa; N: Nicole; P: Patrícia; R: Rebeca.

não contempladas durante a experiência da gestação, parto ou pós-parto. Daniela queria ter o filho saudável em seu peito imediatamente após o nascimento, algo que foi inviabilizado pelo seu quadro de eclampsia intraparto. Elen esperava ter participado do processo de decisão acerca do seu cuidado:

"...quando já estava coroadando, me deitaram na cama e começaram a me amarrar... os pés, tudo. Eu disse: 'Doutor, por que está me amarrando? Pra que isso? Não vou te chutar, não!', e ele falou algo, em tom de brincadeira, mas não foi muito legal: 'Ah, se tu me chutar, eu vou embora' (...) e eu fiquei só com a mão livre e em posição ginecológica" (Elen).

"Não sou grata porque eu sobrevivi, porque a sobrevivência é a necessidade básica de todo mundo. O que eu queria era ter vivido o parto do meu filho, era ter segurado ele depois que ele nasceu" (Daniela).

Como cita Stotz²³ (p. 136), "*necessidades de saúde são necessidades individuais humanas, mas concretamente são também necessidades distorcidas e ocultadas, não reconhecidas, justas e injustas, porque o são assim em sociedade historicamente dada*".

Cecílio⁹ classifica as necessidades de saúde em quatro grandes conjuntos. O primeiro diz respeito às boas condições de vida considerando os fatores externos/ambientais como determinantes do processo saúde-doença. O segundo se refere ao acesso às tecnologias capazes de melhorar e prolongar a vida de cada pessoa. No terceiro, estão as relações humanas e os encontros de subjetividades, ou seja, a criação de vínculos (a)fetivos entre paciente/cliente e profissional/equipe. Finalmente, o quarto e último conjunto de necessidades de saúde se refere à prerrogativa de autonomia dos sujeitos sobre suas decisões e modos de viver.

Perspectivas distintas caracterizam as necessidades individuais de saúde das pessoas. Consensualmente, vivenciar o parto e o nascimento de forma saudável e segura, podendo participar das decisões de cuidado, compõem uma necessidade básica de saúde das mulheres participantes desse estudo. Em alguns casos, a morbidade grave vivenciada não permitiu que tais necessidades fossem atendidas. Noutros, o agravamento da saúde teria decorrido do não atendimento às tais necessidades, próxima memória coletiva, "deficiências na assistência recebida":

"...se ele [o médico] tivesse me escutado quando eu falava da minha dor, ou visto pelo ultrassom, pelo laboratório, ele já teria visto que algo estava errado" (Nicole).

Para Patrícia, sua morbidade se tornou grave porque houve importante demora na contenção de sua hemorragia:

"No sábado, horas após o parto, depois que eu já tinha desmaiado ao tentar ir ao banheiro, veio uma enfermeira olhar como estava o meu absorvente. Mesmo deitada, eu estava com um sangramento forte. Mas, ela falava: 'é normal, é assim mesmo, não se preocupa'. (...) Na madrugada do sábado para o domingo, eu comecei a sentir muita falta de ar, mesmo deitada. (...) No domingo, no final do dia, eu desmaiei; meu pé estava branco, minha perna também, não tinha mais sangue ali e eu não conseguia mais ficar acordada; eu desmaiava e acordava. Aí meu marido começou a gritar, desesperado, chamando a enfermagem: 'faz um tempão que ela está com esse problema e vocês estão falando que é normal!'... e eu desmaiando; até que eu desmaiei e não voltei mais" (Patrícia).

Thaddeus & Maine²⁴, diante da conhecida inevitabilidade da maioria das mortes maternas por tratamento médico oportuno, chamaram de "três fases do atraso" (*the three phases of delay*) os fatores contribuintes desse evento.

