



A LOOK AT THE ANTENATAL PEREGRINATION: REFLECTIONS ON ACCESS TO PRENATAL CARE AND CHILDBIRTH

UM OLHAR SOBRE A PEREGRINAÇÃO ANTEPARTO: REFLEXÕES SOBRE O ACESSO AO PRÉ-NATAL E AO PARTO

UNA MIRADA A LA PEREGRINACIÓN ANTES DEL PARTO: REFLEXIONES SOBRE EL ACCESO A LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL PARTO

Vanessa Neves de Albuquerque¹, Quézia Medeiros de Oliveira², Ricardo de Mattos Russo Rafael³, Rosana de Fátima Carvalho Teixeira⁴

ABSTRACT

Objective: Analyze situations of pregnant women access to prenatal care and delivery of low risk. **Method:** Is a systematic literature review carried out in the Virtual Health Library, selecting 12 bibliographies. **Results:** Were placed into two categories, with access, choice and assistance to prenatal care and antenatal peregrination and the parturition assistance. **Conclusion:** Realized that the antenatal peregrination in low-risk maternities, usually, due to the low number of beds in these units. For the reference and counter reference of pregnant women works fully, there must be communication between professionals in primary health care with the maternities. It is also necessary to have an expansion network of Basic Attention, in order to expand access to prenatal care and, in turn, encourage improvements in the organization of this system. **Descriptors:** Access to health services, Prenatal care, Parturition.

RESUMO

Objetivo: Analisar as situações do acesso das gestantes a assistência pré-natal e ao parto de baixo risco. **Métodos:** Trata de uma revisão sistemática de literatura, realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, selecionando 12 referências bibliográficas. **Resultados:** Foram dispostos em duas categorias: 1) o acesso, a escolha e assistência ao pré-natal e; 2) a peregrinação anteparto e a assistência a parturição. **Conclusão:** Percebeu-se que a peregrinação anteparto nas maternidades de baixo risco, geralmente, ocorre devido ao baixo número de leitos obstétricos existentes. Para que o sistema de referência e conta-referência de gestantes funcione plenamente é necessário que haja uma comunicação entre os profissionais da rede básica de saúde com as maternidades. É necessário também que haja uma expansão da rede de Atenção Básica, a fim de capilarizar cada vez mais a assistência pré-natal e, por sua vez, promover melhorias na organização deste sistema. **Descritores:** Acesso aos serviços de saúde, Cuidado pré-natal, Parto.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la situación de las mujeres embarazadas el acceso a la atención prenatal y el parto de bajo riesgo. **Métodos:** Se trata de una revisión sistemática de literatura realizado en la Biblioteca Virtual en Salud, la selección de 12 bibliografías. **Resultados:** Se colocaron en dos categorías, con acceso, la elección y la asistencia a la atención prenatal y de la peregrinación antes del parto y de atención para el parto. **Conclusión:** se observó que la peregrinación antes del parto en las maternidades de bajo riesgo por lo general se produce debido al bajo número de camas existentes en estas unidades. Para el sistema de referencia y la cuenta de la remisión de las mujeres embarazadas a funcionar plenamente, tiene que haber comunicación entre los profesionales en la red de atención primaria en las maternidades. También es necesario contar con una red en expansión de la atención primaria con el fin de universalizar la atención prenatal y cada vez más, a su vez, promover mejoras en la organización de este sistema. **Descriptor:** Accesibilidad a los servicios de salud, Atención prenatal, Parto.

