

## Itinerário terapêutico: a busca por cuidados de mães cujos filhos faleceram com menos de um ano

Therapeutic rout: the search for care of mothers whose children have died less than a year

La ruta terapéutica: la búsqueda de las madres lactantes cuyos hijos murieron en menos de un año

*Daniel Moreira Paes Landim<sup>1</sup>, Sued Sheila Sarmiento<sup>2</sup>, Cláudio Claudino da Silva Filho<sup>3</sup>, Nayara Mendes Cruz<sup>4</sup>, Laisla Alves Moura<sup>5</sup> e Lucia Marisy Souza Ribeiro Oliveira<sup>6</sup>*

### Como citar este artigo:

Landim DMP; Sarmiento SS; Filho CCS; et al. Itinerário terapêutico: a busca por cuidados de mães cujos filhos faleceram com menos de um ano. Care Online. 2016 jul/set; 8(3):4803-4812. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4803-4812>

### ABSTRACT

**Objective:** recognizing the care trajectories of mothers whose children have died less than a year. **Methods:** this was a qualitative study conducted with pregnant women who reported fetal or neonatal death during the year 2012 in the countryside of Bahia municipality. To collect data, we used the in-depth interview and analysis content analysis technique proposed by Bardin. **Results:** one can see the clutter on the network of health care of women with predominance of dehumanization traits and difficulty by professionals in continuing care in other levels of care. **Conclusions:** the study of the care trajectories revealed itself as a tool of therapeutic rout invaluable to assess the functioning of health care networks, making visible successes and difficulties presented in the context of care to pregnant women.

**Descriptors:** patient acceptance of health care; pregnant women; health care.

<sup>1</sup> Especialização em Saúde da Família pela Fundação Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina PE.

<sup>2</sup> Especialista em obstetrícia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professor Assistente da UNIVASF, Petrolina PE.

<sup>3</sup> Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor Assistente da Universidade Federal de Fronteira Sul (UFFS), Chapecó-SC.

<sup>4</sup> Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ciências Biológicas da Universidade Federal do Vale do São Francisco-UNIVASF, Petrolina PE.

<sup>5</sup> Mestre em Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal-RN.

<sup>6</sup> PhD em Desenvolvimento Social e Ambiental pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Professor Permanente do Programa de Pós graduação Interdisciplinar de Saúde e Ciências Biológicas da Universidade Federal do Vale do São Francisco-UNIVASF, Petrolina PE.

## RESUMO

**Objetivo:** conhecer as trajetórias assistenciais de mães cujos filhos faleceram com menos de um ano. **Métodos:** tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado com gestantes que referiram óbito fetal ou neonatal durante o ano de 2012 num município do interior da Bahia. Para a coleta de dados utilizou-se da entrevista em profundidade e para análise a técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** pode-se perceber a desorganização na rede de atenção à saúde da mulher com predominância de traços de desumanização e dificuldade por parte dos profissionais em dar continuidade ao cuidado em outros níveis de atenção. **Conclusão:** o estudo das trajetórias assistenciais revelou-se como uma ferramenta do itinerário terapêutico inestimável para avaliar o funcionamento de redes de atenção à saúde, tornando visíveis acertos e dificuldades apresentados no âmbito da assistência prestada à gestante.

**Descritores:** comportamento de procura de cuidados de saúde; gestantes; assistência à saúde.

## RESUMEN

**Objetivo:** conocer las trayectorias de atención de las madres cuyos hijos murieron en menos de un año. **Métodos:** este fue un estudio cualitativo realizado con las mujeres embarazadas que informaron de la muerte fetal o neonatal durante el año 2012 en el interior del municipio de Bahía. Para recopilar los datos, se utilizó la técnica de análisis de contenido de la entrevista en profundidad. **Resultados:** uno puede ver el desorden en la red de atención de salud de las mujeres con predominio de rasgos de la deshumanización y la dificultad de profesionales de atención continua en otros niveles de atención. **Conclusiones:** el estudio de las trayectorias de atención se reveló como una herramienta de itinerario terapéutico de gran valor para evaluar el funcionamiento de las redes de atención de salud, haciendo visibles los éxitos y las dificultades que se presentan en el contexto de la atención a las mujeres embarazadas.

**Descriptors:** aceptación de la atención de salud; mujeres embarazadas; prestación de atención de salud.

## INTRODUÇÃO

O Brasil vem reduzindo o coeficiente de mortalidade infantil desde o final da década de 1980, em função do aumento do nível educacional da população, redução da taxa de fecundidade, intervenções ambientais, melhoria nutricional e progressos na qualidade e no acesso aos serviços de saúde, o que reflete a maior e melhor capacidade de cuidar e atender ao recém-nascido.<sup>1</sup>

Neste contexto, o cuidado apropriado ao recém-nascido tem se configurado como um dos desafios para a diminuição das taxas de mortalidade infantil no Brasil, haja vista sua contribuição no desenvolvimento e crescimento saudáveis, bem como no controle e prevenção de enfermidades e danos.<sup>1</sup>

Contudo, estudos acerca dos itinerários terapêuticos demonstram a importância das experiências vivenciadas pelos sujeitos nos processos de adoecimento e para a multiplicidade de trajetórias e escolhas existentes nesse processo. A compreensão sobre como os indivíduos e os grupos sociais constroem seus itinerários terapêuticos é essencial para nortear as novas práticas em saúde.<sup>2</sup>

Ao considerar a diversidade de definições atribuídas, este estudo considerou o seguinte conceito de itinerário terapêutico: movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde. Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objetivo o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória.<sup>3</sup> Este elemento constitutivo ou noção fundante, envolve práticas de saúde socioculturais e individuais, empreendidas nos caminhos percorridos pelos indivíduos na busca de cuidados terapêuticos para a solução de seus problemas.<sup>4</sup> Diante disso, questionou-se: Quais as trajetórias assistenciais de mães cujos filhos faleceram com menos de um ano?

Reconhecendo-se a relevância de estudos que buscam apresentar a trajetória elaborada pelo usuário e sua família no processo saúde doença, e com isso identificar as dificuldades, obstáculos, adversidades e potencialidades do acesso aos serviços de saúde da Rede de atenção à saúde materno-infantil estudada, objetivou-se com este estudo conhecer as trajetórias assistenciais de mães cujos filhos faleceram com menos de um ano.

## MÉTODOS

Tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado com gestantes que referiram óbito fetal ou neonatal durante o ano de 2012. Esse método permite colher informações sobre a história, às relações e as percepções dos sujeitos acerca de um fenômeno.<sup>5</sup>

Para ser incluída na pesquisa a mulher precisava que o falecimento do filho ocorresse em uma das faixas etárias de mortalidade neonatal: óbito neonatal precoce (em menos de 07 dias); óbito neonatal tardio (entre 07 e 28 dias); e óbito pós-neonatal (entre 28 dias e 01 ano incompleto); ou ser configurado com óbito fetal. Colaboraram com o estudo seis mulheres, a seleção das participantes foi realizada no Comitê de Mortalidade Materno Infantil do município lócus desse estudo. Nesse departamento são estudados os casos de mortalidade materna e infantil ocorridas no município.

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista em profundidade por meio da gravação de áudio, que busca recolher respostas a partir da experiência subjetiva de uma fonte, selecionada por deter informações que se deseja conhecer.<sup>6</sup> As entrevistas foram realizadas durante encontros previamente agendados por intermédio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tão logo os sujeitos aceitassem participar da pesquisa e concordassem em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas (CEDEP) da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) sob o nº de protocolo 0016/121212, respeitando os aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, dentre os quais: princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. As entrevistadas

não foram expostas a riscos físicos e/ou psicológicos, e tiveram plena liberdade para se recusar a participar ou desistir em qualquer etapa da pesquisa, retirando seu consentimento sem penalização alguma.<sup>7</sup> Além disso, foi garantida a confidencialidade das informações, sendo os sujeitos identificados com o codinome Mater que significa figura feminina socialmente incumbida de desempenhar o papel de mãe, genitora. Cada mãe foi identificada com letras do alfabeto ordenadas de A até L.

Os dados obtidos na pesquisa foram analisados através da Técnica de Análise de Conteúdo<sup>8</sup> e compreendeu três etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento através de interpretações. A partir desse processo, buscou-se categorizar os dados, e assim possibilitou o surgimento da “Tecendo reflexões acerca do itinerário terapêutico como prática avaliativa da integralidade em saúde” e duas subcategorias: adversidades no acesso aos serviços de saúde e adversidades no acesso e também na qualidade da assistência na rede de atenção a saúde materno-infantil.

## RESULTADOS

### Rede de atenção a saúde materno-infantil

Primeiramente, faz-se necessário detalhar como se dá o funcionamento da rede de atenção à parturiente nos diversos segmentos de complexidade, no local escolhido para a realização desta pesquisa.

Deste modo, sabe-se que o município de Juazeiro é considerado um pólo de desenvolvimento da Macrorregião Norte do Estado da Bahia, juntamente com o município de Petrolina estado de Pernambuco, cidade vizinha, forma a Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Pólo Petrolina/PE e Juazeiro/BA (RIDE), criada em 19 de setembro de 2001 através da Lei Complementar nº 113, com o objetivo de articular e as ações administrativas da União, dos estados e dos municípios na promoção de projetos que visem à dinamização econômica e provisão de infraestruturas necessárias ao desenvolvimento em escala regional.<sup>9</sup>

Diante desse cenário, ao longo das trajetórias assistenciais apresentadas, serão apontados serviços de saúde de ambos os municípios, em uma rede de arranjo bastante peculiar. Os serviços públicos de saúde utilizados no município de Juazeiro foram: Unidades de Saúde da Família; Unidade de Saúde da Família, de referência em pré-natal de alto risco; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Maternidade Municipal de Juazeiro; e Hospital da Criança de Juazeiro. Em Petrolina o serviço público utilizado foi o Hospital Dom Malan, serviço de referência obstétrica de alto risco na região. Também, foi constantemente percebida referência a realização de exames de ultrassonografia em serviços particulares, pela dificuldade de acesso encontrada pelas mulheres na obtenção do exame, a partir do sistema público. Em proporção pouco significativa, foram realiza-

dos exames laboratoriais de rotina e consultas médicas em serviços privados.

### Tecendo reflexões acerca do itinerário terapêutico como prática avaliativa da integralidade em saúde

O itinerário terapêutico consiste em um fenômeno complexo, envolvendo diversas variáveis e circunstâncias. Esses caminhos de busca por cuidado se construíram imprescindivelmente a partir de concepções que se estabeleceram sobre diversos tratamentos para suprir uma infinidade de demandas por saúde, ao se acessarem variados Sistemas de Cuidado à Saúde.

Nesta pesquisa assumiu-se o itinerário terapêutico como uma prática avaliativa, centrada no usuário, valorizando contribuições à ótica daqueles que buscam e vivenciam o cuidado, a organização dos serviços de saúde e a resolutividade de suas demandas.<sup>3</sup>


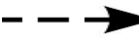




Contudo, é importante deixar claro que a intenção dessa pesquisa é sistematizar e tecer reflexões acerca de achados encontrados ao longo das trajetórias assistenciais, que apesar de suscitar repercussões com inferências avaliativas não tem a pretensão de julgar de forma absoluta falhas, tão pouco atribuir culpa a profissionais, instituições ou gestão dos serviços de saúde.

Serão utilizadas representações gráficas para proporcionar melhor visualização das trajetórias assistenciais das mães na busca por cuidados para si e para os filhos menores de um ano, ao longo da rede de atenção à saúde materno-infantil. Essas representações não têm o objetivo de retratar todos os momentos de busca por cuidado nos serviços, mas sim os percursos, progressivamente, delineados na trajetória assistenciais.

No ensejo da explicação das trajetórias serão apresentadas informações importantes e contextuais de cada caso, com destaque especial para a existência de deficiências no acesso e/ou na qualidade da assistência prestada nos diferentes serviços de saúde, e, para os percursos que deveriam ser empreendidos, mas não aconteceram por diversos motivos.

A seguir expõe-se legenda padrão para interpretação das trajetórias assistenciais apresentadas.

**Quadro 01:** legenda padrão das representações gráficas das trajetórias assistenciais na linha de atenção à saúde materno-infantil.

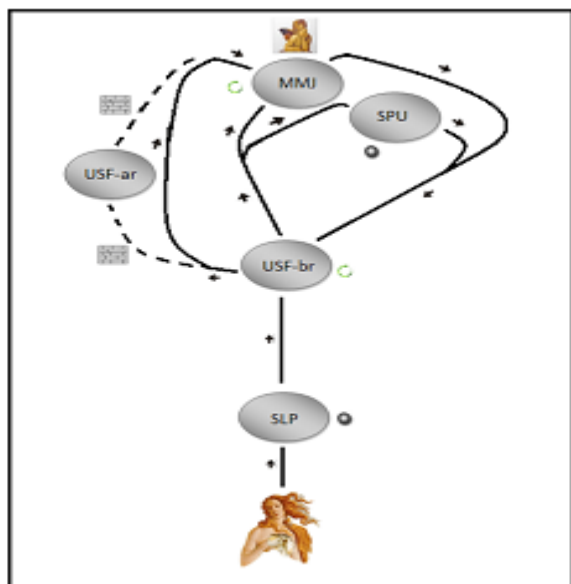
	Trajетória percorrida
	Percurso que deveria ser percorrido
	Indícios de dificuldade no acesso ao serviço
	Indícios de deficiência na assistência
	Cuidados continuados no serviço
	Cuidados pontuais no serviço

CPGO	Clínica particular de ginecologia e obstetria
HCI	Hospital da Criança de Juazeiro
HDM-a	Hospital Dom Malan (Ambulatório)
HDM-m	Hospital Dom Malan (Maternidade)
HPP	Hospital Privado de Petrolina
MMJ	Maternidade Municipal de Juazeiro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
USF-br	Unidade de Saúde da Família, pré-natal de baixo risco
USF-ar	Unidade de Saúde da Família, pré-natal de alto risco
SLP	Serviço laboratorial privado
SPU	Serviço privado de ultrassonografia

### Adversidades no acesso aos serviços de saúde

Apresentaremos a trajetória assistencial de Mater A, discorrendo acerca da falta de acesso no cuidado pré-natal, como um ponto a ser refletido em prol do funcionamento adequado da rede de atenção materno-infantil do município lócus desse estudo.

**Figura 01:** representação gráfica da trajetória assistencial de Mater A.



Logo após a descoberta da gravidez, Mater A, procurou imediatamente os cuidados pré-natais na USF do seu bairro, onde recebeu cuidados básicos, continuados, e realizou exames laboratoriais. As ultrassonografias eram realizadas na MMJ e, por oferta restrita desse serviço na rede básica, eram

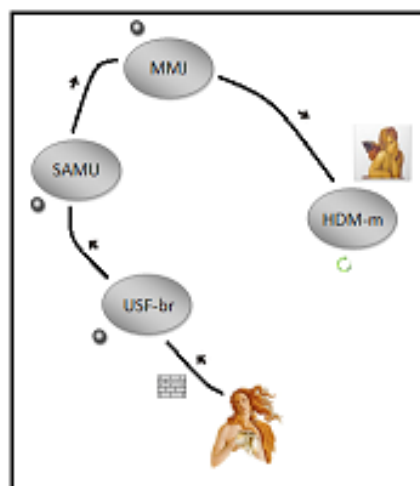
também realizadas em serviço privado. No ensejo da realização de ultrassonografia, com seis meses de gestação na MMJ, Mater A, foi alertada pelo médico que sua gravidez era considerada de risco, sendo, portanto, reencaminhada para USF, porta de entrada e reguladora para serviços especializados, para que então tivesse acesso ao fluxo assistencial do pré-natal de alto risco. Contudo, não teve acesso aos cuidados de alto risco por que a médica do serviço de referência estava de férias e não houve substituição por outro profissional. O serviço ficou “descoberto”, cuidados especializados deixaram de ser prestados e a integralidade da atenção foi comprometida.

*O médico falou pra mim que a minha gravidez era de risco e que era pra eu procurar o pessoal do posto. Ai eu fui, na época a médica estava de férias. Ai meu marido me levou pra Maternidade. Eu já tava completando seis meses. (Mater A)*

Mater A, só teve consulta marcada para o serviço de pré-natal de alto risco, com oito meses gestação, no entanto não chegou a ser atendida, pois pariu antes da data marcada. Pariu na MMJ através de parto vaginal, sem dificuldade, mas a criança já nasceu sem vida.

Outra vertente encontrada acerca da dificuldade no acesso das gestantes aos serviços foi o elemento conduta profissional, na prestação do cuidado, como apresentou-se de forma bem clara e alarmante na trajetória assistencial percorrida por Mater B, ilustrada através da representação gráfica a seguir:

**Figura 02:** representação gráfica da trajetória assistencial de Mater B.



Com dois meses de gestação, Mater B apresentou alguns sinais e sintomas de gravidez, então procurou a USF de seu bairro para descobrir se estava grávida e posteriormente realizar os cuidados pré-natais.

Entretanto, durante os sete meses que esteve grávida realizou apenas duas consultas pré-natais. Esse padrão de com-



portamento foi determinado pela profissional que conduziu seu pré-natal, ao condicionar de forma rígida a realização das consultas pela paciente à apresentação de resultados e exames solicitados para a gestante, em consulta anterior.

No contexto do relato, na primeira consulta pré-natal que a paciente realizou, aos dois meses de gestação, a profissional solicitou os exames de rotina e uma ultrassonografia. Mater B, somente pôde realizar a consulta subsequente quando estava com os resultados desses exames aos quatro meses de gestação.

Na segunda consulta realizada, também, procedeu-se o mesmo modus operandi, foram solicitados outros exames e uma ultrassonografia e orientou-se que a paciente retornasse para consulta subsequente quando estivesse com o resultado desse exame. O que não chegou a se concretizar, pois Mater B pariu antes que isso fosse possível.

Ao apresentar um sangramento, Mater B, moveu-se para a MMJ através do SAMU e, de forma subsequente, foi transferida para o HDM.

*Não. Eu fui ter ela a tarde e passei a noite todinha. E fui ao hospital pela manhã. [...] Fui direto pro hospital por que a menina já tava pra nascer. [...] Ai nisso foi quando eu senti o sangramento, eu disse: olha, eu vou perder o bebê, parece. [...] ligou para o SAMU, me levou pra a Maternidade. De lá disse: Você vai ter sua filha pré-matura, transferiram para o Dom Malan e lá eu tive a criança. (Mater B)*

Percebe-se na trajetória uma inversão na modalidade do cuidado que deveria ser prestado na USF, que foi marcadamente pontual e tecnicista não exercendo o cuidado contínuo a que o pré-natal necessita.

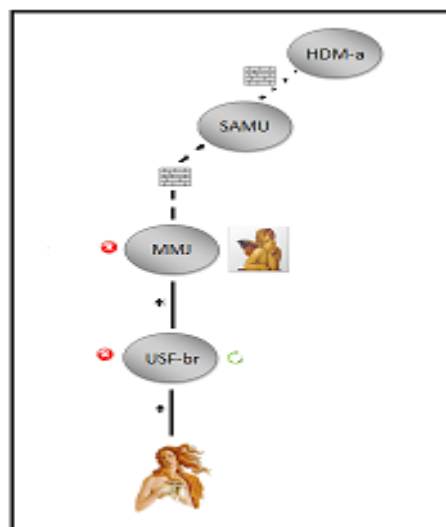
Identificou-se que Mater B recebeu mais cuidados no serviço hospitalar do que na atenção básica o que vem na contramão do que as políticas públicas de saúde preconizam.

### **Adversidades no acesso e também na qualidade da assistência na rede de atenção à saúde materno-infantil**

As trajetórias apresentadas a seguir exemplificam situações de deficiência tanto no acesso aos serviços como na qualidade da assistência prestada, interferindo, portanto, negativamente na saúde do binômio mãe-filho, com culminância em óbito neonatal.

A seguir expõe-se representação gráfica da trajetória assistencial de Mater C.

**Figura 03:** representação gráfica da trajetória assistencial de Mater C.



Mater C descobriu que estava grávida a partir da confirmação após realização de exame de ultrassonografia. Desde então buscou cuidados pré-natais na USF de seu bairro, que ocorreram de forma contínua.

Ao longo da gestação apresentou infecção urinária que foi tratada na USF de forma ineficaz e posteriormente teve como desfecho: trabalho de parto prematuro (TPP).

*Deu infecção no exame. Ele (o médico) não passou nenhum comprimido, só uma pomada e também eu perdi líquido. (Mater C)*

Não se põe em análise no estudo as características medicamentosas adotadas no tratamento da infecção urinária, mas sim que o cuidado empreendido na cura da afecção não foi eficaz.

Já com quase seis meses de gestação, Mater C começou a sentir cólica e perda de líquido amniótico, contudo, não entendeu que se tratava de um trabalho de parto e demorou bastante para procurar ajuda na Maternidade. Na instituição também demorou muito para receber os atendimentos iniciais, o que agravou ainda mais a situação.

Depois que recebeu atendimento na MMJ seria encaminhada para o HDM, via SAMU, pois seu filho nasceria pré-maturo e na MMJ não tinha UTI neonatal. No entanto, apesar da ambulância do SAMU ter chegado a Maternidade para transportar Mater C para o HDM este trajeto não se concretizou por que a ambulância foi redirecionada para atender a um acidente que havia acabado de ocorrer.

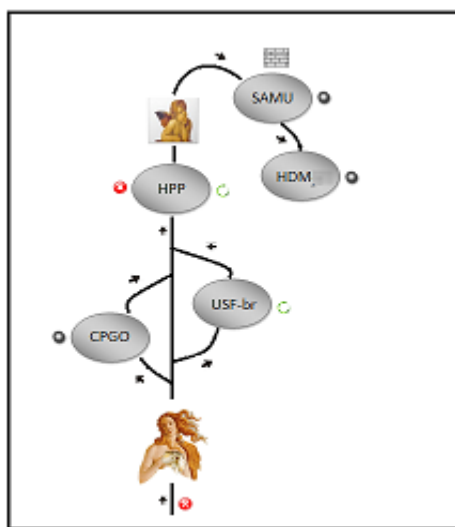
*Antes do menino nascer, eles disseram pra eu esperar o SAMU. Quando o SAMU chegou lá disseram que não iam me levar por que aconteceu um acidente e eles tinham que ir socorrer uma pessoa. (Mater C)*

Mater C, ainda revelou que foi escasso o atendimento que recebeu na Maternidade e que por falta de orientação a criança por pouco não caiu no vaso sanitário na hora do parto. Seu filho morreu com poucas horas de vida.

Somente depois de internada na MMJ, Mater C descobriu que possuía fator sanguíneo Rh negativo, diferente do marido que era positivo. E, ainda ficou internada cerca de quatro dias na Maternidade esperando chegar na instituição imunoglobulina para terapêutica de casos relacionados à doença hemolítica por incompatibilidade Rh.

A trajetória assistencial de Mater D, representada na figura 04, também oportuniza ricas reflexões sobre qualidade da assistência.

**Figura 04:** representação gráfica da trajetória assistencial de Mater D.



Mater D, teve gravidez saudável e foi bastante assídua aos cuidados maternos. Ao sentir dores e contrações que aumentavam progressivamente, procurou o HPP onde pariu.

Relata que seu parto aconteceu de forma muito rápida, e que os profissionais não levaram em consideração questões subjetivas e emocionais do fenômeno do parto, momento que foi essencialmente tecnicista.

Segundo Mater D, o recém-nascido foi atendido por pediatra que realizou exame físico na criança, incluindo a ausculta pulmonar e atestou que a criança estava saudável e não apresentava nenhum problema. Apesar de o recém-nascido ter aspirado quantidade considerável de mecônio durante o procedimento do parto.

*Quando foi no outro dia a Pediatra veio. [...] Ela botou o aparelho no pulmão do menino, tirou a roupa, tudo, tudo, tirou a roupa, fez o exercício nas perninhas e disse: mãe o seu bebê tá ótimo, ele já está de alta (Choro...). (Mater D)*

Mater D, chegou a ir para casa com a criança, mas retornou ainda com a criança para o HPP por duas vezes, ficando o filho internado nessa segunda ocasião. Nesse segundo momento, algumas circunstâncias levam à inferência de que houve no atendimento subestimação do estado de saúde da criança e/ou uma tentativa de amenização do problema que o recém-nascido apresentava perante a mãe.

*Levei ele, quando chegou lá ela disse: Não mãe, com febre ele tá, mas ele não tem nada não. Botou o aparelho no peito do menino e disse que ele não tinha nada. Quando a Pediatra voltou, ela falou: o peito dele está chiando demais, ele engoliu muito mecônio. (Mater D)*

*Quando foi no outro dia fizeram exame de sangue e exame de urina, aí falaram: não mãe, ele não tem nada não, ele só está com uma infecçõzinha. (Mater D)*

Esse clima de obscuridade do que realmente estava acontecendo e a minimização da gravidade do estado de saúde da criança gerou em Mater D grande indignação e revolta depois que soube bruscamente o que de fato estava acontecendo.

*E foi só negligência médica, não tem como ele ter morrido não, ele era saudável, saudável. Por que assim, não é que eu quisesse que ele fosse saudável, os exames mostraram. (Mater D)*

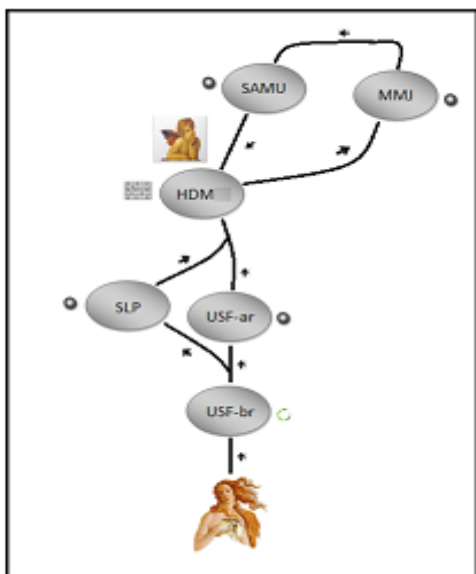
A criança precisava com urgência ser transferida para a UTI neonatal do HDM, no entanto houve certa dificuldade para ter acesso ao serviço do SAMU e certo desacerto quanto a utilização do equipamento apropriado para realização do transporte, o que prolongou o tempo para que a criança fosse internada no serviço mais adequado para suas necessidades de saúde.

*Ai eu vi que ele estava tão ruim já que eu disse assim: vamos tirar ele mesmo assim? Como eu estou vendo que eles não estão tomando nenhuma providência eu vou tira ele pela minha própria vontade, vamos tirar ele. Se já está morrendo mesmo vamos tirar ele, vamos ver o que vai acontecer. Ai quando foi pra tirar ele, falaram: não, não tire agora não que o SAMU já chegou. O SAMU que veio não veio com balão de oxigênio, depois chegou a ambulância com o oxigênio. Depois liberou pro Dom Malan. (Mater D)*

No HDM a criança foi atendida e internada na UTI, mas faleceu vítima de septicemia.

Na trajetória de Mater E, Figura 05, seguiu-se fluxo harmonioso e sem indícios de problemas no acesso e na qualidade da assistência prestada, até o momento do parto. Iniciou o pré-natal através da atenção básica na USF do bairro e com três meses ao fazer exame de ultrassonografia em SLP descobriu que a criança apresentava hidrocefalia. E, a partir dessa descoberta recebeu assistência pré-natal de alto risco, de forma bastante acessível.

**Figura 05:** representação gráfica da trajetória assistencial de Mater E.



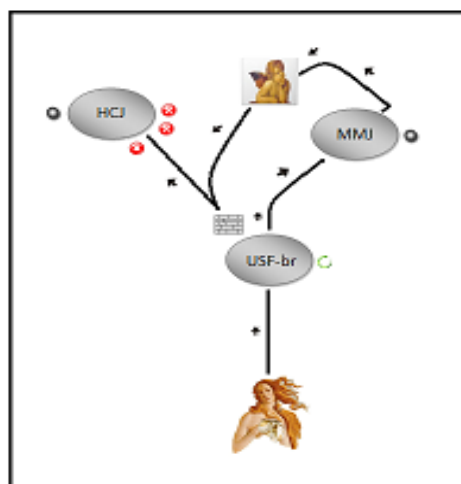
Os indícios de deficiência no acesso ocorreram, especificamente, no HDM. Assim que sentiu as dores do parto deslocou-se para o HDM em Petrolina em busca de atendimento. No entanto, não foi atendida no hospital por alegação de que o serviço estava cheio de pacientes.

Não foi levado em consideração o risco que sua gestação apresentava, tão pouco que a MMJ não poderia prestar-lhes cuidados com a qualidade e segurança que precisava. Sendo que a referência para atenção ao parto de alto risco na região é o HDM.

Como resultado da conduta adotada ao ser atendida na MMJ percebeu-se que não haveria condições de realizar o parto na instituição e foi preciso transferi-la para o HDM. Porém, a criança não resistiu e morreu poucas horas após o parto.

A trajetória assistencial de Mater F, exposta na figura 06, também suscita reflexões acerca do acesso e, mais pronunciadamente, da qualidade da assistência que acontecem na atenção à criança.

**Figura 06:** Representação gráfica da trajetória assistencial de Mater F.



Durante essa trajetória não se exibiram problemas de saúde com a mãe ou indícios de dificuldade no acesso e na assistência prestada durante o pré-natal, na USF do bairro, tão pouco na MMJ durante o parto.

*Eu ia todo mês ao posto passar pela médica. Marcava a consulta e eu ia, agendava para ela. [...] Perguntava como estava, olhava o bebê, olhava o coração do bebê, se tava tudo bem. [...] aconteceu tudo certo, não aconteceu nada comigo. (Mater F)*

No dia seguinte ao parto, mãe e filho receberam alta hospitalar e retornaram para casa. A criança nasceu saudável e permaneceu hígida no domicílio ainda por 28 dias, quando começou a apresentar adocimento.

*Por que ela estava mudando de cor, estava ficando amarelinha, estava molinha, os olhinhos doendo, deu febre, dor de ouvido. (Mater F)*

Com o reconhecimento da doença da filha pela família, buscaram atendimento para a criança na USF do bairro, mas o serviço estava sem profissional médico, por consequência o atendimento às doenças infantis não estava acontecendo no serviço.

Orientados por funcionário da USF, então, procuraram atendimento por conta própria no HCJ. O atendimento da criança no hospital foi considerado pela mãe bastante deficiente e ineficaz. Conforme relato, houve sérias falhas na assistência, com um desfecho de caso grave.

*Eu achei muito ruim, não atende as pessoas direito. [...] Pra mim não tava resolvendo não, fez foi piorar. Comprei dois remédios para ela, fez foi piorar a menina. Foi*

*ficando amarela, foi ficando mole. (Mater F)*

Durante três dias consecutivos levaram a criança para o HCJ em um contexto de piora progressiva do estado de saúde da criança, que não recebeu internamento.

Conforme as avaliações médicas, a menina não apresentava risco à saúde, e, a conduta que manteve por dois dias consecutivos foi: uso de medicamentos prescritos e retorno à instituição caso não houvesse melhora. Resultado, na terceira vez consecutiva que buscava cuidados na instituição a criança faleceu na porta do hospital.

*Ele não quis internar minha filha. Da outra vez, também foi a mesma coisa, não quis internar. [...] Os médicos não quiseram atender, não quiseram internar ela. Ela chegou e morreu na porta do hospital. [...] Dizia que ela não estava sentindo nada e mandava voltar. [...] Ai disse que ela não tinha nada e que era pra voltar pra casa, e, se piorasse voltasse para o hospital. Foram uns três dias levando ela pro hospital! Todo dia. (Mater F)*

Depreende-se com certa segurança, a partir do que foi relato pela mãe, que a forma como o caso foi assistido e conduzido gerou danos à criança.

Chamou atenção na trajetória outro ponto digno de nota, ao descer do ônibus na porta do HCJ a mãe constatou que a criança estava morta, mas ficou atônita e paralisada, e, não teve atitude de entrar na instituição em busca de ajuda, num momento conturbado de sentimentos de revolta, indignação e descrédito com a assistência prestada no hospital.

*Foi na porta do hospital. Chegou morta lá nos meus braços. [...] Na porta do hospital, quando tirei o pano do rosto ela estava morta. [...] Ela morreu nos meus braços lá na porta e eu trouxe ela pra casa. Nem entrei! Só esperei o pai dela chegar e voltei para casa. [...] como vou pensar em entrar com a menina morta? Eles não fizeram nada com ela viva, iam fazer o que com ela morta? Fiquei desesperada por que perdi minha filha e até hoje eu penso nela. Por que parir não é fácil e pra perder, também, não é fácil. Muito revoltada. (Mater F)*

## DISCUSSÃO

Observaram-se nesse estudo adversidades da rede de atenção à saúde materno-infantil estudada, tanto relacionada à qualidade do atendimento, quanto à dificuldade no acesso das gestantes aos diversos serviços, como pré-natal de alto risco, médicos especialistas, exames, atendimentos de urgências, entre outros, o que implicou inevitavelmente em prejuízos na integralidade da atenção.

A integralidade da atenção está baseada nas ações de promoção; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; e da garantia de atendimento nos três níveis de complexidade, constituindo-se como um dos pilares do sistema de saúde.<sup>10</sup> Deste modo, os serviços e sistemas de saúde precisam entrar em maior sintonia com as reais necessidades das pessoas sendo necessário organizar a rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência, possibilitando assim, o cumprimento de um dos princípios dos SUS, que é a integralidade.<sup>11</sup>

É importante refletir que dificuldades no acesso a serviços, não raramente, implicam em diminuição da qualidade da atenção prestada ao indivíduo ao longo de sua trajetória em busca por cuidados. Nessa perspectiva, há evidências de que os níveis de mortalidade materna e perinatal recebem influencia das condições de vida e da qualidade da assistência pré-natal e obstétrica proporcionada.<sup>12</sup>

Assim, é necessário que se assegure da qualidade da atenção pré-natal ampliando a acessibilidade e esse cuidado, o que inclui orientações recebidas, número de consultas realizadas, início do pré-natal, aumento na oferta de serviços de saúde, acesso a exames e procedimentos, e a existência de mecanismos formais de referência e contra-referência entre os níveis de atenção.<sup>13</sup>

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi identificado ao longo do estudo com um importante dispositivo para a continuidade do cuidado entre os serviços e para o fomento da integralidade em saúde. Relacionado ao assunto, um estudo anterior buscou caracterizar os atendimentos prestados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do município de Cuiabá e constatou que 13,6% dos atendimentos relacionavam-se a gravidez, parto e puerpério, sendo a terceira mais frequente dentre as causas clínicas.<sup>14</sup>

O presente estudo sinalizou também algumas situações de violência institucional e violação dos direitos da mulher e da criança. Nesse âmbito, um estudo anterior relaciona esse fenômeno à precariedade do sistema, que além de submeter seus profissionais a desvantajosas condições de trabalho, como falta de recursos e baixa remuneração, também restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, fazendo com que gestantes, mulheres em trabalho de parto ou em situação de abortamento e puérperas, passem por peregrinação em busca de cuidados perinatais ou por uma vaga na rede pública, submetendo-se a sérios riscos tanto para as suas vidas como as de seus filhos.<sup>15</sup>

Diante do que foi discutido, percebe-se a necessidade imediata da melhoria da estrutura e da qualidade da assistência da rede de atenção à saúde do binômio mãe-filho, bem como a qualificação da atenção dos profissionais de saúde no ciclo gravídico-puerperal em todos os serviços e níveis de complexidade, visando a qualidade de vida a partir da integralidade do cuidado e da universalidade do acesso no sentido de conter o aumento da morbimortalidade dos



usuários por falta de acesso a esses serviços e qualidade no atendimento.

## CONCLUSÃO

O estudo das trajetórias assistenciais revelou-se como uma ferramenta do itinerário terapêutico inestimável para avaliar o funcionamento de redes de atenção à saúde, tornando visíveis acertos e desacertos da qualidade prestada pelos serviços de saúde e apontando aspectos que não estão sendo eficazes, oportunizando desta forma que melhorias sejam feitas de forma mais direcionada e sistematizada.

Apesar das restrições do local da pesquisa, acredita-se que este estudo reflete a um fenômeno comum a outros municípios no Brasil. Portanto, espera-se que este trabalho contribua para novas discussões acerca do tema em questão e seus diversos desdobramentos, e que venha possibilitar uma contribuição para todos aqueles que lutam diariamente na busca incessante pela melhoria da qualidade da atenção em saúde das Redes de Atenção à Saúde Materno-infantil.

## REFERENCES

1. Wang H, Liddell CA, Coates MM, Mooney MD, Levitz CE, Schumacher AE, et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; 384(9947):957–79.
2. Mangia EF, Muramoto MT. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2008; 19(3).
3. Cabral ALLV, Martinez-Hermáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(11):4433-42.
4. Ayres JRCM. *Cuidado: trabalho e Interação NAS Práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC / UERJ / IMS / ABRASCO; 2009.
5. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007.
6. Duarte J. Entrevista em profundidade. In: Barros AT, Duarte J, organizadores. *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo(SP): Atlas; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – CNS. Resolução nº 466/2012. Regulamenta as normas para pesquisa envolvendo seres humanos; 2012.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
9. Brasil. Lei complementar nº 113, de 19 de setembro de 2001. Dispõe sobre a criação da Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Pólo Petrolina-PE e Juazeiro-BA; 2001.
10. Hartz ZMA, Contandriopoulos A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 20(2):331-6.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(4):623-38.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília: 2011.
14. Duarte SJH, Lucena BB, Morita LHM. Atendimentos prestados pelo serviço móvel de urgência em Cuiabá, MT, Brasil. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2011 [acesso em 20 oct 2013]; 13(3):502-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a16.htm>
15. Aguiar JM. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero* [tese]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.

Recebido em: 20/12/2014

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 08/01/2016

Publicado em: 15/07/2016

**Autor correspondente:**

Daniel Moreira Paes Landim  
Prédio do Centro de Estudos em Saúde - 3º Andar  
Sala 1281 – Campus Petrolina Centro  
Av. José ‘de Sá Maniçoba, s/n, Centro, Petrolina/PE  
CEP: 56304-205,