O primeiro atraso diz respeito à demora em buscar cuidado hospitalar. O segundo se refere à chegada, propriamente dita, ao serviço de saúde. Por fim, o terceiro versa sobre a demora em receber um atendimento médico adequado, o que inclui uma assistência prestada por profissionais de saúde despreparados, recursos materiais limitados ou indisponíveis para o socorro, assim como um sistema de referência ineficiente. No presente estudo, o terceiro atraso foi significativo. No estudo de Tunçalp et al.²⁵, as mulheres também reportaram falhas assistenciais, como baixa qualidade de informação e atraso no atendimento.

Tem-se no(a) acompanhante da mulher – direito garantido por Lei Federal desde 2005²⁶ – uma forma de proteção às mulheres e seus bebês. Muitas vezes, são os acompanhantes os primeiros a identificar e sinalizar intercorrências ou falhas assistenciais, tais como a demora no atendimento.

Com relativa frequência, veem-se na assistência obstétrica brasileira relações de pouca (a) efetividade, em que usuários, em especial mulheres em situação de vulnerabilidade física e emocional, têm suas necessidades e seus direitos ignorados ou desrespeitados. Nesse cenário, a atenção às necessidades de saúde dos sujeitos se torna uma meta secundária e marginalizada, favorecendo interesses dos profissionais, das instituições e, portanto, as relações de poder.

Adriana, mesmo assustada com seu quadro de pré-eclampsia grave, precisou lidar com a relação fria e intolerante de um dos profissionais da equipe:

“O anestesista passou o negócio gelado nas minhas costas e de repente já foi aplicando a agulha, sem avisar... e eu pulei de susto... foi involuntário. E aí ele começou a me dar a maior lição de moral (...) Depois, eu perguntei: ‘cadê meu marido?’, porque eu queria alguém ali comigo, e ele [o anestesista] falou assim: ‘não quero ninguém aqui; aqui quem manda é a equipe’” (Adriana).

Ausência de comunicação ou a relação estruturada por decisões unilaterais, pautadas pela ideia de que o profissional de saúde tem conhecimento e, conseqüentemente, tutela sobre o corpo e a saúde do outro não reflete uma assistência à saúde que respeita as necessidades individuais das pessoas.

Verifica-se o quanto as necessidades de saúde abarcam o acesso às tecnologias leves. Essas, ao contrário das tecnologias complexas ou “duas”, dependentes de equipamentos, referem-se às relações estabelecidas durante o cuidado; são “tecnologias implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato”²⁷ (p. 109).

A experiência do *near miss* materno tem importante impacto sobre a saúde física das mulheres, mas também sobre sua saúde emocional. Muitas vezes, passar por tal processo é ver se transformar em pesadelo a fase do ciclo de vida da mulher que está socialmente vinculada ao ideário de felicidade feminina: o exercício da maternidade. A privação do contato com o(s) filho(s), em função da grave intercorrência sofrida (terceira memória coletiva), mostrou-se um acontecimento de grande dificuldade para essas mães:

“O mais difícil para mim, nessa uma semana que eu fiquei internada, foi ouvir o choro do Lucas e não poder amamentar, porque a ala que eu estava era ao lado do berçário. E as enfermeiras falavam para mim: ‘Seu filho é o que mais chora no berçário’. Era terrível, porque elas falavam que ele chorava e meu seio explodindo, empedrado já...” (Cristal).

Os benefícios do contato imediato com o bebê, logo após o nascimento são frequentemente descritos pelas evidências científicas. A revisão sistemática de Moore et al.²⁸ aponta para desfechos positivos do contato pele-a-pele, imediatamente após o parto, como o início da amamentação e a estabilidade cardiorrespiratória e emocional do bebê. Estudos que avaliaram os efeitos de políticas de separação rotineiras das mães e seus recém-nascidos no pós-parto imediato, em comparação com as que incentivavam o relacionamento do binômio, apontaram para comportamento afetivo materno menor em mães cujo contato com o bebê foi estreito. Além disso, havia no discurso dessas mulheres sentimentos de incompetência e insegurança com maior frequência²⁹.