^{1, 2, 4} Enfermeiras. Graduação em Enfermagem pela Universidade Iguazu. E-mails: vanessinha-enfermeira@hotmail.com, queziamd2@hotmail.com, rosanadefatima25@hotmail.com. ³ Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família. Professor da Faculdade de Enfermagem e de Medicina da Universidade Iguazu. Professor da Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário UNIABEU. E-mail: ricko.mattos@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna atualmente é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública, mudando a forma como era encarada em tempos anteriores, ou seja, um evento de consequência inevitável do parto. O risco de óbito materno pode estar relacionado às condições socioeconômicas da população, guardando relações com as más condições de acesso aos serviços de saúde e com o não desenvolvimento das ações de pré-natal. Outro ponto relevante é o predomínio de óbitos por causas evitáveis, como a eclampsia, as hemorragias puerperais, as infecções urinárias e puerperais, bem como as complicações decorrentes do aborto. Acredita-se que a análise desses indicadores possa constituir como uma excelente ferramenta para a programação das ações e estratégias de pré-natal¹⁻³.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) a atenção pré-natal se constitui pelo acompanhamento da mulher desde o momento da detecção da gestação até a primeira consulta de puerpério. Tem como objetivos desenvolver atividades voltadas à promoção da saúde com vistas à qualidade de vida, bem como desenvolver a prevenção e tratamento de doenças comuns do período gestacional. Para que estes objetivos sejam efetivamente cumpridos, os Estados e Municípios necessitam dispor de uma rede de serviços de saúde organizada desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até o nível terciário da assistência^{4,5}.

Nesta perspectiva, a APS tem o papel de prevenir complicações obstétricas, através de ações educativas desenvolvidas durante o pré-natal, facilitando assim a compreensão do processo gestacional. Os municípios são

responsáveis pelo cumprimento dos princípios da atenção básica em cada unidade de saúde, garantindo recursos físicos e humanos, equipamentos e materiais adequados as ações propostas pela APS. Além disso, devem fazer com que haja uma organização do fluxo de usuárias, garantindo referências a serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico^{6,7}.

Todavia, observa-se que as consultas de pré-natal são muito rápidas, fazendo com que possíveis anormalidades não sejam percebidas e parte das mulheres recebe “alta” do pré-natal por volta do oitavo mês, quando se agravam as patologias como a hipertensão e o diabetes; deixando-as sem saber a que serviço recorrer frente a uma intercorrência ou no momento do parto.¹ Com relação ao parto, tem-se observado um crescente número de cesáreas decorrente de uma linha de pensamento de alguns profissionais médicos e também por questões ligadas às gestantes, como o medo da dor do parto normal, conduzindo gestações ditas normais a riscos materno-fetais desnecessários³.

As ações de referência das gestantes ao parto, preconizado pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), ainda apresentam falhas. Percebe-se que estas ações contemplam na maior parte dos casos apenas as mulheres portadoras de risco obstétrico durante o pré-natal. O diminuto número leitos obstétricos de baixo risco acaba gerando um alto fluxo de gestantes em busca de atendimento no momento do parto, ocasionando uma peregrinação anteparto. Devido a isso, as gestantes têm que percorrer longas distâncias de uma maternidade à outra até conseguir atendimento, fato este de extrema gravidade visto que é no período próximo ao parto que ocorrem a maior parte das mortes maternas^{8,9}.

Com base nesta perspectiva, o estudo tem como problema: Qual a situação atual do acesso das gestantes ao pré-natal e ao parto de baixo risco? Dessa forma, prevê como objeto de pesquisa o acesso ao pré-natal e ao parto. Como objetivos temos: analisar as situações do acesso das gestantes a assistência pré-natal e ao parto de baixo risco.

Abordamos esse tema devido ao fato de como acadêmicas de enfermagem ouvimos muitas queixas das puérperas em relação à dificuldade de acesso à maternidade de referência próxima a sua residência no momento do parto. Além disso, observamos em alguns cenários a ausência de referência formal para o parto durante a realização de pré-natal de baixo risco. Portanto, nossa contribuição versa sobre subsídios que permitam reflexões sobre as lacunas existentes no encaminhando das gestantes ao parto, haja vista o importante papel desempenhado pelo profissional enfermeiro no acompanhamento integral do pré-natal das gestantes de baixo-risco².

Ressalta-se que este estudo visa contribuir para o reconhecimento das mulheres mais susceptíveis ao evento de peregrinação anteparto, permitindo a reprogramação das atividades e prioridades dos sistemas de pré-natal e parto.

METODOLOGIA

Visando o cumprimento dos objetivos traçados optou-se por um estudo exploratório, através de uma revisão sistemática de literatura. Os estudos exploratórios possuem características de formular hipóteses significativas para posteriores pesquisas, restringe-se a definir objetivos e buscar mais informações sobre o assunto estudado^{10,11}.

A técnica de revisão sistemática de literatura constituiu-se como forma de explicar

um problema já estudado, utilizando conhecimento disponível a partir de teorias publicadas em livros ou obras congêneres; tendo o objetivo de conhecer e analisar as principais contribuições teóricas existentes sobre um determinado tema ou problema¹².

A pesquisa foi realizada no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se os descritores: acesso aos serviços de saúde, maternidades, parto e cuidado pré-natal, num recorte temporal dos últimos 10 anos. A Tabela 1 trata dos 16.450 artigos encontrados na busca por descritores isolados.

Tabela 1- Resultado da busca por descritores isolados

Descritores	LILACS	SCIELO
Acesso aos serviços de saúde	1.235	157
Maternidades	1.362	410
Parto	7.182	1.356
Cuidado pré-natal	4.124	624
Total	13.903	2547

Após esta busca, decidiu-se pela associação dos descritores em duplas para refinar os resultados. A Tabela 2 apresenta os 1.886 artigos encontrados nesta segunda pesquisa.

Tabela 2 - Resultado da busca por descritores em dupla

Descritores	LILACS	SCIELO
Acesso aos serviços de saúde e Maternidades	4	0
Acesso aos serviços de saúde e Parto	22	1
Acesso aos serviços de saúde e Cuidado pré-natal	26	1
Maternidades e Parto	359	128
Maternidades e Cuidado pré-natal	226	47
Parto e Cuidado pré-natal	843	229
Total	1480	406

Como forma de seleção dos artigos que fizeram parte da análise, utilizamos as técnicas de

pré-leitura e leitura seletiva¹¹. Foram incluídos na análise desta pesquisa somente os estudos que tiveram o foco de discussão voltado para um sistema de referência e contra-referência do pré-natal, bem como aqueles que abordaram a peregrinação anteparto. Foram excluídos os artigos que possuísem publicações em língua estrangeira e os que estiverem repetidos nas bases de dados. A Tabela 3 apresenta os 12 artigos selecionados como bibliografia.

Tabela 3 - Resultado após leitura seletiva

Descritores	LILACS	SCIELO
Acesso aos serviços de saúde e Maternidades	1	0
Acesso aos serviços de saúde e Parto	4	0
Acesso aos serviços de saúde e Cuidado pré-natal	1	0
Maternidades e Parto	2	0
Maternidades e Cuidado pré-natal	2	0
Parto e Cuidado pré-natal	1	1
Total	11	1

Após a seleção do material foi aplicada a técnica de leitura interpretativa, a fim de proporcionar a síntese dos dados, organizá-los em

conjuntos proximais e originar os planos de assunto.¹¹ Visando uma melhor exploração dos dados, foram construídas duas categorias analíticas: 1) O acesso, a escolha e a assistência pré-natal; 2) A peregrinação anteparto e a assistência a parturição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

O acesso, a escolha e assistência ao pré-natal

A Tabela 4 apresenta os estudos utilizados para a discussão sobre o acesso e a escolha pelo serviço de assistência pré-natal. Como se pode observar, a distribuição metodológica entre os estudos se apresentou de forma heterogênea entre as abordagens, exigindo cautela no momento de generalização dos dados. Todavia, demonstra-se positiva no que tange a compreensão dos fenômenos, haja vista a possibilidade de entendimento do constructo pelas duas formas de abordagem investigativa.

Tabela 4. Resultados da primeira categoria

	Título	Ano	Abordagem
1º	Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde	2005	Quantitativa
2º	O panorama da atenção do Pré Natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento	2004	Quantitativa
3º	Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde	2004	Qualitativa
4º	Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal	2005	Qualitativa
5º	Critérios De escolha dos postos de saúde para acompanhamento pré-natal em pelotas, RS	2000	Quantitativa
6º	Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento	2009	Qualitativo

O primeiro estudo objetivou analisar o atendimento ao pré-natal nas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde, que com a municipalização dos sistemas de saúde, houve a geração de lacunas na assistência ao pré-natal e ao parto. Ainda existem muitas desigualdades em relação ao atendimento de alta e média complexidade. É necessário que haja estratégias diferenciadas para que ocorra uma equidade do acesso aos serviços de saúde, uma vez que a garantia de vagas para o parto e seu nível de complexidade variam de acordo com o modelo de gestão de cada município¹³.

O segundo estudo, contextualizando historicamente a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde, aponta que o acesso ao pré-natal como condição primária para a assistência apresenta ainda importantes diferenciais por região, residência e escolaridade. Na correlação entre taxa de pobreza e cobertura pré-natal, os autores afirmam que esta é inversamente proporcional, embora ocorra interferência de outros fatores. O resultado dessa correlação apontou que a maioria dos estados com cobertura de pelo menos seis consultas de pré-natal apresentava um elevado nível econômico¹⁴.

O terceiro estudo, que objetivou descrever as condições de trabalho das enfermeiras na consulta de enfermagem no pré-natal e avaliar sua implicação para a educação em saúde, afirmou que o enfermeiro durante o pré-natal tem sobremaneira um papel educador. É neste período que as dúvidas acerca do estado gestacional e suas conseqüentes alterações surgem com maior intensidade. Todavia, as atribuições do enfermeiro frente ao seu papel educador vêm apresentando falhas em algumas localidades. Tem-se percebido que muitas mulheres ainda atingem o momento da parturição e o período pós-parto com dúvidas que

poderiam ter sido sanadas ainda durante o pré-natal. Acredita-se que um trabalho multidisciplinar e educativo possa colaborar de maneira positiva ao desenvolvimento do parto, principalmente no que tange ao parto de via vaginal, bem como para uma boa recuperação puerperal e nos cuidados ao recém-nascido¹⁵.

No quarto estudo os autores realizaram um trabalho sobre os diagnósticos de enfermagem com 11 gestantes de baixo cadastradas no programa de pré-natal de uma maternidade credenciada pelo Humanizaus. De acordo com os resultados deste estudo, todas as gestantes apresentaram diagnósticos relacionados deficiência de conhecimentos relacionados ao período gestacional e demais assuntos, distúrbios no padrão de sono, deficiências de auto-cuidado e incontinência urinária. Os autores apontam para a valorização da prática da consulta de enfermagem, bem como demonstram a necessidade de reestruturação das diretrizes dos programas de saúde pública, quanto à realização de atendimento multiprofissional e interdisciplinar no pré-natal. Percebeu-se que muitos dos diagnósticos traçados poderiam ser prevenidos ou tratados com ações simples de enfermagem, principalmente no que tange a processos educacionais. Contudo, as políticas atuais não contemplam, em sua totalidade, as necessidades dos profissionais de enfermagem para execução das atividades necessárias ao bom pré-natal¹⁶.

O quinto trabalho, que trata de um estudo transversal, incluiu 401 parturientes que deram a luz nas maternidades dos principais hospitais de Pelotas, destacam que as mães com menor escolaridade optaram mais freqüentemente pelo acompanhamento em postos de saúde. Visto que os usuários dos postos de saúde são originários das partes mais pobres da sociedade, apresentando maiores problemas de saúde, as ações de saúde

deveriam ser reavaliadas para reverter essa situação, bem como um treinamento efetivo dos profissionais de saúde e de uma educação continuada dos mesmos¹⁷.

No sexto estudo os autores observaram que mesmo quando o sistema oferece poucas opções de locais de atendimento, a gestante se esforça por buscar aquelas que lhe transmitam maior segurança, em um movimento natural de obter as melhores condições possíveis para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seu filho. Foi observado que se as unidades de saúde fizessem um controle maior sobre a evasão das gestantes, ocorreria um ajuste no planejamento e no acolhimento para que essas mulheres não abandonassem o pré-natal¹⁸.

Ao analisar esta categoria, encontramos que há lacunas na assistência ao período gestatório e que o acompanhamento do pré-natal na rede básica é procurado em grande maioria por mulheres de baixa renda. O não envolvimento das mulheres de classes econômicas mais favorecidas talvez se deva ao fato da existência da contratação de seguros saúde por esta população e a facilidade de acesso ao pré-natal e ao parto pelo sistema privado. Além disso, neste sistema a existência de um profissional de referência para o pré-natal e, posteriormente, o parto, parece corroborar para a formação de vínculo entre o prenatalista e sua clientela^{8,13,14,17,18}.

Outro ponto de discussão é a escolha do local de pré-natal que, geralmente, se dá pela proximidade da unidade de saúde e a residência da gestante. Nesta perspectiva, acredita-se que algumas mulheres não acessam o serviço de pré-natal pela falta de recursos financeiros para locomoção até a unidade mais próxima. A ausência de capilaridade da rede de atenção básica parece dificultar o acesso destas mulheres

assistência pré-natal, gerando uma busca por atendimento em unidades mais distantes de sua residência e, por sua vez, um processo de peregrinação desde a suspeição da gravidez. O papel educador e, por sua vez, as atividades de busca ativa realizada por Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família pode auxiliar na captação precoce destas mulheres, bem como na promoção da saúde da gestante^{15,16}.

De acordo com o PHPN essa captação deve ser feita ainda no primeiro trimestre da gravidez, para que a atuação frente à promoção da saúde dessa gestante, e consecutivamente do bebê, ocorra de maneira efetiva e contínua. Chama-se atenção que alguns enfermeiros também estão deixando de realizar, a consulta de enfermagem, que objetiva, dentre outros, prevenir e tratar intercorrências durante a gestação, auxiliando na estratificação do risco e ulterior encaminhamento para os serviços de referência. Além disso, percebe-se que alguns profissionais de saúde, tais como enfermeiros e médicos, não estão realizando seu papel educador, deixando as gestantes a mercê de dúvidas no intervalo entre o pré-natal e o parto^{5,15,16}.

Acredita-se, portanto, que o número de leitos obstétricos de baixo risco agregados a deficiência ainda presente das ações de educação à saúde da gestante pode contribuir para o ato de peregrinação anteparto, uma vez que estas gestantes desconhecem sua maternidade de referência. Destaca-se que a dificuldade relacionada ao acesso do parto está ocorrendo com maior frequência nas maternidades de baixo risco, pois a gestação de alto risco, de maneira geral, possui um sistema referência formal^{5,8,9}.

A peregrinação anteparto e a assistência a parturição

A Tabela 5 demonstra a bibliografia

utilizada para a realização da discussão sobre acesso e assistência ao parto, possibilitando explicações sobre o fenômeno em tela.

Tabela 5. Resultados da segunda categoria

	Título	Ano	Abordagem
1º	Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001	2005	Qualitativa
2º	Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001	2006	Quantitativa
3º	Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil	2008	-
4º	Avaliação da assistência ao parto em maternidades terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil	2009	-
5º	Desempenho Das Competências Obstétricas na admissão e Evolução Do Trabalho De Parto: Atuação Do Profissional De Saúde	2008	Quantitativa
6º	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	2006	Qualitativo

O primeiro trabalho desta categoria trata de um estudo transversal com uma amostra estratificada de mulheres em estabelecimentos públicos e privado. Os autores demonstraram um reflexo da desigualdade social e racial à saúde da puérpera e do conceito no município do Rio de Janeiro. Fatores como a escolaridade, a cor da pele e a situação socioeconômica das mulheres estiveram envolvidos no acesso a utilização dos serviços de saúde. Além disso, os autores apontam que as maternidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde são as que mais recusam pacientes, as quais na maior parte são consideradas de risco e apresentam necessidades de serviços especializados. Estes resultados possibilitam uma discussão sobre a necessidade de repensar as políticas públicas de acesso ao pré-natal e ao

parto, bem como suas possíveis conseqüências ao processo saúde-doença do binômio mãe-bebê¹⁹.

O segundo estudo trata de um artigo sobre a dificuldade de acesso ao parto nas maternidades públicas do Rio de Janeiro. As gestantes, em muitos casos, não são atendidas na primeira maternidade em que procuram, dando início a um processo denominado peregrinação anteparto. De acordo com o encontrado neste estudo, 1/3 das parturientes buscam por assistência ao menos em dois hospitais, não sendo considerada rara a peregrinação por três ou mais unidades de saúde. Cerca de 70% das buscas por maternidade são desencadeadas por falta de vagas na unidade de saúde. A forma de transporte que essas pacientes utilizam para ir de uma maternidade a outra também foi apresentado como dado de extrema

relevância, uma vez que a maior parte das parturientes realizou o percurso de maneira inadequada. Apenas 1/5 destas mulheres foi transferida por ambulância. Como consequência desta peregrinação, o estudo apontou a associação com o baixo peso ao nascer⁹.

O Quadro 1 demonstra o perfil sócio-demográfico das mulheres que peregrinaram no período que antecedeu ao parto nos dois estudos selecionados.

<p>Quadro 1. Perfil sócio-demográfico das mulheres que vivenciaram a peregrinação anteparto em dois estudos selecionados.</p> <p>Idade: Menor de 17 anos⁹; de 20 - 34 anos¹⁹</p> <p>Estado civil: Solteiras⁹</p> <p>Cor: Negras / mestiças⁹; Pretas¹⁹</p> <p>Escolaridade: até 4ª série do ensino fundamental¹⁹</p> <p>Renda: sem trabalho remunerado¹⁹</p>
--

Para os autores do quinto estudo, no período entre 2002 e 2005, houve melhora no nível sócio-econômico e nas condições de moradia nas famílias de menores de cinco anos nas áreas estudadas (regiões norte e nordeste do Brasil). Houve também importantes avanços na assistência à gestação e ao parto, embora ainda houvesse deficiências em comparação a regiões mais desenvolvidas do país. Um fato que chama bastante atenção é o de cerca de um quinto das crianças terem nascido fora do ambiente hospitalar, implicando ausência de um cuidado médico adequado, visto que a maioria dos municípios estudados não possuía maternidade ou hospital. O número de pré-natal realizado teve um grande aumento em quantidade, mas não em qualidade, evidenciando, portanto a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde²⁰.

No sexto estudo que objetivou avaliar a estrutura e o processo de assistência ao parto e ao recém-nascido desenvolvidos em uma instituição hospitalar do interior do Estado de São Paulo.

Apontaram ainda para a cientificidade cada vez mais presente em relação ao parto. Em parte as considerações feitas pelos autores apontam para uma perspectiva positivista, incluindo a disponibilidade de recursos para realização das práticas. Em contrapartida, os autores destacam a necessária reavaliação de práticas humanizadoras e de aumento de vínculo do binômio mãe-bebê, como por exemplo, o contato com a pele da mãe e a amamentação na primeira hora. Foi visto um predomínio dos médicos na realização / participação dos partos. Porém, em relação aos enfermeiros, isso não foi observado. É recomendado que o médico obstetra esteja voltado para a atenção ao parto de alto risco, enquanto os enfermeiros obstetras também devem participar dos partos de baixo risco. Por fim, apontou-se que é necessária uma nova abordagem, que considere e estimule a participação ativa da mulher e de seu acompanhante, que viabilize a atuação do enfermeiro na equipe²¹.

O sétimo trabalho versou sobre a identificação das competências no atendimento às parturientes no momento de admissão durante o trabalho de parto em uma maternidade do Acre. Os autores apontaram que presença de acompanhante durante a admissão e o trabalho de parto não faz parte da rotina das instituições pesquisadas. Foi observado que o controle da dinâmica uterina foi uma atividade que não fez parte da rotina das práticas obstétricas. Esta atividade foi realizada apenas pelos estudantes de enfermagem e esporadicamente pelas enfermeiras obstétricas. A ausência de sistematização no controle da evolução do parto pode significar que a equipe está deixando de usar parâmetros importantes para um adequado diagnóstico da progressão do trabalho de parto. Foi identificado que os profissionais de enfermagem de nível

médio executam uma série de competências em obstetrícia para as quais não receberam capacitação; o modelo de atenção materna não prioriza a qualificação profissional para a assistência à mulher no trabalho de parto, de acordo com o que foi pesquisado. A lógica do modelo de divisão do trabalho na atenção ao parto, nas instituições estudadas, se constrói muito mais nas posições hierárquicas dos profissionais do que nas competências pertinentes a cada um²².

O oitavo estudo desta categoria, contou com um trabalho com gestantes no último trimestre gestacional acompanhadas por serviços da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Os autores apontam que a maior parte das mulheres entrevistadas relatou ser bem atendidas, embora nenhuma delas elogiou o serviço, visto que muitas delas peregrinam antes de conseguir acesso a maternidade. A presença de um profissional (geralmente de enfermagem) que deu algum tipo de atenção durante o trabalho de parto, associada à ausência de complicações com a mulher ou com o bebê foi apontada como motivo para satisfação em relação à assistência ao parto anterior. As expectativas das gestantes estão centradas em três elementos principais: admissão rápida na internação garantia de vaga na maternidade e o atendimento por uma equipe atenciosa e competente que cuide de sua saúde e do seu bebê. As entrevistadas não conhecem a humanização do parto, a única informação que quase todas elas tinham era a da presença de um acompanhante na sala de parto²³.

Quanto a esta categoria, percebe-se que a lacuna entre o término do pré-natal e o parto ocorre pela falta de um sistema eficaz de referência e contra-referência de gestantes de baixo risco, gerando a chamada peregrinação anteparto. A busca de atendimento pela gestante

na hora do parto, fazendo com que ela percorra vários hospitais até conseguir atendimento, muitas vezes ocorre por falta de vagas nessas unidades que na maioria das vezes são especializadas. Destaca-se que na maior parte dos casos a mulher acaba por peregrinar na busca por uma maternidade através de meios próprios, favorecendo a elevação nos índices de complicações durante o parto⁹.

Estes dados representam a existência de iniquidades sociais nos grupos mais vulneráveis da população. Acredita-se que a inserção de trabalhos de atenção voltados a camadas sociais menos favorecidas juntamente com o efetivo sistema de referência e contra-referência podem auxiliar na redução deste cenário. Nota-se que ainda há uma desigualdade entre as puérperas de cor negra e parda com baixa escolaridade e baixa renda. Esse perfil de mulheres são as que mais sofrem no pré-natal e no parto, pois não tem informação de como funcionam essas duas esferas. A dificuldade dessas puérperas encontra-se não somente no pré-natal mais também na hora do parto, devido às dificuldades de acesso. Esta problemática sugere a necessidade de reflexões sobre a forma de planejamento na assistência ao parto, a fim de contemplar estas camadas da sociedade¹⁹.

Tem-se observado que em todo o Brasil o número de consulta pré-natal realizado tem aumentado expressivamente em quantidade, mas não em qualidade. Chama-se atenção para a promoção de ações que visem à melhoria dos cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde durante o pré-natal, garantindo assim um atendimento humanizado até parto. O processo de humanização do parto, e por sua vez do pré-natal, parte do princípio de resgate de valores e autonomia da mulher sobre a parturição. Esta prática auxilia na garantia da qualidade de

assistência, bem como no grau de satisfação do parto, reduzindo possíveis complicações²⁴.

Com relação ao parto, não se tem observado a participação dos enfermeiros obstetras na realização de partos de baixo risco, e sim um predomínio de médicos nessa função. É necessário que haja uma viabilização de uma maior atuação do enfermeiro na equipe de saúde. Em vários hospitais há uma ausência da sistematização no controle da evolução do parto, que pode gerar danos a parturiente e ao bebê. Isso poderia ser evitado com um controle da dinâmica uterina feito pelo enfermeiro obstetra, visto que muitos técnicos de enfermagem têm realizado esse procedimento sem ter habilitação legal para tal. Acredita-se que capacitação dos profissionais, a contratação de enfermeiros obstetras para realização do acompanhamento da dinâmica uterina e a realização do parto podem auxiliar na redução desta problemática. Questiona-se se a não realização destas atribuições se dá pelo acúmulo de funções ou por questões relacionadas à dinâmica de trabalho destes serviços²².

Visto que o acesso em muitas maternidades é difícil, algumas gestantes precisam peregrinar até encontrar atendimento, embora a grande maioria delas elogia o atendimento quando conseguem ser atendidas. Para elas existem três elementos importantes para que suas expectativas sejam atendidas, que são: admissão rápida, vaga na maternidade e humanização no atendimento²³. Desta forma, acredita-se que a capacitação profissional, o aumento do número de maternidades de baixo risco e o atendimento humanizado, conjuntamente a outras esferas e equipamentos sociais (ações intersetoriais) poderiam auxiliar na melhoria das condições de parto e puerpério.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a compreensão do acesso das gestantes ao pré-natal e ao parto, trazendo a tona uma discussão sobre a peregrinação momentos antes da parturição. Trouxe ainda subsídios que permitem a reflexão sobre as lacunas existentes entre o pré-natal e o encaminhamento seguro da mulher para as maternidades. Como limitações do estudo, citamos as dificuldades acerca de publicações nacionais sobre a dificuldade de acesso ao pré-natal e ao parto. Sugerimos, portanto, que futuramente sejam lançados esforços em torno de pesquisas que contemplem a realidade das maternidades de baixo risco, a fim de iluminar constructos referentes às causas referidas pelas “mulheres peregrinas”.

Todavia, mesmo com as limitações citadas percebeu-se que a peregrinação anteparto nas maternidades pode estar ocorrendo devido ao reduzido número de leitos existentes para a realização de partos de baixo risco. Outro ponto identificado é que esta peregrinação também pode estar ocorrendo devido a uma lacuna existente no sistema de referência e contra-referência entre as unidades básicas e as terciárias, uma vez que ele deveria funcionar próximo do preconizado pelo PHPN. Para que o sistema de referência e contra-referência funcione efetivamente acredita-se seja necessária uma vinculação direta entre as unidades básicas e as maternidades. Além disso, necessita-se também de uma expansão dessas unidades de atenção primária para que se possa atender um número cada vez maior de gestantes.

O acesso das gestantes à assistência pré-natal não tem sido facilitado, pois geralmente as unidades de saúde ou são muito distantes da residência dessas gestantes ou não possuem vagas

para que elas possam realizar o pré-natal. Devido a isso, ocorre uma peregrinação já no início da gravidez. Mesmo quando essas gestantes conseguem realizar todo o pré-natal ocorre à peregrinação anteparto por não ocorrer um referenciamento formal para que essa gestante possa ingressar em uma maternidade de baixo risco. As consequências dessa peregrinação vão desde um enorme desconforto para a parturiente até o óbito fetal ou materno-fetal.

Nesta perspectiva, acredita-se que o enfermeiro possa contribuir para a redução das lacunas existentes na assistência pré-natal e na referência ao parto, uma vez que efetivamente acolhe e classifica a necessidade destas mulheres no momento de admissão das maternidades. Estas ações podem auxiliar na produção de um atendimento mais rápido e na contra-referência dos casos de mulheres que ainda não estão em fase de trabalho de parto ativo. Nesta perspectiva, estas mulheres deverão ser orientadas a retornarem ao pré-natal, garantindo a continuidade da assistência e a redução da peregrinação anteparto.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
2. Dotto L, Moullin N, Mamede M. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14(5):682-88.
3. Knupp V, Melo E, Oliveira R. Distribuição do Parto Vaginal e da Cesariana no Município do Rio de Janeiro no Período de 2001 a 2004. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(1):39-44.
4. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
5. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
6. Spindola T, Penna L, Progianti J. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(3): 381-88.
7. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006
8. Parada C, Tonete V. O Cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface (Botucatu)*. 2008;12(24):35-46.
9. Menezes D, Leite I, Schramm J, Leal M. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(3):553-59.
10. Cervo AL, Bervian PA, Silva RS. Metodologia científica. 6ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2007.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
12. Köche, JC. Fundamentos de Metodologia Científica: Teoria da ciência e iniciação à pesquisa. 23ª ed. Petrópolis: Vozes; 2006.
13. Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(5):768-74.
14. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004;4(3):269-79.

15. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(2):477-86.
16. