

**ACESSO À REDE DE ATENÇÃO A GESTAÇÃO, PARTO E NASCIMENTO
NA PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS***
**ACCESS TO PREGNANCY CARE, LABOR AND DELIVERY NETWORK
FROM THE PERSPECTIVE OF USERS**
**ACCESO A LA RED DE ATENCIÓN DEL GESTAÇÃO, PARTO Y
NACIMIENTO, EN LA PERSPECTIVA DE LAS USUARIAS**

Leila Bernarda Donato Gottens¹, Teresa Christine
Pereira Moraes², Ana Cristina Gonçalves³, Daniele
Ribeiro⁴, Cássia Ramos Silva⁵, Daniele da Silva
Rodrigues⁶, Maria Raquel Gomes Maia Pires⁷, Elisabete
Mesquita Peres de Carvalho⁸

RESUMO

Analisa-se as facilidades e as barreiras de acesso das mulheres usuárias do SUS-DF aos serviços de pré-natal e de parto na Rede de Atenção Materna e

Infantil em uma Região de Saúde.

Objetivos: Mapear o fluxo assistencial das mulheres nos serviços de pré-natal e parto da Região Sudoeste de Saúde; analisar as potencialidades e as limitações de acesso das gestantes egressas das duas maternidades locais.

Método: Pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa. Entrevista com 30 mulheres na fase puerperal. Análise estatística descritiva, análise de conteúdo e aplicação do fluxograma analisador. **Resultados:** As mulheres realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e os exames de rastreamento de risco. Poucas são orientadas sobre o local onde vão parir e o início do trabalho de parto. O deslocamento até a maternidade é precário e ocorre peregrinação antes do parto. Há desarticulação entre os pontos de atenção, deficiências na qualidade da

¹ Enfermeira. Doutora em Administração, Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Católica de Brasília, Professora Colaboradora do Programa de Pós Graduação Estrito Senso em Enfermagem da Universidade de Brasília, Professora do Programa de Pós Graduação Estrito Senso em Ciências para a Saúde da FEPECS/SES-DF. Email: leila.gottens@gmail.com

² Enfermeira. Secretaria de Estado da Saúde do DF. Mestre em Enfermagem pela USP. Doutoranda em Enfermagem na Universidade de São Paulo. Email: teresa.morais@uol.com.br

³ Estudante de Enfermagem da Universidade Católica de Brasília. Email: ana_rodrigues_cristina@hotmail.com

⁴ Estudante de Enfermagem da Universidade Católica de Brasília. Email: santosdanir@gmail.com

⁵ Estudante de Enfermagem da Universidade Católica de Brasília. Email: kacia_17@hotmail.com

⁶ Estudante de Enfermagem da Universidade Católica de Brasília. Email: daniele_rodrygues@hotmail.com

⁷ Enfermeira. Mestre e doutora em Política Social. Pós-doutorado em Arte e Lúdico na Educação para a Saúde. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília. Email: maiap@uol.com.br

⁸ Enfermeira Obstetra. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências para a Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde/FEPECS/SES-DF. Email: elisabete_mpc@yahoo.com.br

* Extraído de relatório de pesquisa Financiado pela Fundação de Apoio a Pesquisa do DF (Processo nº 193000175/2013).

atenção ao parto e práticas profissionais sem consonância com as recomendações internacionais.

Conclusão: O acesso das mulheres é facilitado para os serviços de pré-natal, mas elas enfrentam dificuldades no recebimento de exames, na vinculação aos serviços e na atenção recebida no momento do parto.

Descritores: Saúde da mulher; Atenção à Saúde; Gravidez; Parto; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This work analyzes the facilities and access barriers of women users of SUS-DF to prenatal and childbirth services in the Maternal and Child Care Network in a Region of Health. **Objectives:** To verify the healthcare flow of women in prenatal and childbirth services in the Southwest Region of Health; analyze the potential and limitations of access of pregnant women coming from two local hospitals. **Method:** Descriptive and exploratory research of qualitative approach. Interviews with 30 women in the postpartum period. Descriptive statistical analysis, content analysis and application of analytic flowchart. **Results:** Women do six or more prenatal visits and screening risk tests. Few are trained about the local where they will give birth and the beginning of

labor. The shift to the maternity hospital is precarious and there is a pilgrimage before delivery occurs. There is disconnection between the points of attention, deficiencies in quality of labor care and professional practices without line with international recommendations. **Conclusion:**

Women's access to prenatal services is facilitated, but they face difficulties in receiving examinations, in linking to services and in the care received at the moment of the childbirth.

Descriptors: Women's Health; Health Care; Pregnancy; Childbirth; Unified Health System.

RESUMEN

Este trabajo analiza las facilidades y barreras de acceso de mujeres usuarias del SUS-DF a los servicios prenatales y de maternidad en la Red de Atención Maternoinfantil de una Región de Salud. **Objetivos:** Mapear el flujo de mujeres en los servicios de prenatal y parto en la Región de Salud Sudoeste; analizar el potencial y las limitaciones de acceso de embarazadas recién salidas de dos hospitales locales. **Método:** método de investigación cualitativo descriptivo y exploratorio. Entrevistas con 30 mujeres en el posparto. Análisis estadístico descriptivo, análisis de

contenido y aplicación del diagrama de flujo analítico. **Resultados:** Las mujeres hacen seis o más visitas de prenatal y detección de riesgo. Pocas son orientadas acerca de dónde van dar a luz y inicio del parto. El desplazamiento a la maternidad es precario y hay una peregrinación antes del parto. Existe una desconexión entre los puntos de atención, deficiencias en la calidad de la atención y las prácticas profesionales sin línea con las recomendaciones internacionales. **Conclusión:** el acceso de las mujeres a los servicios prenatal es facilitado, pero se enfrentan dificultades en la recepción de los exámenes, en la vinculación a los servicios y la atención recibida en el parto.

Descriptor: Salud de la Mujer; Atención de Salud; Embarazo; Parto; Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher no Brasil, em especial a atenção à gestação, parto e nascimento, compõe a agenda das políticas de saúde desde a década de 1990. O conjunto complexo de fatores implicados nesse cuidado inclui desde a qualidade da atenção obstétrica até o significado da parturição para as mulheres⁽¹⁾. O modelo de atenção ao parto e nascimento, preconizado por organismos de saúde nacionais e

estrangeiros, caracteriza-se por práticas que proporcionem às gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos o cuidado integral e de qualidade. Em outros termos, que garanta o acesso às práticas de saúde baseadas em evidências científicas e o reconhecimento da gestante e seus familiares como atores principais nesse cenário, e não expectadores⁽²⁾.

Há reconhecidos avanços na atenção à saúde da mulher no Brasil, mas ainda persistem problemas complexos e multifatoriais que mantêm a morbimortalidade materna elevada. A atenção ao parto e nascimento ainda é marcada por intensa medicalização, por intervenções desnecessárias, potencialmente iatrogênicas, como também pela prática abusiva da cesariana⁽¹⁻³⁾. Ademais, persistem práticas de isolamento da gestante de seus familiares, desrespeito à privacidade e à autonomia da mulher, o que contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais⁽⁴⁾. Rotinas e protocolos rígidos são adotados sem a avaliação crítica caso a caso, especialmente nos partos realizados em ambiente hospitalar⁽⁴⁻⁵⁾.

Em relação à organização dos serviços de saúde, apontam-se como aspectos que contribuem para a piora

dos indicadores de saúde da mulher e da criança: a persistência da fragmentação dos serviços; a insuficiência de financiamento; a deficiente regulação do sistema de saúde; a ineficiência na gestão das unidades assistenciais e do trabalho das equipes⁽³⁻⁵⁾.

A agenda atual do Ministério da Saúde para a saúde da mulher inclui um conjunto de portarias que definem as diretrizes da Rede Temática de Atenção Materno Infantil, denominada Rede Cegonha (RC)⁽⁴⁾. A proposta reforça diretrizes de programas anteriores, dentre eles o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, como também a Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento – todos consonantes com as recomendações internacionais⁽⁴⁻⁶⁾.

A RC incorpora os atributos necessários à estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como dispositivos fundamentais para o acesso oportuno das mulheres ao cuidado ampliado, quais sejam: a prestação de serviços especializados em lugar adequado; a existência de mecanismos de coordenação e continuidade do cuidado; o fortalecimento da governança; a participação social

ampla; a gestão dos sistemas de apoio, administrativo, clínico e logístico⁽⁷⁾.

Nesse sentido, preveem-se ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, expressas nas seguintes ações: vinculação da gestante à unidade de referência; transporte seguro; desenvolvimento de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, com destaque para o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher. Essas ações estão inseridas em quatro componentes estruturantes da estratégia: 1-Pré-Natal, Parto e Nascimento; 2-Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; 3-Sistema Logístico, 4-Transporte Sanitário e Regulação^(2,4,8).

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) aderiu à Rede Cegonha em 2011, ao tempo em que se comprometeu a produzir mudanças estruturantes no modelo obstétrico no DF segundo as diretrizes da política nacional, com vistas ao alcance dos objetivos do milênio⁽⁹⁾. O Plano de Ação da RC para o DF contempla a linha de cuidado de atenção à saúde da mulher e articula todos os componentes da RC em um percurso assistencial contínuo de cuidados desde a idade fértil.

Na Região Sudoeste de Saúde, que contempla as cidades de Taguatinga, Recanto das Emas e Samambaia, local de realização deste estudo, as unidades oferecem os cuidados necessários à trajetória assistencial completa em aproximadamente 14 unidades básicas de saúde e duas maternidades com suficiência de leitos de risco habitual e de alto risco. A articulação entre as unidades no território ocorre por meio de mapas de vinculação e de coordenação assistencial por grupo condutor da Região.

Há carências de estudos, no Distrito Federal, sobre a atenção ao parto e nascimento, sob a perspectiva das mulheres egressas dos serviços de saúde. A ausculta das percepções e opiniões das mulheres sobre a forma como suas necessidades de saúde estão sendo atendidas potencializa os processos avaliativos e oportuniza a reflexão dos potenciais e limites dos serviços de saúde, assim como fortalece essas atoras⁽¹⁰⁾. Em uma perspectiva de redes de atenção à saúde, que se propõem a reorganizar a atenção à saúde a partir do usuário, é relevante perguntar, para quem realmente utiliza o serviço, quais são as facilidades e as dificuldades para acessá-lo.

Indaga-se neste artigo: quais as facilidades e as barreiras de acesso das mulheres usuárias do SUS-DF aos serviços de pré-natal e de parto na Rede de Atenção Materno-Infantil? Objetivou-se mapear o fluxo assistencial das mulheres nos serviços de pré-natal e parto da Região e analisar as potencialidades e as limitações de acesso das gestantes egressas das duas maternidades locais. Este artigo compõe a primeira etapa do projeto de pesquisa denominado “Organização, acesso e continuidade assistencial da rede materno-infantil na SES-DF: estudo de linha de base na Região Sudoeste da SES-DF (Taguatinga, Recanto das Emas e Samambaia)”.

METODOLOGIA

Realizou-se estudo exploratório com abordagem qualitativa, opção mais adequada para o exame do acesso das mulheres aos serviços de atenção a gestação, parto e nascimento na perspectiva dos atributos da rede materno-infantil. Os estudos exploratórios servem para a imersão em fenômenos pouco familiares, para obter informações contextuais, para descortinar cenários pouco explorados, obter informações comportamentais, identificar conceitos e variáveis

promissoras, para estabelecer prioridades sobre pesquisas e etapas futuras⁽¹¹⁾. A unidade-caso ou “corpus” da investigação compôs-se das informações formais e/ou informais produzidas pelas puérperas que evidenciam aspectos da organização da Rede Materno Infantil na Região Sudoeste da SES-DF⁽¹²⁾.

O estudo foi realizado na Região Sudoeste da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF), que contempla as cidades de Taguatinga, Recanto das Emas e Samambaia. Nos anos de 2011 e 2012 esse foi o território que ambientou a formulação do Plano de Ação da RC na SES-DF⁽⁹⁾. Essa Região caracteriza-se pela alta densidade demográfica, mapa sanitário diversificado e oferta de serviços de saúde que abrange todos os níveis de atenção para a linha do cuidado materno-infantil. A Região de Saúde contempla uma população de 683.215 habitantes, o que corresponde a 26,6% da população total do DF, segundo dados da Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central em 2010.

Participaram do estudo 30 mulheres em fase puerperal imediata e mediata que estavam internadas nas duas maternidades públicas da Região

Sudoeste de Saúde do DF (A e B). As puérperas foram convidadas a participar da pesquisa e escolheram conceder a entrevista na maternidade ou em seu domicílio. Após o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de inclusão das entrevistadas foram: puérperas em pós-parto imediato, em condições clínicas favoráveis a participar, que aceitassem participar voluntariamente da pesquisa, que residissem e tivessem realizado o pré-natal nas cidades da Região de Saúde. Excluíram-se do estudo as puérperas que estavam internadas no mesmo período, mas que residiam e/ou realizaram o pré-natal em outras Regiões de Saúde ou fora do DF; as que não aceitaram participar voluntariamente da pesquisa; e as que não estavam em condições confortáveis para a concessão da entrevista.

A coleta de dados foi realizada de março a abril de 2013, por meio de instrumento único, dividido em duas partes: 1) dados sociodemográficos, obstétricos e de acesso a consultas e exames de pré-natal coletados por meio de entrevista, análise dos prontuários e dos cartões das gestantes; 2) questões abertas sobre o acesso ao pré-natal, ao parto e às práticas profissionais, coletada por meio de entrevista. As

questões abertas foram elaboradas de forma a permitir a coleta de informações sobre as categorias de análise do estudo, passíveis de serem avaliadas a partir da puérpera egressa dos serviços de atenção ao parto.

A análise dos dados foi realizada por meio de três estratégias. Primeiro, para o delineamento do perfil sociodemográfico das entrevistadas, identificaram-se frequências absolutas por meio de estatística descritiva. Depois, com as informações qualitativas oriundas das questões abertas das entrevistas, realizou-se a análise de conteúdo, entendida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa obter, por procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo dos depoimentos, as categorias empíricas que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens⁽¹³⁾. A organização dos registros escritos constituiu um *corpus*, do qual se extraíram as ideias recorrentes por meio de palavras e expressões-chave. Seguiram-se as três etapas propostas por Bardin⁽¹³⁾: pré-análise, tratamento dos dados e interpretação. Por fim, o fluxo das usuárias na RC foi sistematizado com o uso do fluxograma analisador⁽¹³⁾ do

percurso assistencial das mulheres, por meio do qual se identificou a situação da linha de cuidado percorrida pelas gestantes na rede de atenção materno-infantil na Região. Essa ferramenta se baseia na concepção de cartografia, em que a produção de novos sentidos implica um olhar sobre processos dinâmicos do cotidiano que só podem ser descritos em termos de relatos provisórios. É um diagrama usado por diferentes campos de conhecimento para desvelar modos de organização de processos de trabalho, modelos de organização do cuidado, bem como os produtos, os resultados e os interesses efetivos que se impõem sobre o cotidiano dos diferentes serviços de saúde⁽¹³⁾.

Para preservar o anonimato das participantes, cada uma das mulheres recebeu um código, que varia de E1 a E15, diferenciados com as letras A e B, que informam a maternidade onde realizaram o parto. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP-FEPECS), conforme parecer nº 127.529, na data de 22 de outubro de 2012, e financiado com recursos da Fundação de Apoio à Pesquisa do DF (Processo nº 193000175/2013).

RESULTADOS

Perfil das mulheres participantes do estudo

As 30 mulheres entrevistadas residiam nas cidades de Taguatinga (6), Recanto das Emas (13) e Samambaia (11). Apresentaram idade entre 16 e 40 anos, com média de 25,53 anos. No estado civil, foram mais frequentes as mulheres com companheiros quando somadas à união estável (8; 26,6%) com as casadas (10; 33,3%). A escolaridade

foi bem variada, 12 (40%) informaram ensino médio completo e 6 (20%) incompleto, 10 (33%) ensino fundamental completo. Apenas uma entrevistada referiu ter uma profissão, as demais relataram ocupações diversificadas, que exigem baixa escolaridade. Em relação ao perfil gestacional, 40% (12) eram primíparas e a média foi de 2 gestações e 2 filhos (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e obstétrico das entrevistadas. Brasília-DF, 2014

Variáveis sociodemográfica e obstétrica	N	%
Faixa etária (média 25,5)		
16 a 20	10	33
21 a 30	12	40
31 a 40	8	27
Estado civil		
Solteira	11	37
Casada	10	33
União estável	8	27
Divorciada	1	3
Profissão/ocupação		
Estudante	2	7
Do lar	16	53
Ocupações com renda	12	41
Escolaridade		
Ensino médio completo	12	40
Ensino médio incompleto	6	20
Ensino fundamental completo	10	33
Ensino superior completo	1	3
Ensino superior incompleto	1	3
Nº Gestação		
1 a 2	19	63
3 a 4	8	27
< 4	3	10
Nº Partos		
1 a 2	20	67
3 a 4	8	27
< 4	2	7
Primípara	12	40
Múltipara	18	60
Nº Filhos (média 2)		
1 a 2	21	70
3 a 4	7	23
< 4	2	7

O acesso ao pré-natal na Região de Saúde

O percurso assistencial das mulheres entrevistadas, desde a confirmação da gravidez até o início do trabalho de parto, pode ser visualizado no fluxograma da Figura 1, construído a partir da síntese dos relatos. Foram identificadas as recorrências e as singularidades nas distintas trajetórias das mulheres em cada uma das cidades que compõem a Região Sudoeste. Observa-se que o acompanhamento do PN ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) próximas à residência (29) e do local de trabalho (1), incluindo os

dois casos de gestação de risco, cujo PN foi realizado no ambulatório do hospital público de referência (2). O número de consultas está de acordo com o preconizado pelos protocolos de PN, o início do acompanhamento ocorreu em tempo oportuno em 23 dos casos estudados. Em relação aos exames de confirmação da gravidez, a maioria das entrevistadas relatou ter realizado nos serviços particulares (24), seis realizaram na rede pública (4) ou não foram realizados (2) (Figura 1).

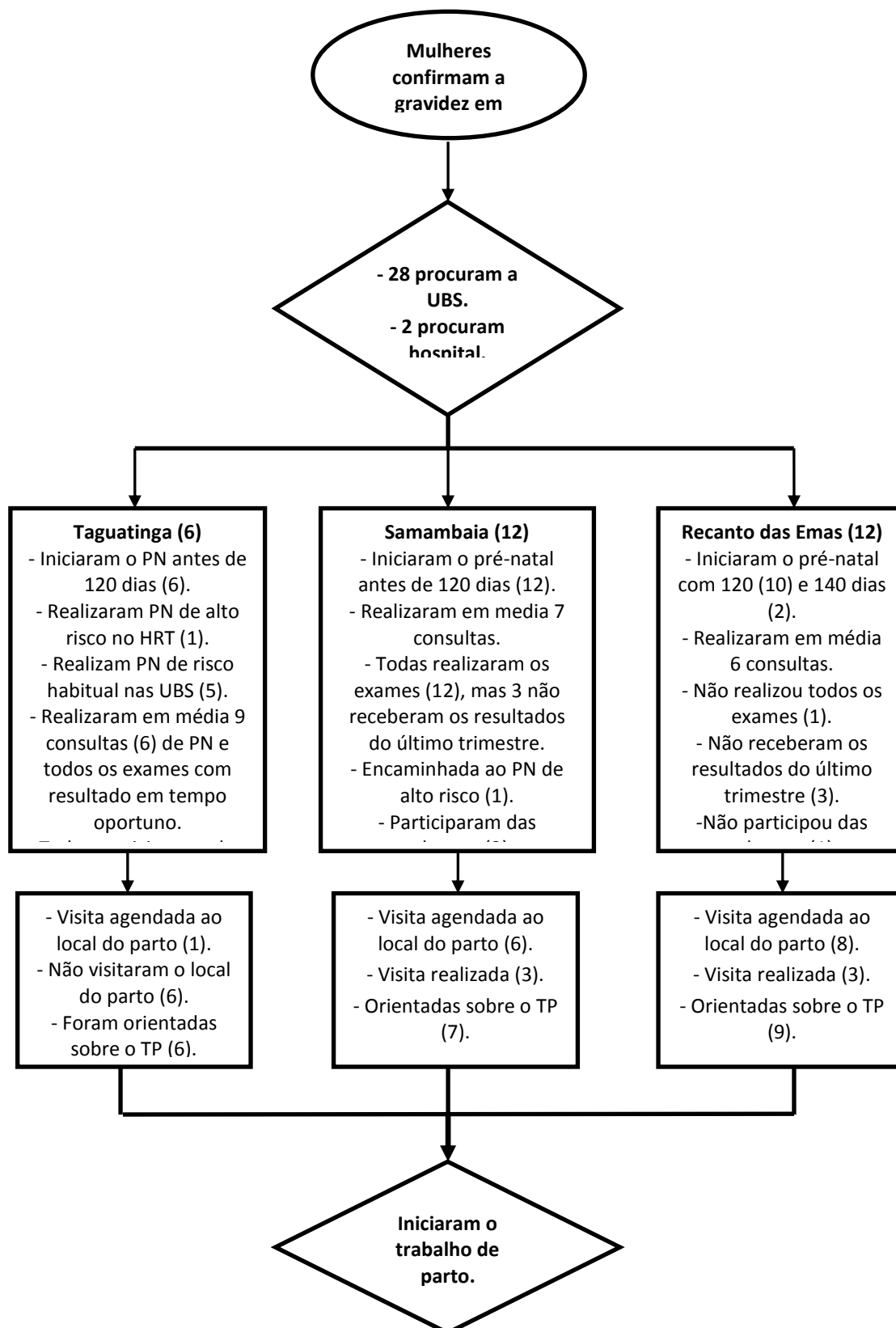


Figura 1 – Fluxo das gestantes do pré-natal a maternidade na Região Sudoeste da SES-DF

Em todos os casos estudados, as mulheres tiveram acesso aos exames laboratoriais preconizados pelos protocolos do pré-natal na rede pública entre a 20^a e a 36^a semanas. Contudo, em 24 casos, as mulheres realizaram os exames, mas não receberam os resultados antes da 38^a semana, especialmente nas cidades de Samambaia e Recanto das Emas. Todos os exames de imagem (ecografia abdominal e transvaginal) foram realizados nos serviços privados, motivados pelas longas filas de espera para o agendamento, o que impedia sua realização durante o pré-natal, segundo relatos das entrevistadas.

Ações como a visita prévia à maternidade e as orientações sobre o local do parto objetivam vincular a gestante aos serviços de atenção ao parto no território e evitar a peregrinação anteparto. Entre os casos estudados, oito informaram que durante o PN, tiveram visitas agendadas na maternidade, mas apenas quatro delas compareceram à visita. A principal razão para esta ausência foi o fato de “já conhecerem a maternidade”, o que foi relatado pelas múltíparas (18). Questionadas se foram orientadas sobre o local do parto durante o PN, dezoito responderam afirmativamente, das

quais, seis eram primíparas. As duas gestantes de alto risco realizaram o PN no serviço onde realizariam o parto e não tiveram suas visitas agendadas (E1A e E10A).

Ratifica-se que o acesso às consultas de pré-natal em unidades próximas à residência são potencialidades nessa Região. Entre as fragilidades, verificam-se as desigualdades na acessibilidade aos exames de rastreamento de risco, de confirmação da gravidez nas estratégias de vinculação das mulheres aos locais de parto. As orientações sistemáticas sobre os sinais de início do trabalho de parto, sobre o local de parto e as visitas prévias estão entre as principais ações do pré-natal para evitar a busca precoce da maternidade e a peregrinação anteparto.

O acesso ao parto e nascimento

A trajetória percorrida pelas parturientes após o início do trabalho de parto aos locais do parto está representada no fluxograma da Figura 2. A peregrinação anteparto foi relatada por 10 das entrevistadas, que procuraram pelo menos uma maternidade antes de serem internadas naquela onde tiveram seus filhos. Entre os serviços procurados, citam-se três maternidades de outras Regiões de

Saúde (C, D e E) e uma unidade de pronto atendimento. Os motivos que levaram as mulheres a buscarem mais de uma maternidade após o início do TP, foram: 1) buscou o primeiro atendimento em serviços fora da Região de Saúde, por escolha própria, e foi encaminhada pelos profissionais de saúde, ao serviço de sua Região (E12B, E9B, E13A); 2) o primeiro atendimento demorou muito porque estava superlotado, o que a fez procurar outro serviço (E4A); 3) não se sentiu segura e esclarecida sobre as condutas e decisões clínicas para a não internação imediata (E1B, E9B, E4A, E10A, E12A, E13A).

O deslocamento das parturientes às maternidades após o início do trabalho de parto também se mostrou precário, realizado de carro particular próprio, de vizinhos e/ou parentes (19), de ônibus (4), pelo SAMU (3) e por ambulâncias (3). Ao se questionar sobre o tempo de deslocamento para a maternidade após o início do trabalho de parto, a média foi de 34,3 (DP 36) minutos.

Em relação ao parto, as mulheres entrevistadas tiveram seus filhos majoritariamente pela via vaginal no hospital (24), no domicílio (2) e cesáreo (4). Nos desfechos com parto cesáreo, dois casos foram por gestação de risco,

acompanhadas no ambulatório de alto risco. Nos outros dois casos, foram acompanhados como risco habitual, mas a decisão pela cesárea foi em decorrência da evolução do TP. Chamaram a atenção os dois casos de parto domiciliar: um deles foi uma opção relatada por uma das entrevistadas como forma de não se submeter aos cuidados hospitalares, especialmente ao excesso de toques vaginais. O segundo caso foi pela precocidade do início do TP e por dificuldade de transporte à maternidade.

No fluxo assistencial entre as unidades, observou-se fragmentação e baixa coordenação entre atenção primária à saúde e os hospitais que ambientam os locais de parto e as demais unidades. A decisão sobre o momento e o local para buscar atenção ao parto é definido pela gestante, sem a participação dos profissionais da atenção primária à saúde que se desresponsabilizam pela mulher após a última consulta de pré-natal.

Apenas duas entrevistadas informaram que tiveram acompanhante durante a internação para o TP e P (E15A e E10A). Em um dos depoimentos, a entrevistada refere que esse foi um dos critérios de escolha da maternidade – *“porque minha mãe*

podia assistir ao parto aqui (A) porque é funcionária, lá no outro (B), eles disseram que não tem estrutura para acompanhante, aí eu preferi aqui” (E15A). Outra puérpera (E13A) relatou que não solicitou a presença de acompanhante porque *“achei que seria complicado, então não quis”*. Parte das entrevistadas demonstrou desconhecimento sobre esse direito, especialmente entre as primíparas, o que ratifica as fragilidades nos processos educativos do PN e na atenção ao parto.

As avaliações das entrevistadas sobre a atenção recebida durante a internação foram semelhantes entre as maternidades. A maioria (20) informou satisfação com o cuidado recebido, salientando as relações estabelecidas com os profissionais: *“me trataram super bem... foram todos bem educados”* (E6A) e *“gostei muito daqui, fui bem atendida da entrada até as meninas da limpeza... principalmente no CO”* (E5B).

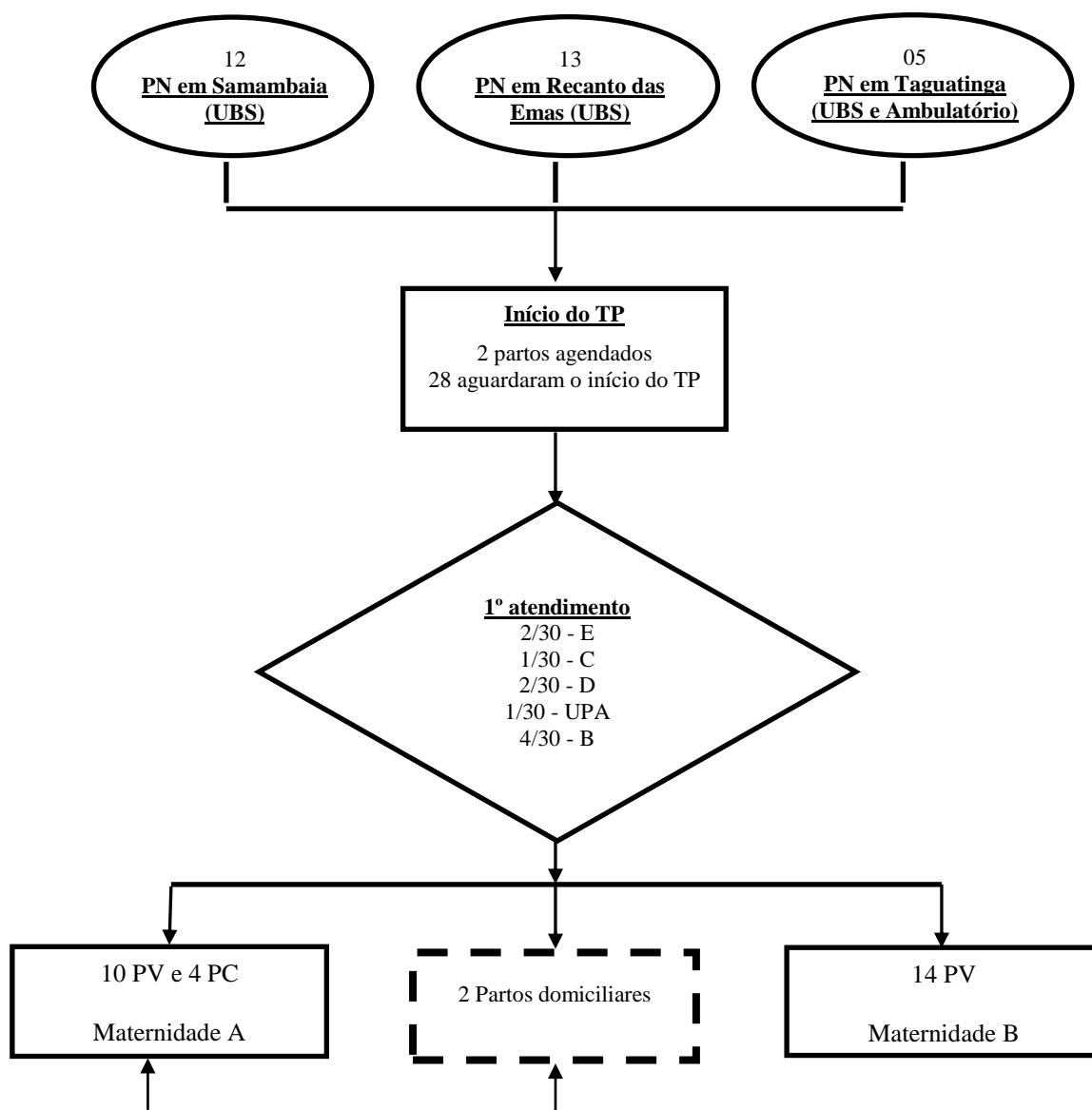


Figura 2 – Fluxo assistencial das mulheres na rede materno-infantil da Região Sudoeste de Saúde do DF*

* **Legenda:** PN – Pré-natal; A e B – maternidades públicas da Região de Saúde; C, D e E – maternidades públicas fora da Região de Saúde; TP – trabalho de parto; PV – Parto Vaginal; PC – Parto Cesáreo.

As avaliações negativas enfatizaram dois aspectos: o atendimento da equipe e a infraestrutura. Em relação à infraestrutura física, reclamaram da falta de berço para os bebês que compartilhavam o leito das mães, deixando-as inseguras, “*pouco espaço físico*” (E2B, E7B), “*limpeza do quarto*” (E2B, E7B), e da “*troca de lençóis*” (E2B, E7B, E10A). As queixas foram sobre a falta de atenção, a dificuldade de escuta dos profissionais e as atitudes, qualificadas como “*ignorantes*” e “*impacientes*”. Foram recorrentes, entre os casos estudados, a descrição dos desconfortos gerados pelas práticas e atitudes grosseiras dos profissionais de saúde e a forma pouco cuidadosa como os toques vaginais eram realizados. A maioria (28) recebeu pelo menos um toque, mas há relatos de três (E5A, E10A, E10A, E10A, E1B, E3B e E15B) e quatro (E8B, E11B e E14B) toques durante o TP.

DISCUSSÃO

O perfil das mulheres usuárias da RAS materno-infantil aponta que a baixa condição socioeconômica, a baixa escolaridade e a idade precoce na primeira gravidez ainda caracterizam as mulheres atendidas no SUS-DF, coerente com outros estudos já

realizados em Salvador, BA⁽¹⁵⁾, no Rio de Janeiro, RJ^(2,16) e em Curitiba, PR⁽¹⁷⁾.

A organização dos serviços de saúde de atenção à gestação, parto e nascimento mostra sinais positivos de uma rede, visto que a Região apresenta todas as unidades assistenciais necessárias a todos os componentes da Rede Materno Infantil. Contudo, há indicativos de fragilidades na articulação entre os diferentes pontos de atenção e em relação à qualidade do cuidado⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

O acesso ao PN é amplo e atende ao preconizado pelos protocolos oficiais, ou seja, são realizados em unidades de saúde próximos da residência das gestantes. Porém, há fragilidades na captação precoce e no número mínimo de consultas recomendado pelos protocolos. O acesso à realização dos exames é facilitado, mas há dificuldades para se obterem os resultados daqueles realizados no último trimestre. Estes resultados indicam baixa qualidade no pré-natal, uma vez que o número de consultas adequado não está representando qualidade nos serviços oferecidos. Resultados semelhantes são recorrentes em outras regiões do país, conforme estudos já realizados⁽¹⁵⁾.

Quanto aos exames de imagem, é consenso na literatura de que há baixa oferta pelo SUS, mas também há exageros no número de ecografias realizados pelas gestantes por autoindicação. Culturalmente, a ecografia é extremamente valorizada por diminuir o desconhecimento das mulheres em relação às condições de saúde de seu bebê⁽⁹⁾.

Os profissionais que acompanham as gestantes dessa Região de Saúde, seja no PN de risco habitual, seja nos casos de gravidez de alto risco, não são os mesmos que as assistem no trabalho de parto⁽¹⁷⁾. Essa situação, associada a fragilidades nos sistemas de informação e aos registros incompletos no Cartão da Gestante, dificulta o conhecimento dos profissionais sobre a gestação atual e as anteriores no momento do parto.

Para atenuar estas lacunas na organização dos serviços, reforça-se a necessidade de estratégias para o estabelecimento de vinculação entre a gestante e o serviço onde será realizado o parto. Essa vinculação é um direito das mulheres assistidas pelo SUS, garantido pela Lei nº. 11.634, de 27 de dezembro de 2007, para evitar a peregrinação das gestantes no momento do parto⁽¹⁵⁾. As estratégias para produzir

essa vinculação estão ancoradas especialmente na orientação sistemática à gestante sobre o local de parto, na visita prévia, no “vaga sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto^(4,9,17). Compreende-se por vaga sempre, que toda a gestante, independente da idade gestacional, que atenda aos critérios de admissão para atendimento em regime de internação hospitalar, será primariamente internada na unidade hospitalar de sua referência, ou não havendo esta possibilidade por qualquer motivo, isso ocorrerá em outra unidade da rede, conforme fluxos descritos no Mapa de Vinculação do Componente Parto e Nascimento⁽¹⁸⁾. Os resultados do presente estudo indicam que essas estratégias não estão sendo realizadas nessa Região, provocando frequente peregrinação das mulheres em busca de um lugar onde parir.

Outros estudos que já investigaram essas estratégias, demonstram que as dificuldades de acesso à maternidade ocorrem pelas longas distâncias a serem percorridas, pela falta de um sistema de transporte eficaz, pela falta de um sistema de comunicação e referenciamento adequado, por falta de leitos nas maternidades ou porque as próprias

parturientes buscam as maternidades que consideram proporcionar maior segurança a elas e aos seus filhos, que em geral são as de maior complexidade assistencial. Reforça-se que as visitas prévias e as orientações sistemáticas sobre o local de parto, realizadas durante o PN, reduzem a peregrinação e evitam as idas precoces após o início do trabalho de parto^(3,15-16). Essas estratégias são propostas pelos marcos normativos⁽⁵⁾, mas dependem em grande parte da mudança nos processos de trabalho dos profissionais dos diferentes pontos de atenção, no sentido de aderir às práticas baseadas em evidências científicas⁽⁵⁾.

Em relação à atenção ao parto, a análise dos relatos das mulheres sinaliza para a necessidade de maior investigação sobre a adesão dos profissionais de saúde às práticas obstétricas recomendadas pela OMS desde 1996 e ratificadas pelo Ministério da Saúde em todos os documentos oficiais.

O toque vaginal destacou-se nos casos estudados, em relação à frequência e à maneira como são realizados. Outros estudos informam que, em geral, os profissionais, ao realizarem essa intervenção, não fornecem informações e, em muitos

casos, são realizados por mais de um profissional, de maneira descuidada. O número de exames vaginais deve ser limitado ao estritamente necessário: durante o primeiro estágio do parto, um a cada 4 horas, em geral, é suficiente. A alta frequência dessa prática representa falhas da assistência da equipe de saúde e pode ser considerada como violência institucional^(9,20).

A ausência de acompanhante no trabalho de parto, parto e puerpério foi uma das maiores fragilidades da atenção ao parto e violação de direitos das mulheres verificadas no estudo. Trata-se de uma prerrogativa legal garantida pela Lei 11.108 de 2005, ratificado pelo artigo 7º da Portaria GM/MS nº 1.459, de 24, de junho de 2011⁽⁵⁾. O direito a ter um acompanhante escolhido pela mulher constitui uma estratégia de redução dos níveis de dor, com vistas ao aumento do conforto e segurança da mulher. Assim, sem as informações necessárias sobre as diferentes formas de cuidado, privadas de uma possibilidade real de escolha, resta a essas usuárias apenas a conformidade com o cuidado “tradicional” oferecido, muitas vezes assente em práticas diretivas e sem respaldo legal⁽¹⁹⁾.

Os resultados desvelaram que a qualidade da atenção obstétrica na

Região de Saúde Sudoeste do SUS-DF requer intervenções sistêmicas, múltiplas e multifacetadas, com ênfase na mudança nas práticas profissionais, nos recursos logísticos (informação de saúde e transporte de pacientes) e na governança da Rede de Atenção à Saúde, componentes básicos dos sistemas de saúde⁽²⁾. Ressalta-se que as tecnologias para intervenções preventivas e/ou terapêuticas efetivas para o rastreamento de riscos de morbimortalidade materna, como também para a humanização da atenção ao parto, são leves e disponíveis. Elas estão relacionadas ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, à governança da rede materno-infantil, como também à coordenação entre as unidades do sistema de saúde.

CONCLUSÕES

As mulheres da Região de Saúde Sudoeste do SUS-DF têm facilidade de acesso ao acompanhamento do PN, mas ainda convivem com desigualdades na organização dos serviços e com deficiências na atenção à saúde recebida no momento do parto. A vinculação da gestante à maternidade é frágil, as gestantes buscam a maternidade apenas no momento do parto, por decisão própria. A atenção ao parto nas

maternidades é permeada por práticas obstétricas de baixa evidência científica, pela violência institucional e por relações despersonalizadas entre as usuárias e os profissionais de saúde. Como limitações do estudo, cita-se a insuficiência para a generalização dos resultados, em virtude da amostra reduzida e pela necessidade de se triangularem informações de outras fontes. Em relação às práticas profissionais, não foi possível aprofundar a análise, o que requer uma investigação específica.

Agradecimentos

À professora Dirce Bellezi Guillem pela revisão e contribuição na finalização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Publica*. 2011; 45(1):185-94.
2. Cavalcanti PCS. O modelo lógico da Rede Cegonha. 2010. [acesso em: 18 fev. 2014]. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010cavalcanti-pcs.pdf>
3. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e

- crianças no Brasil: progressos e desafios. [acesso em: 18 fev. 2014]. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontent/assets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Portaria consolidada da Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 27 jun. 2011b, p. 109. Correção na portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, publicada no DOU de 1º jul. 2011, Seção 1, p. 61.
 5. Souza JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011; 33(10):273-9.
 6. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc.* 2008; 17(2):7-119.
 7. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde.* 2ª ed, Brasília-DF, 2011.
 8. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009 [acesso em: 22 jul. 2011]. 13:759-768. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>
 9. Governo do Distrito Federal. *Plano de Ação da Rede Cegonha.* Brasília-DF, 2011.
 10. Tanaka OU, Almeida CAL. Perspectiva das Mulheres na Avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(1):98-104.
 11. Sampieri RH. *Metodologia de pesquisa.* São Paulo: McGraw-Hill, 2006.
 12. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas sociais.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.3 - Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70, 2009.
 13. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In:
 14. Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo:Hucitec, 1997. p. 71-112.
 15. - Rodrigues QP, Domingues PML, Nascimento ER. *Perfil Sociodemográfico de Puérperas*

- Usuárias do Sistema Único de Saúde. Ver Enferm UERJ. 2011; 19(2): 242-8.
- 16.** - Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da Adequação da Assistência Pré-Natal na Rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2012; 28(3):425-37.
- 17.** - Novaes HMD, Carvalho DS. Avaliação da Implantação de Programa de Atenção Pré-Natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2): 220-30.
- 18.** -Governo do Distrito Federal. Portaria nº 47, de 13 de março de 2014. Institui o Mapa de Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal; Nº 53, 14/03/14: 16-18.
- 19.** - Deslandes SF, Dias MAB. Expectativas sobre a Assistência ao Parto de Mulheres Usuárias de uma Maternidade Pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(12): 2647-55.
- 20.** Narchi NZ, Camargo JCS, Salim NR, Menezes MO, Bertolino MM. Utilização da "linha púrpura" como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2011; 11(3): 313-322.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-11-25
Last received: 2014-11-26
Accepted: 2014-12-17
Publishing: 2015-01-30