No caso de mulheres que ficam impossibilitadas de um contato inicial com o filho, em função de uma grave intercorrência, como no *near miss*, percebe-se o mesmo comportamento materno. Contudo, conforme citam Enkin et al.²⁹, a maioria das mães cujo contato inicial com os bebês não ocorreu ou foi limitado, seja por doença ou razões de ordem assistencial, tendem a superar os efeitos dessa separação, mas em longo prazo.

Direitos: limites entre o (re)conhecimento e o exercício

A segunda perspectiva de análise desse estudo está norteada pelos direitos humanos fundamentais de viver e ter saúde, bem como pelo direito sexual e reprodutivo de a mulher exercer a sua reprodução livre de discriminação, imposição e violência. Esses direitos foram legitimados desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, e nas diversas leis e

documentos internacionais e nacionais posteriores, como o plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994³⁰.

Os direitos sexuais e reprodutivos englobam direitos ao exercício de uma vida sexual e reprodutiva saudável, responsável e livre, eliminando a injustiça percebida, a violação dos direitos à integridade corporal, à condição de pessoa, ao acesso aos serviços de saúde e ao tratamento desumano³¹.

A memória coletiva “violação de direitos” se constituiu mediante a identificação de situações que se caracterizaram como tal. Na saúde materna, uma via de violação dos direitos humanos é transitada pelas práticas assistenciais. O uso de intervenções dolorosas, potencialmente arriscadas e sem uma indicação clínica justificável compõe esse cenário. Como consequência, mães e bebês têm sua condição de pessoa desrespeitada, bem como sua integridade física e emocional ameaçada. Ventura et al.³⁰ (p. 83) apontam: “Atualmente, há um leque amplo de recursos científicos e tecnológicos para a intervenção na saúde e na vida humana, (...) Porém, há ainda muitas dúvidas sobre se o uso dessas novas alternativas pode ser positivo ou negativo, seja no sentido restrito da proteção à integridade física e psíquica dos indivíduos, como no aspecto mais amplo de respeito da dignidade da pessoa humana”.

Os direitos violados, neste estudo, compreenderam o uso de intervenções não apoiadas nas melhores evidências científicas, o abuso físico, a discriminação de gênero, a falta de privacidade, o tratamento não digno (incluindo abuso verbal) e o cuidado não consentido.

Práticas não baseadas nas melhores evidências fizeram parte das histórias da metade das mulheres, o que reforça a existência de paradigma sólido de uso indiscriminado de intervenções não recomendadas: “...com 7cm, o médico chegou (...) e ele falou: ‘eu resolvi dar uma ajuda. Na próxima contração, eu vou terminar de dilatar você na mão, vou fazer só uma massagem aqui no seu colo e não vai doer nada’. (...) depois que ele fez isso, as minhas contrações começaram a espaçar (...) e eu comecei a sangrar, sangrar, sangrar muito. No meu plano de parto, a intenção era que a minha filha nascesse dentro da banheira e ela não nasceu; eu precisei sair da banheira por conta do sangramento” (Patrícia).

“Tinha um monte de estagiários na sala e o médico dizendo: ‘...vocês me ajudam aí com os aparelhos, porque não vou perder nenhuma das duas’. Subiu em cima da minha barriga, apertou, apertou e eu gritando, até que eu perdi a força, não conseguia respirar e me entubaram” (Melissa).

Dilatar o colo uterino mecanicamente durante o trabalho de parto e realizar a manobra de Kristeller são práticas há muito não recomendadas pela OMS³². Reconhecidamente, são condutas com potencial de comprometer o bem-estar e a vitalidade materna e fetal/neonatal.

A Lei nº 12.401/2011³³, que alterou a Lei nº 8.080/1990, que trata da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde, determina que é obrigatória a fundamentação de práticas e procedimentos nas melhores evidências científicas (Artigo 19-Q, parágrafo 2º, inciso I). Ou seja, assistência prestada pelos profissionais de saúde e seus protocolos institucionais deve estar pautada e embasada pelas melhores evidências em saúde disponíveis.

Corroborando com outras pesquisas^{34,35,36}, narrativas deste estudo apontaram para práticas assistenciais, antecedentes ao agravamento de saúde, que são questionáveis sob o ponto de vista das melhores evidências. Infere-se que o cuidado prestado à metade das mulheres violou o direito de receberem uma assistência segura, de gozarem de boa saúde e, por fim, ameaçou seu direito fundamental à vida.

Pillay³⁷ fala sobre uma “crise de direitos humanos” que decorre da discriminação contra as mulheres, que se manifesta, por exemplo, por meio da violência assistencial e diante da falta de mecanismos que responsabilizem lesões e mortes maternas. A violência assistencial pode estar expressa pelo abuso verbal e físico, pelo tratamento indigno ou não consentido e pela discriminação de gênero no contexto hospitalar.

Cristal ouviu um insensível comentário da enfermeira sobre o seu estado de saúde: de que já estava morta, apenas esperando o momento de ser enterrada. Elen foi amarrada à cama. Melissa não cuidou de sua hipertensão gestacional, porque, enquanto mulher, foi considerada incapaz de entender e aceitar o seu próprio quadro de saúde. Bianca foi responsabilizada pela enfermeira por seu quadro de infecção sistêmica puerperal. Daniela foi impedida pela obstetritz de fazer os “puxos” involuntários no período expulsivo, já que a médica ainda não havia chegado. Esses são exemplos de direitos não garantidos ou claramente violados, emergidos nas histórias de dez das doze mães deste estudo.

“A problemática dos direitos humanos não é tanto a sua fundamentação, mas a sua prática e reivindicação”³⁸ (p. 113). Neste estudo, “ausência de reivindicação formal dos direitos” compôs a relação de memórias coletivas:

“...outras mães podem ter passado pela mesma situação que eu e a gente tá aí, caladas, quietas. Você foi a primeira pessoa, além da minha família, para quem eu conto isso, porque é

estranho você contar essas coisas. Então (...) não sei quem me daria ouvidos. Já pensei em fazer algo para tentar reparar um pouco o que houve comigo, mas eu não sei por onde começar ou o que fazer” (Bianca).

“...vendo todo esse cenário é que me dá vontade de ir lá e entrar na justiça, de ir atrás; não para receber dinheiro, mas para que essa pessoa, não sei, pensasse melhor em como ele trata os pacientes, como ele lida com as pessoas” (Patrícia).

Para Diniz ³¹ (p. 173), a percepção (formal ou não) de ser detentor de direitos “*é um pressuposto para compreender uma situação concreta como injusta, como violação ou negação de um direito. Aqueles que não se percebem como titulares de um direito, dificilmente podem se sentir merecedores de sua proteção ou promoção*”. Em consonância com essa reflexão, aqueles que não veem o outro como pessoa digna e merecedora de estima não são capazes de reconhecê-lo como sujeito de direitos.

Uma questão relevante foi emergente, ajudando na compreensão dos porquês de essas mulheres não terem reclamado formalmente seus direitos. Greta tentou indagar as condutas do profissional que lhe atendeu. Ele rebateu às suas colocações de leiga com linguagem técnica. Assim, em determinado momento, Greta disse não ter conseguido contradizê-lo, por não ter o conhecimento médico.

Na prática assistencial é comum a relação profissional-paciente ser estabelecida, de um lado, por alguém que determina as condições desse relacionamento (profissional de saúde), e de outro, por quem deve se submeter a tais condições (paciente/cliente). O consultório ou o hospital, muitas vezes, são locais “*onde o médico exerce a 'sua medicina'; não obrigatoriamente onde o paciente cuida de sua 'doença' ou de 'seu problema de saúde'*” ³⁹ (p. 53). Assim, entendendo-se “*o principal da relação como aquele que presta o serviço e não aquele que necessita do serviço, é que vamos encontrar as consequências e inadequações da assistência*” ³⁹ (p. 53).

A última memória coletiva identificada foi “*compensações dos direitos e necessidades de saúde não atendidos*”:

“Ter passado por essa experiência me fez ficar mais ativa nos grupos de discussão, frente ao cenário que a gente tem aqui no Espírito Santo, de muitas cesáreas. Levar informação para outras pessoas – acho que isso é uma forma de contribuir e ajudar outras mulheres...” (Adriana).

“...todo mundo achou que eu ia ficar traumatizada, que eu fosse me tornar uma pessoa contra o parto normal; na verdade foi o contrário: isso me deu forças para pesquisar, buscar respostas, estudar, fazer a especialização em obstetrícia e ofe-

recer a outras mulheres o que não foi oferecido a mim” (Patrícia).

A busca das mulheres por uma reparação às suas necessidades de saúde não atendidas ou aos seus direitos violados não seguiu o caminho do jurídico, embora algumas delas o tenham desejado. A justiça, como pontuam Ventura et al. ³⁰, é um recurso legítimo para a redução do distanciamento entre direito vigente e o direito vivido. Quais sejam as razões dessas mulheres em não reivindicar formalmente os seus direitos, razões nas quais podem se justificar na difícil tarefa de reviver as lembranças do *near miss*, é preciso considerar a importância de outros caminhos para a busca de uma “reparação”.

Verificou-se que maior parte dessas mães encontrou conforto em outras vias, que não a instância judiciária, como a militância pelo parto normal, a busca de profissionais que trabalhem com parto humanizado em gravidez subsequente ou a entrega de carta à ouvidoria da maternidade, relatando o ocorrido.

A perspectiva teórica dos direitos humanos para compreensão do evento de *near miss* materno pode dar luz às vulnerabilidades dessas mulheres. Ir à justiça é uma importante estratégia para fazer valer os direitos e deveres de todos; tem grande potencial de punir aquilo e aqueles que afrontam direitos fundamentais das pessoas. No entanto, despender apenas desse recurso, que é longo e reparador na maioria das vezes, parece não prover mudanças efetivas na sociedade. A execução das políticas públicas de saúde existentes, o controle e participação social, bem como o fomento de novas políticas, sobretudo aquelas que valorizam e incentivam as relações humanas e o respeito à integridade biopsicossocial das pessoas devem fazer parte de uma agenda de prioridades em todas as esferas da sociedade.

Diante desses achados, avalia-se que as narrativas das mulheres que vivenciaram o *near miss* materno mapearam processos que culminaram ou decorreram do estado de morbidade grave. A história oral foi uma importante ferramenta para a compreensão aprofundada desse evento de consequências importantes à saúde de mães e bebês.

Compreender as necessidades de saúde das gestantes, parturientes e puérperas é entender a realidade pelas suas perspectivas, enquanto sujeitos imersos em uma sociedade de direitos. É poder individualizar a assistência, buscando o melhor cuidado: com respeito à autonomia dos sujeitos, acesso às tecnologias “leve-duras” e o estabelecimento de vínculo (a)efetivo entre profissional/equipe e paciente/cliente.

Em tempos de classificações diversas de risco e de consumo excessivo das tecnologias “duras”

(ultrassons, cesarianas eletivas, ocitocina sintética), gestantes, parturientes e puérperas fazem parte de um público bastante propenso a receber intervenções dispensáveis, sob o ponto de vista da segurança e das melhores evidências. Por esse motivo, um pré-natal completo, para além dos exames e das seis consultas mínimas recomendadas pelo Ministério da Saúde, que contenha a livre informação sobre os riscos e benefícios dos procedimentos, a escuta da mulher e que vise sua autonomia, pode mudar o atual cenário de mães descontentes com a experiência da gestação ou do parto ou, em caso mais graves, mães com sequelas e traumatizadas.

Um caminho possível para melhorias na assistência às mulheres durante o ciclo de gestação, parto e pós-parto é a prevenção quaternária, por meio da reconsideração de intervenções questionáveis e/ou desnecessárias. Kuehle et al.⁴⁰ pontuam que o objetivo maior dessa prevenção é identificar pacientes com risco acrescido de serem submetidos a procedimentos médicos em excesso, procedimentos com probabilidade maior de lhes fazer mais mal do que bem. Em oposição, oferecem-se alternativas seguras e aceitáveis para a terapêutica.

O *near miss* materno é uma porta que se abriu em direção à morte. É suplantar essa passagem e sobreviver ao seu impacto. Todavia, tal porta poderia jamais ter sido aberta.

Como limitações do estudo, tem-se que as mulheres entrevistadas apresentam perfil socioeconômico e demográfico pouco diversificado. Entretanto, cabe ressaltar que não foram feitas restrições geográficas ou de qualquer ordem para a realização das entrevistas. Vale dizer, todas as elegíveis que aceitaram participar do estudo foram incluídas.

Outra limitação foi a impossibilidade de serem trabalhados os prontuários das pacientes, para corroborar seus relatos às informações clínico-laboratoriais. Por outro lado, estudos que trabalharam dados secundários em prontuários reconhecem que parte da assistência não é documentada ou é sub-registrada, o que não garante a fidelidade das informações coletadas.

Por fim, este estudo trabalhou uma única perspectiva do evento: a visão das mulheres. Outros estudos podem analisar demais aspectos que envolvem o *near miss* materno. As experiências dos profissionais de saúde que estiveram à frente da assistência prestada a essas mulheres poderão elucidar outras questões e enriquecer a discussão acerca desse evento obstétrico grave.

Colaboradores

C. A. Aguiar e A. C. d'A. Tanaka participaram da concepção, desenho do trabalho, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos à FAPESP (processo nº 2012/09039-4) pelo financiamento do estudo.

Referências

1. Tanaka ACA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
2. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
3. Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Brown ML, Simonson L, Driscoll CA, et al. The continuum of maternal morbidity and mortality: factors associated with severity. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:939-44.
4. Phillip V, Brugha R, Browne E, Gohou V, Bacci A, De Brouwere V, et al. Obstetric audit in resource-poor settings: lessons from a multicountry project auditing 'near miss' obstetrical emergencies. *Health Policy Plann* 2004; 19:57-66.
5. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: World Health Organization; 2011.
6. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Serruya SJ. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 255-64.
7. Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brum IR, et al. Incidência do near miss materno no parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S169-81.
8. Cecatti JG, Souza JP, Parpinelli MA, Haddad SM, Camargo RS, Pacagnella RC, et al. Brazilian network for the surveillance of maternal potentially life threatening morbidity and maternal near-miss and a multidimensional evaluation of their long term consequences. *Reprod Health* 2009; 6:15.

9. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco; 2009. p. 117-30.
10. Mann JM. Health and human rights: if not now, when? *Am J Public Health* 2006; 96:1940-3.
11. Amorim MMR, Katz L, Valença M, Araújo DE. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, região nordeste do Brasil. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54:261-6.
12. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª Ed. São Paulo: Editora Artmed; 2006.
13. Meihy JCSB. Manual de história oral. 5ª Ed. São Paulo: Edições Loyola; 2005.
14. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. 2ª Ed. São Paulo: Editora Contexto; 2013.
15. Halbwachs M. A memória coletiva. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 1990.
16. Zorzam BAO. Informações e escolha no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2013.
17. Salgado HO. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2012.
18. IBOPE Inteligência. No Brasil, maioria dos internautas são mulheres. <http://www.ibopeinteligencia.com/noticias-e-pesquisas/no-brasil-maioria-dos-internautas-sao-mulheres/> (acessado em 19/Nov/2015).
19. Say L, Souza JP, Pattinson RC; WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23:287-96.
20. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5 Suppl Nature):S160-72.
21. Alberti V. Manual de história oral. 3ª Ed. São Paulo: Editora FGV; 2005.
22. Franco FA, Hino P, Nichiata LYI, Bertolozzi MR. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de saúde: subsídios para a enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2012; 16:157-62.
23. Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.
24. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med* 1994; 38(8): 1091-110
25. Tunçalp O, Hindin KA, Adu-Bonsaffoh K, Adanu R. Listening to women's voices: the quality of care of women experiencing severe maternal morbidity, in Accra, Ghana. *PLoS One* 2012; 7:e44536.
26. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2005; 8 abr.
27. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface Comun Saúde Educ* 2000; 6:109-16.
28. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; (5):CD003519.
29. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
30. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, Schramm FR. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis (Rio J.)* 2010; 20:77-100.
31. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.
32. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1996.
33. Presidência da República. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2011; 29 abr.
34. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Krupa F, Osis MJD. An emerging “maternal near-miss syndrome”: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth* 2009; 36:149-58.
35. Furuta M, Sandall J, Bick D. Women's perceptions and experiences of severe maternal morbidity – a synthesis of qualitative studies using a meta-ethnographic approach. *Midwifery* 2014; 30:158-69.
36. Godoy SR, Gualda DMR, Bergamasco RB, Tsunouchiro MA. Percepção da causalidade e dos sinais de near-miss atribuídos por mulheres sobreviventes. *Texto & Contexto Enferm* 2008; 17:536-43.
37. Pillay N. Maternal mortality and morbidity: a human rights imperative. *Lancet* 2013; 381:1159-60.
38. Taparelli G. Reivindicação, cidadania e direitos humanos. *Bahia Análise & Dados* 2001; 11:111-20.
39. Vianna Sobrinho L. Medicina financeira e a ética estilhaçada. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2013.
40. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Prim Care* 2010; 18. <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/177926>.

Abstract

The collective memories of women that have experienced maternal near miss can help elucidate serious obstetric events, like maternal death. Their experience is authentic and representative, with the construction of a common identity. This identity lends quality to a group's memory, and such memory is thus a social phenomenon. The study analyzed the experience of twelve women who nearly died during the gestational and postpartum cycle. The thematic oral history method was used, from the perspective of health needs and human rights. Six collective memories comprised the discourses: unmet health needs; healthcare deficiencies; denial of contact with the newborn child; violation of rights; absence of demand for rights; and compensation for unmet rights and needs. To understand these women's health needs is to acknowledge the women as bearers of rights and to individualize care, respecting their autonomy, guaranteeing access to technologies, and establishing an effective bond with health professionals.

Pregnancy Complications; Health Services Needs and Demand; Maternal Health; Human Rights

Resumen

Las mujeres que experimentaron un near miss materno pueden, mediante sus memorias colectivas, ayudar a la comprensión de eventos obstétricos graves como la muerte materna. La experiencia de las personas es auténtica y representativa del todo con la construcción de una identidad común. Es la identidad la que da calidad a la memoria de un grupo. Así, cada memoria es un fenómeno social. Se analizó la experiencia de 12 mujeres que casi murieron en función del estado de embarazo- puerperio. Se utilizó el método de la historia oral temática, desde la perspectiva de las necesidades de salud y derechos humanos. Seis memorias colectivas compusieron los discursos: necesidades de salud no atendidas; deficiencias asistenciales; privación del contacto con el hijo; violación de derechos; ausencia de reivindicación de los derechos; y compensaciones de los derechos y necesidades no atendidas. Comprender las necesidades de salud de esas mujeres es reconocerlas como sujetos de derechos; es individualizar la asistencia, respetando su autonomía, garantizando el acceso a las tecnologías y estableciendo vínculo (a) efectivo con el profesional de salud.

Complicaciones del Embarazo; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Salud Materna; Derechos Humanos

Recebido em 30/Set/2015

Versão final rerepresentada em 31/Jan/2016

Aprovado em 25/Fev/2016