









Nascer em Belo Horizonte: a trajetória das parturientes e seus desfechos reprodutivos

Born in Belo Horizonte: the trajectory of parturient women and their reproductive outcomes
Nacer en Belo Horizonte: la trayectoria de las parturientes y sus resultados reproductivos

Como citar este artigo:

Amorim T, Felisbino-Mendes MS, Schreck RSC, Ribeiro SP, Rezende EM, Martins EF. Born in Belo Horizonte: the trajectory of parturient women and their reproductive outcomes. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03441. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018000903441>

-  Torcata Amorim¹
-  Mariana Santos Felisbino-Mendes¹
-  Rafaela Siqueira Costa Schreck¹
-  Sabrina Paiva Ribeiro²
-  Edna Maria Rezende¹
-  Eunice Francisca Martins¹

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil

² Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, Belo Horizonte, MG, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the trajectory taken by pregnant women for delivery care in Belo Horizonte and its relation with the reproductive outcomes. **Method:** A cross-sectional study using a database from a study conducted in Belo Horizonte. The studied variables were referent to the trajectory of women seeking delivery care, to their social, demographic and health care characteristics, and to the reproductive outcomes. Odds Ratios were estimated with their 95% confidence intervals to evaluate the factors associated with unfavorable trajectory and outcomes. **Results:** A total of 1,087 cases were studied, of which 39.3% had an unfavorable trajectory. The chance of having an unfavorable trajectory was higher for women who were not Belo Horizonte residents, with lower education, non-white race/color, and who had undergone prenatal care in public healthcare service. The prevalence of reproductive outcomes was similar regardless of the trajectory status, except for vaginal delivery. **Conclusion:** An unfavorable trajectory remains high, and shows weaknesses in the health care services network to guarantee timely and qualified access to pregnant women. However, the care received in the health services outweighs the risks of an unfavorable trajectory.

DESCRIPTORS

Pregnant Women; Parturition; Health Services Accessibility; Health Evaluation; Obstetric Nursing.

Autor correspondente:

Eunice Francisca Martins
Departamento de Enfermagem
Materno-Infantil e Saúde Pública
Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia
CEP 30130-100 – Belo Horizonte, MG, Brasil.
eufam@yahoo.com.br

Recebido: 29/01/2018
Aprovado: 21/08/2018

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as políticas públicas e as ações de saúde para mulheres e crianças foram priorizadas no Brasil, trazendo avanços, em especial a redução da mortalidade materna e infantil⁽¹⁾. Em 2011, um marco importante foi a criação da Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual propõe uma rede de cuidados para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada da gravidez ao puerpério. Entre os objetivos dessa proposta, está a organização da Rede de Atenção à Saúde para a garantia do acesso, acolhimento e resolutividade, com vistas à redução da mortalidade materna e infantil, e o fomento da implementação de um novo modelo de atenção obstétrica e perinatal, baseado nas boas práticas, segurança e respeito aos direitos humanos⁽²⁾.

Dessa forma, a Rede Cegonha reforça o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade de referência para o parto ainda no pré-natal, uma garantia da lei n.º 11.634, sancionada desde 2007⁽³⁾. Cabe ressaltar que essa garantia da referência e continuidade do cuidado tem sido apontada, pela Organização Mundial de Saúde, como uma importante estratégia para melhorar a qualidade e o acesso a serviços de saúde materno-infantis⁽⁴⁾.

Contudo, mesmo com essa garantia legal de referência e cobertura quase universal para o parto hospitalar no Brasil, ainda permanece a dificuldade de acesso das parturientes aos estabelecimentos de saúde, especialmente pela falta de integração entre a atenção ao pré-natal e ao parto⁽¹⁾. Em 2012, essa dificuldade de acesso, no país como um todo, foi de 16,2% segundo dados da pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento”⁽⁵⁾. Diferenças regionais foram constatadas, e o problema identificado em um terço das parturientes adolescentes do Nordeste⁽⁶⁾ e em 12,8% do total de parturientes da região Sudeste⁽⁷⁾. Ademais, a rede de cuidados às gestantes tem sido fragmentada e pouco resolutiva no que diz respeito às responsabilidades dos serviços de saúde no país^(5,8).

A literatura aponta que os principais motivos para as parturientes buscarem atendimento fora do seu domicílio são, especialmente, a falta de leito obstétrico e neonatal, o desejo da própria mulher, incluindo aquelas que buscam atendimento na rede privada, a ausência de atendimento dos partos de risco habitual no município e as demandas por atendimento especializado⁽⁸⁻¹⁰⁾.

A trajetória percorrida pelas gestantes geralmente é marcada por preocupações, sofrimento e incertezas, o que potencializa o risco de intercorrências e mortes maternas e perinatais, uma vez que o atendimento pode ser feito tardiamente^(9,11). Achados de um estudo realizado no Sudão apontou que o acesso inicial a um serviço não resolutivo, especialmente diante de situações de emergência obstétrica e neonatal, retarda o atendimento efetivo e piora os resultados obstétricos em comparação com a indisponibilidade do serviço⁽¹²⁾. No Brasil, dados nacionais apontam que o risco de morte neonatal foi cinco vezes maior em situações de peregrinação da gestante, em relação àquelas que obtiveram atendimento direto⁽⁵⁾. Em Belo Horizonte, estudo sobre

mortalidade perinatal apontou que cerca de 15,0% dos casos de óbitos ocorreram por dificuldade de acesso da gestante à maternidade, além de falhas no processo de assistência⁽¹³⁾.

Desde o ano 2000, a Comissão Perinatal do município de Belo Horizonte estabeleceu fluxo de atendimento à gestante e recém-nascido, baseado no “Mapa de vinculação de gestantes dos Centros de Saúde para as Maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Essa estratégia organizou os serviços em níveis de complexidade crescentes e delimitou áreas geográficas de cobertura à população a ser atendida⁽¹⁴⁾. Na impossibilidade de internação, a maternidade de referência deve avaliar e garantir o transporte seguro a outra maternidade, após a identificação de vaga via Central de Internação do município. Essa estratégia também auxilia os profissionais na vinculação e orientação precisa da gestante na rede de atenção⁽¹⁴⁾.

Diante dos esforços para criar estratégias, investimentos e construção de fluxos de atendimento para assistência obstétrica e neonatal em Belo Horizonte, torna-se importante avaliar a situação da peregrinação da gestante na rede. Apesar dos mecanismos estabelecidos, a peregrinação pode ser um problema remanescente, pois o município também é referência para a região metropolitana por meio da Programação Pactuada e Integrada⁽¹⁵⁾ entre os gestores. Contudo, muitas situações são encaminhadas além do pactuado ou mesmo a gestante busca o serviço por iniciativa própria, considerando a proximidade ou facilidade de acesso, melhor qualidade da atenção e o fato de a maternidade ser “porta aberta”. Essa situação pode sobrecarregar as maternidades locais e dificultar o atendimento no primeiro serviço procurado. Soma-se a isso a lacuna de informações sobre a trajetória das gestantes para a atenção obstétrica no estado de Minas Gerais.

Assim, este estudo objetiva analisar a trajetória percorrida pelas gestantes para assistência ao parto em Belo Horizonte, os fatores relacionados à trajetória desfavorável e seus desfechos reprodutivos. Os resultados obtidos poderão contribuir para o melhor entendimento da situação e, assim, fundamentar políticas públicas de forma a garantir um melhor acesso ao nascimento seguro.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal.

POPULAÇÃO

O estudo utilizou dados provenientes da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre Parto e Nascimento”. Essa pesquisa, de base hospitalar, foi realizada no período de novembro de 2011 a março de 2013 em 11 maternidades do município de Belo Horizonte. Foram incluídos todos os nascimentos vivos, independentemente de peso e idade gestacional, e natimorto com peso superior a 500 gramas e idade gestacional maior que 22 semanas. Foram critérios de exclusão puérperas com distúrbios mentais graves, estrangeiras que não entendiam o português e surdas/mudas. A amostra foi calculada considerando o número de partos de cada instituição, e a coleta de dados realizada de forma

contínua em cada maternidade até completar a amostra. Para este estudo, foi também excluído um caso em que a mulher não declarou o endereço de residência, totalizando 1.087 puérperas.

COLETA DE DADOS

O estudo adotou os mesmos critérios da “Pesquisa Nacional: Inquérito sobre Parto e Nascimento no Brasil”⁽¹⁶⁾. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados um questionário aplicado à puérpera, depois de pelo menos 6 horas após o parto, e um segundo questionário foi preenchido a partir dos registros do prontuário da puérpera e do recém-nascido, após a alta hospitalar de ambos. O questionário materno constituiu-se de perguntas sobre dados sociodemográficas, plano de saúde, condições de saúde, antecedentes obstétricos, assistência pré-natal, admissão no hospital, trabalho de parto, parto, pós-parto e informações sobre o bebê. No prontuário hospitalar, buscaram-se informações da internação, assistência ao trabalho de parto, parto e recém-nascido, além dos desfechos obstétricos e perinatais. As entrevistas foram realizadas por enfermeiros treinados, os dados registrados em *netbooks* e em seguida exportados para um servidor exclusivo.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para investigar a trajetória da parturiente, incluíram-se as variáveis: atendimento em outro hospital antes da internação (sim, não); município de procedência da mulher (Belo Horizonte, outro); tempo gasto para chegar à maternidade (em minutos); tipo de transporte utilizado (carro, ônibus, outro); parto na maternidade de referência (sim, não); motivos para parto fora da maternidade de referência (distância ou difícil acesso, ausência de vagas, outros) e para não internação na maternidade procurada anteriormente (ausência de vagas, falta de profissional, outros). Definiu-se como trajetória desfavorável a busca por atendimento em outra maternidade antes da internação de forma isolada, o município de procedência da mulher ser mais distante que 50 km de Belo Horizonte, o tempo gasto para chegar à maternidade superior a 1 hora e parto não realizado na maternidade de referência.

As demais variáveis de interesse foram as características sociodemográficas: idade, escolaridade, raça/cor, presença de companheiro e categoria de classe econômica; as características da assistência obstétrica: realização do pré-natal e local, número de consultas e orientação quanto à maternidade de referência; e os desfechos reprodutivos: intercorrências no trabalho de parto e parto, tipo de parto, óbito fetal ou neonatal, reanimação em sala de parto, internação em UTI neonatal e prematuridade.

Inicialmente, foi analisada a trajetória das gestantes segundo sua procedência, e calculou-se a prevalência de trajetória desfavorável segundo fatores sociodemográficos e características relacionadas à assistência obstétrica recebida. Em seguida, estimou-se Odds Ratios (OR) com seus intervalos de 95% de confiança (IC95%) para avaliar possíveis fatores associados à trajetória desfavorável, por meio

da regressão logística. Ao final, utilizou-se desse mesmo método para estimar a OR e IC95% da ocorrência de desfechos reprodutivos negativos na presença de trajetória desfavorável. Em todas as análises, foi considerado o nível de significância estatística de 5%. Os dados obtidos foram analisados com auxílio do programa Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version (SPSS), versão 18.0.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), protocolo CAAE – 0246.0.203.000-11, de acordo com a Resolução n.º 466/12, do Ministério da Saúde, e autorizado pelos dirigentes das maternidades participantes. Todas as puérperas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sua identidade preservada.

RESULTADOS

A maioria dos casos estudados foi proveniente do próprio município de Belo Horizonte (672 = 61,8%). O percurso das mulheres não residentes em Belo Horizonte foi de até 50 km para 85,3% delas, e a maior distância percorrida foi de 725 km (dados não mostrados).

O tempo gasto para chegar à maternidade foi de até 30 minutos para a maioria das gestantes residentes em Belo Horizonte e de 30 a 60 minutos para aquelas não residentes. O transporte mais utilizado para o acesso à maternidade foi o carro particular, mas as gestantes não residentes em Belo Horizonte utilizaram com maior frequência a ambulância. Mais de 80,0% das residentes em Belo Horizonte e 63,7% das residentes em outro município tiveram o parto na maternidade de referência. Cerca de 15,0% das residentes em Belo Horizonte e mais que o dobro das mulheres residentes em outros municípios tiveram atendimento em outro hospital antes da internação. Da mesma forma, a trajetória dessas gestantes foi considerada desfavorável para 27,5% das mulheres de Belo Horizonte e para 58,3% das não residentes. Todas essas diferenças foram estatisticamente significativas (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta os motivos relatados pelas puérperas para a não realização do parto na maternidade de referência e para o atendimento em outro hospital antes da internação para o parto. Os principais motivos para a não realização do parto na maternidade de referência foram: ser longe ou de difícil acesso, não gostar do serviço e falta de vaga, sem diferenças para residentes e não residentes em Belo Horizonte. Em relação à busca de mais de um serviço para a internação, o principal motivo foi a falta de vaga, seguido de não estar em trabalho de parto para as mulheres de Belo Horizonte e da falta de médico plantonista para aquelas não residentes.

Observou-se maior chance de ter uma trajetória desfavorável aquelas mulheres com ensino fundamental e médio em relação àquelas com curso superior, da raça/cor diferente da branca e das classes C, D ou E ($p < 0,05$). Não foi observada diferenças segundo a idade ou o estado civil (Tabela 3).

Tabela 1 – Trajetória das gestantes para o parto segundo a procedência – Pesquisa Nascer em Belo Horizonte, 2011 a 2013.

Trajetória das gestantes	Procedente de Belo Horizonte		Valor-p*
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
Tempo gasto para chegar à maternidade			<0,0001
Até 30 minutos	471 (72,7)	158 (39,3)	
31 a 60 minutos	124 (19,2)	135 (33,6)	
61 a 120 minutos	28 (4,3)	53 (13,2)	
121 a 240 minutos	15 (2,3)	27 (6,7)	
> 240 minutos	10 (1,5)	29 (7,2)	
Tipo de transporte utilizado			<0,0001
Carro particular	462 (68,7)	283 (68,2)	
Ônibus/Trem/Van	79 (11,8)	31 (7,5)	
Táxi	65 (9,7)	11 (2,7)	
Ambulância	48 (7,1)	86 (20,7)	
A pé	8 (1,2)	1 (0,2)	
Outro**	10 (1,5)	3 (0,7)	
Parto em maternidade de referência			<0,0001
Sim	416 (80,9)	167 (63,7)	
Não	98 (19,1)	95 (36,3)	
Atendimento em outro hospital antes da internação			<0,0001
Sim	103 (15,3)	143 (34,5)	
Não	569 (84,7)	272 (65,5)	
Trajetória desfavorável			<0,0001
Sim	185 (27,5)	242 (58,3)	
Não	487 (72,5)	173 (41,7)	
Total	672 (61,8)	415 (38,2)	

*Teste qui-quadrado de Pearson; **Carro de polícia, motocicleta e carro da prefeitura.

Tabela 2 – Motivos para o parto fora da maternidade de referência e para a não internação na primeira maternidade procurada – Pesquisa Nascer em Belo Horizonte, 2011 a 2013.

Motivos	Procedente de Belo Horizonte		Valor-p*
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
Parto fora da maternidade de referência			0,090
Distância ou difícil acesso	31 (31,7)	29 (30,5)	
Não gostava do serviço	32 (32,7)	21 (22,1)	
Ausência de vaga	23 (23,5)	18 (19,0)	
Falta de obstetra ou pediatra	3 (3,0)	14 (14,7)	
Urgência	3 (3,0)	4 (4,2)	
Outros	4 (4,1)	5 (5,3)	
Não informado	2(2,0)	4 (4,2)	
Total	98 (100,0)	95 (100,0)	
Não internação na maternidade anterior			<0,0001
Ausência de vaga	48 (46,6)	49 (34,2)	
Não estava em trabalho de parto	30 (29,1)	24 (16,8)	
Hospital sem plantonista médico	8 (7,8)	44 (30,8)	
Referenciada devido à situação de risco	6 (5,8)	15 (10,5)	
Opção da mulher	6 (5,8)	4 (2,8)	
Outros	5 (4,9)	7 (4,9)	
Total	103 (100,0)	143 (100,0)	

*Teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3 – Prevalência, Odds Ratio não ajustados e Intervalos de 95% de confiança da trajetória desfavorável segundo características sociodemográficas – Pesquisa Nascer em Belo Horizonte, 2011 a 2013.

Características Sociodemográficas	Trajetória desfavorável		Valor-p*	OR (IC95%)
	Sim n (%)	Não n (%)		
Idade (anos)			0,039	
Até 19	61 (48,4)	65 (51,6)		1,47 (0,99-2,18)
20-34	304 (39,0)	475 (61,0)		Ref.
35 e mais	62 (34,1)	120 (65,9)		0,81 (0,57-1,15)
Escolaridade			0,002	
Ensino superior	51 (27,3)	136 (72,7)		Ref.
Ensino médio	238 (40,4)	351 (59,6)		1,81 (1,24-2,64)
Ensino fundamental	136 (44,3)	171 (55,7)		2,12 (1,41-3,20)
Nenhuma	01 (33,3)	02 (66,7)		1,33 (0,24-6,16)
Raça/cor			<0,0001	
Branca	80 (28,2)	204 (71,8)		Ref.
Parda/morena/mulata	290 (42,7)	389 (57,3)		1,90 (1,39-2,60)
Preta	39 (43,3)	51 (56,7)		1,95 (1,16-3,28)
Amarela/oriental	18 (52,9)	16 (47,1)		2,87 (1,32-6,26)
Com companheiro			0,085	
Sim	300 (37,7)	495 (62,3)		Ref.
Não	127 (43,5)	165 (56,5)		1,27 (0,96-1,68)
Classe socioeconômica			<0,0001	
A ou B	90 (28,5)	226 (71,5)		Ref.
C	277 (43,5)	360 (56,5)		1,93 (1,43-2,61)
D ou E	60 (44,8)	74 (55,2)		2,04 (1,31-3,16)

* Teste qui-quadrado de Pearson; OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de 95% de confiança.

Observou-se ainda que a quase totalidade das mulheres fez consultas de pré-natal (99,3%), a maioria sete ou mais consultas (89,6%), realizadas no serviço público (58,7%) e também relataram ter recebido orientação quanto à maternidade de referência (71,4%) (dados não mostrados). Em relação a essas características da assistência obstétrica, a prevalência de trajetória desfavorável foi similar ($p > 0,05$), com exceção do local de realização de pré-natal, pois as mulheres que realizaram o pré-natal no serviço público tiveram duas vezes mais chance de ter uma trajetória desfavorável, em relação àquelas assistidas no serviço privado (Tabela 4).

A prevalência de trajetória desfavorável foi superior nos nascimentos ocorridos em maternidades públicas em relação às privadas (OR 2,58; IC95%: 1,95-3,42) (dados não mostrados).

A Tabela 5 apresenta a chance de alguns desfechos reprodutivos quando a trajetória foi desfavorável. Observaram-se prevalências semelhantes para os seis desfechos investigados, independentemente do *status* da trajetória, exceto para o parto vaginal. Neste, quando a trajetória foi desfavorável, teve uma chance de 1,47 (IC95% 1,14-1,88) de ocorrer, quando comparada com aqueles que não tiveram problemas com sua trajetória para o parto.

Tabela 4 – Prevalência, Odds Ratio não ajustados e Intervalos de 95% de Confiança da trajetória desfavorável, segundo características da assistência obstétrica – Pesquisa Nascer em Belo Horizonte, 2011 a 2013.

Características da Assistência obstétrica	Trajetória desfavorável		Valor-p*	OR (IC95%)
	Sim n (%)	Não n (%)		
Realização do pré-natal			0,917	
Sim	424 (39,3)	655 (60,7)		Ref.
Não	03 (37,5)	05 (62,5)		0,93 (0,22– 3,90)
Local de realização do pré-natal			<0,0001	
Privado	115 (29,7)	272 (70,3)		Ref.
Público	284 (44,9)	349 (55,1)		1,92 (1,46-2,54)
Em ambos	25 (42,4)	34 (57,6)		1,74 (0,96-3,16)
Número de consultas de pré-natal			0,153	
7 e mais consultas	373 (38,6)	594 (60,7)		Ref.
Até 6 consultas	51 (45,5)	61 (54,5)		1,33 (0,89-1,97)
Orientada sobre a maternidade referência			0,335	
Sim	312 (40,2)	464 (59,8)		Ref.
Não	115 (37,0)	196 (63,0)		0,87 (0,66 – 1,15)

* Teste qui-quadrado de Pearson; OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de 95% de confiança.

Tabela 5 – Prevalência, OR e IC95% dos desfechos reprodutivos segundo trajetória desfavorável para atenção ao parto – Belo Horizonte, 2011 a 2013.

Trajétória desfavorável	n (%)	OR	IC95%
Intercorrências no TP e parto			
Sim	38 (8,9)	1,27	0,82 – 1,99
Não	47 (7,1)	1	-
Parto vaginal			
Sim	260 (60,9)	1,47	1,14 – 1,88
Não	340 (51,5)	1	-
Óbito fetal/neonatal			
Sim	09 (2,1)	1,76	0,67 – 4,58
Não	08 (1,2)	1	-
Reanimação em sala de parto			
Sim	72 (18,5)	0,85	0,62 – 1,18
Não	119 (21,0)	1	-
Internação UTI neonatal			
Sim	33 (8,5)	1,19	0,74 – 1,92
Não	41 (7,2)	1	-
Prematuridade			
Sim	61 (14,3)	1,45	0,99 – 2,09
Não	68 (10,3)	1	-

OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de 95% de confiança; TP: Tr.

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que a trajetória desfavorável ocorre em pelo menos um a cada quatro nascimentos em Belo Horizonte, de forma mais acentuada para as gestantes provenientes de outros municípios. Essa prevalência é superior aos achados de outros estudos sobre peregrinação da gestante, pois incluiu informações adicionais além da procura por mais de uma maternidade. Ao considerar apenas a peregrinação das gestantes, os resultados das residentes em Belo Horizonte são similares aos dados do Brasil e região Sudeste, porém a situação é mais desfavorável para as não residentes⁽⁷⁾. Esses achados refletem, principalmente, a fragilidade e o despreparo técnico e operacional de alguns municípios da região metropolitana de Belo Horizonte para prestar assistência ao parto e nascimento, mesmo na ausência de risco gestacional. Observa-se, portanto, a necessidade de continuar a construção e regulação das redes de atenção à saúde da gestante entre os municípios, por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI)⁽¹⁵⁾. O estabelecimento de um fluxo efetivo de referência e contrarreferência é fundamental, tendo em vista a alta densidade tecnológica e operacional da rede de assistência perinatal instalada em Belo Horizonte, tanto no âmbito do SUS quanto na saúde suplementar.

Essa transferência para o desconhecido e sem garantias à gestante pode gerar medo e insegurança⁽⁹⁾. Sabe-se que a peregrinação da gestante em trabalho de parto na busca de uma vaga para internação está associada a um aumento dos riscos à saúde da parturiente e do recém-nascido^(5,11,13). Além disso, a falta de um serviço estruturado próximo à residência da gestante favorece o agendamento de cesarianas eletivas, com o intuito de minimizar os transtornos de uma necessidade de deslocamento durante o trabalho de parto⁽¹⁷⁾. Dessa forma, sugere-se que os princípios da PPI,

apesar de ser um instrumento instituído para a Rede SUS, sejam aplicados para organizar a rede de atenção também na saúde suplementar.

Os principais motivos para a trajetória desfavorável apontados pelas gestantes, como falta de vagas, difícil acesso, não gostar do serviço e falta de condições de atendimento são similares a estudos anteriores^(5,10). Cabe ressaltar que a falta de acesso direto à atenção obstétrica contribui para, além dos riscos de morbidade e mortalidade já mencionados, maior ansiedade da gestante e seus familiares, o que interfere na fisiologia do parto e gera insatisfação com a experiência. Isso tem sido entendido como uma forma de violação de direitos da mulher, configurando-se como violência institucional⁽¹¹⁾. Reconhecem-se os esforços advindos das políticas públicas para o enfrentamento desse problema, especialmente os pautados na Rede Cegonha, mas avanços são necessários para superar a fragmentação da rede assistencial dos serviços de saúde⁽¹⁰⁾, construir e monitorar fluxos, processos assistenciais e estruturais para a efetivação dos direitos já assegurados.

A ausência de leito obstétrico no primeiro serviço procurado, como causa prevalente de busca por outra instituição, evidencia uma importante fragilidade dos serviços de saúde que favorece a precarização da assistência obstétrica. Isso pode ser um reflexo da falta de investimentos para a construção de novas maternidades, bem como para a ampliação e adequação daquelas existentes, resultando na dificuldade das unidades hospitalares em acolher as gestantes⁽¹¹⁾. Essa situação de limitação de investimentos afeta de forma particular as maternidades menores, com a falta de equipes para o atendimento, uma realidade muito presente na região metropolitana de Belo Horizonte, ocasionando sobrecarga às instituições da capital. Esse cenário, também observado em outros locais⁽¹⁸⁾, demonstra a inadequação da assistência, contraria o conceito de humanização e os direitos das mulheres à

assistência integral, digna e de qualidade. Reafirma-se que as próprias recomendações da RDC-36/2008, ratificadas pela Rede Cegonha⁽²⁾, impõem a demanda por reformas estruturais nos serviços para atender às proposições de um novo modelo de atenção.

Outro importante motivo encontrado neste estudo para a procura de uma segunda maternidade foi o fato de a gestante não estar em trabalho de parto. Sabe-se que os processos fisiológicos do final da gestação provocam ansiedade e geram expectativa nas mulheres, que acabam por buscar os serviços hospitalares precocemente. Assim, é fundamental orientar as gestantes sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto, um indicador da qualidade de assistência pré-natal que pode contribuir para evitar a peregrinação^(4,9-10).

De modo condizente com a tendência nacional^(1,10), a alta adesão ao pré-natal entre as gestantes residentes e não residentes de Belo Horizonte demonstra que os programas e políticas de saúde desenvolvidos na área da saúde da mulher impactaram positivamente o acesso a esses serviços⁽¹⁾. Contudo, avanços qualitativos na atenção pré-natal são necessários para que todas as ações sejam executadas, como a orientação sobre a maternidade de referência para a assistência ao parto⁽²⁻⁴⁾. Neste estudo, foi elevado o percentual de mulheres que afirmaram não ter recebido essa informação no pré-natal, principalmente aquelas não residentes de Belo Horizonte. Esses achados foram similares a outros estudos, que também confirmaram a inadequação das orientações sobre parto e aleitamento materno no pré-natal⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Deve-se garantir no pré-natal que as orientações e os esclarecimentos às gestantes sejam ofertados de forma que se garanta o número mínimo de consultas, exames laboratoriais e de imagens. Isso reflete, mais uma vez, a fragilidade do serviço em estabelecer um fluxo que garanta a continuidade do cuidado iniciado no pré-natal.

Durante o pré-natal, a presença do profissional enfermeiro, juntamente com uma equipe multiprofissional, pode ser um fator determinante para melhorar a efetividade da assistência e das orientações prestadas⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde⁽²¹⁾ tem reforçado a importância do pré-natal ser um espaço oportuno para, além de salvar, melhorar a vida e a saúde das mulheres mediante uma comunicação e apoio efetivos. Assim, o enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem no pré-natal, desenvolve ações de rastreio, diagnóstico, prevenção de agravos e educativas, as quais favorecem a adaptação da gestante às alterações fisiológicas, o reconhecimento de riscos e a adoção de posturas que propiciam melhores resultados⁽²²⁻²³⁾. Dessa forma, tanto individual como coletivamente a enfermeira deve oportunizar informações sobre os diversos aspectos do cuidado pré-natal, incluindo as questões operacionais de acesso e continuidade da assistência nos diversos níveis da rede de atenção. Outra possibilidade é a enfermeira trabalhar com a comunidade no controle social do SUS, para a garantia da saúde como direito e redução de possíveis iniquidades no acesso aos serviços de saúde.

Nesse sentido, o presente estudo mostrou maior chance de trajetória desfavorável para aquelas mulheres em situação de vulnerabilidade social, dado compartilhado com outros

estudos, nacionais e internacionais^(9,11-12). A condição de pertencer a uma classe social mais baixa, ser das raças parda/morena/mulata, preta, amarela/oriental e com poucos anos de estudo é um estigma social e fator predisponente à anulação da cidadania das mulheres no que diz respeito à falta de acesso aos serviços de saúde⁽¹²⁾. Ainda, essas mulheres, em sua maioria, fazem uso do serviço público de saúde para a realização do pré-natal⁽¹⁰⁾, o que está relacionado com o resultado encontrado, de um número maior de trajetórias desfavoráveis para as gestantes que fizeram o acompanhamento da gestação no SUS. As mulheres do serviço privado têm a possibilidade de agendamento do parto para a garantia da vaga e vivenciam em menor grau a peregrinação anteparto^(10,17).

O fato de o *status* da trajetória das gestantes não ter interferido nos desfechos reprodutivos estudados, com exceção do tipo de parto, pode ser considerado positivo, uma vez que, depois da entrada nos serviços, estes conseguem suprir as demandas não atendidas anteriormente. Esse contexto pode ser um indicador de qualidade das maternidades de Belo Horizonte, alvo há mais de uma década de políticas públicas que visam capacitar as equipes e implementar novos processos assistenciais. Contudo, a garantia de acesso à maternidade deve compor o plano assistencial da gestante, de forma particular para as mulheres em situação de risco obstétrico no pré-natal, visto que para os casos de emergência obstétrica um acesso não resolutivo se configura como maior risco do que a falta de acesso, em virtude do atraso de condutas essenciais para salvar as vidas⁽¹²⁾.

O fato de o parto vaginal ter sido mais frequente entre as mulheres com trajetória desfavorável pode estar relacionado ao tipo de serviços às quais estão vinculadas, as maternidades públicas. No geral, os hospitais particulares no Brasil têm uma alta taxa de partos cirúrgicos⁽²³⁾, e muitas dessas cirurgias eletivas evitam a peregrinação anteparto⁽¹⁷⁾. Ademais, deve-se considerar o desfecho parto vaginal como positivo, o que possivelmente requer melhoria, bem como na condição desse trabalho de parto, que muitas vezes ocorreu em trânsito, sem condições de conforto e segurança adequadas.

Uma possível limitação deste estudo são outros desfechos, não avaliados, como a satisfação das mulheres com o processo de parto e nascimento diante da trajetória desfavorável.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que a trajetória percorrida pelas mulheres para assistência ao parto no município de Belo Horizonte ainda ocorre de forma desfavorável, especialmente entre as residentes da região metropolitana. Esse cenário evidencia fragilidades da rede de serviços de saúde em garantir o acesso oportuno e qualificado e sugere a necessidade de revisar a rede de assistência perinatal pactuada e a organização dos serviços, para suprir as demandas vigentes. Demandas estas nos campos político, da gestão e institucional, as quais impactam os aspectos estruturais e operacionais da rede de atenção à saúde, bem como a vida das mulheres e suas famílias em um momento tão singular de suas vidas.

Finalmente, constata-se a demanda de implementar novos paradigmas assistenciais obstétricos, buscando possibilitar o direito do acesso ao cuidado seguro em prol da saúde da mulher e de seu conceito, de forma prioritária nos municípios da região metropolitana de Belo

Horizonte. Para a manutenção e ampliação de direitos, impõem-se uma atuação política e efetivo controle social, questões nas quais os enfermeiros têm um legado de participação histórica, mas precisam ser reforçadas no atual contexto nacional.

RESUMO

Objetivo: Analisar a trajetória percorrida pelas gestantes para assistência ao parto em Belo Horizonte e sua relação com os desfechos reprodutivos. **Método:** Estudo transversal, que utilizou base de dados de uma pesquisa realizada em Belo Horizonte. As variáveis estudadas foram referentes à trajetória da mulher em busca de atendimento para o parto, às suas características sociais, demográficas e assistenciais e aos desfechos reprodutivos. Estimou-se Odds Ratios com seus intervalos de 95% de confiança para avaliar os fatores associados à trajetória desfavorável e aos desfechos. **Resultados:** Foram estudados 1.087 casos, dos quais 39,3% tiveram trajetória desfavorável. A chance de ter trajetória desfavorável foi maior para mulheres não residentes em Belo Horizonte, com menor escolaridade, da raça/cor não branca e que realizaram o pré-natal no serviço público. A prevalência dos desfechos reprodutivos foi semelhante, independentemente do *status* da trajetória, exceto para parto vaginal. **Conclusão:** A trajetória desfavorável, ainda elevada, evidencia fragilidades da rede de serviços de saúde para garantir acesso oportuno e qualificado às gestantes. Porém, a assistência recebida nos serviços de saúde supera os riscos da trajetória.

DESCRITORES

Gestantes; Parto; Acesso aos Serviços de Saúde; Avaliação em Saúde; Enfermagem Obstétrica.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la trayectoria recorrida por las embarazadas para asistencia al parto en Belo Horizonte y su relación con los resultados reproductivos. **Método:** Estudio transversal, que utilizó la base de datos de una investigación llevada a cabo en Belo Horizonte. Las variables estudiadas fueron referentes a la trayectoria de la mujer en búsqueda de atención al parto, a sus características sociales, demográficas y de asistencia y a los resultados reproductivos. Se estimó Odds Ratios con sus intervalos del 95% de confianza para evaluar los factores asociados con la trayectoria desfavorable y a los resultados. **Resultados:** Fueron estudiados 1.087 casos, de los que el 39,3% tuvieron trayectoria desfavorable. La probabilidad de tener trayectoria desfavorable fue mayor para las mujeres no residentes en Belo Horizonte, con menor escolaridad, de la raza/color no blanco y que realizaron el prenatal en el servicio público. La prevalencia de los resultados reproductivos fue semejante, independientemente del *status* de la trayectoria, excepto para parto vaginal. **Conclusión:** La trayectoria desfavorable, todavía elevada, evidencia fragilidades de la red de servicios sanitarios para asegurar el acceso oportuno y calificado a las gestantes. Sin embargo, la asistencia recibida en los servicios sanitarios supera los riesgos de la trayectoria.

DESCRIPTORES

Mujeres Embarazadas; Parto; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Evaluación en Salud; Enfermería Obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011;377:2042-2053. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60055-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60055-X)
2. Brasil. Portaria n. 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS- a Rede Cegonha [Internet]. Brasília, 25 jun. 2011 [citado 2018 jan. 21]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
3. Brasil. Lei n. 11.634 de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2018 jan. 21]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm
4. World Health Organization. Standards for Maternal and Neonatal Care. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC) [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2018 Jan 21]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/en/
5. Furtado EZL, Gomes KRO, Gama SGN. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 11];50:23. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005396.pdf
6. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Supl. 1):192-207. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>
7. Diniz CSG, Batista LE, Kalckmann LE, Schlithz AOC, Queiroz MR, Carvalho PCA. Sociodemographic inequalities and maternity care of puerperae in Southeastern Brazil, according to skin color: data from the Birth in Brazil national survey (2011-2012). *Saúde Soc*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 28];25(3):561-572. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00561.pdf>
8. Silva RM, Costa MS, Matsue RY, Sousa GS, Catrib AMF, Vieira LJES. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. *Cien Saúde Coletiva*. 2012;17(3):635-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300009>
9. Serruya SJ. A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(12):531-5.
10. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme-Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014;30 Supl 1:85-100. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
11. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc Anna Nery*. 2015;19(4):614-620. DOI: 10.5935/1414-8145.20150082

12. Elmusharaf K, Byrne E, AbuAgla A, AbdelRahim A, Manandhar M, Sondorp E, et al. Patterns and determinants of pathways to reach comprehensive emergency obstetric and neonatal care (CEmONC) in South Sudan: qualitative diagrammatic pathway analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:278. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1463-9>
13. Martins EF, Rezende EM, Souza KV, Lana FCF. Óbitos perinatais investigados: características e falhas na assistência ao parto. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [citado 2018 fev. 18];17(1):38-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/06.pdf>
14. Lansky S. Gestão de qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. *Rev Tempus Actas Saúde Col* [Internet]. 2010 [citado 2018 fev. 10];4(4):191-9. Disponível em: <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/846/809>
15. Brasil. Portaria n. 1097, 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2018 fev. 10]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>
16. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Supl.1:549-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00176013>
17. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):336-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000430014>
18. Assunção MF, Soares RC, Serrano I. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde. *Serv Soc Rev*. 2014;16(2):5-35. DOI: 10.5433/1679-4842.2014v16n2p5.
19. Rodrigues AP, Padoin SMM, Guido LA, Lopes LFD. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. *Esc Anna Nery*. 2014;18(2):257-261. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140037>
20. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2015 [citado 2018 maio 01];37(3):140-7. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/>
21. World Health Organization. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016 [cited 2018 Feb 10]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
22. Liu L, Coenen A, Tao H, Jansen KR, Jiang AL. Developing a prenatal nursing care International Classification for Nursing Practice catalogue. *Int Nurs Rev*. 2017;64(3):371-8. DOI: 10.1111/inr.12325
23. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2018 mar. 15];30 Supl.1:S101-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>

Apoio financeiro

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).
Chamada Pública, Edital n. 20/2010, Processo n. 402369/2010-6.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.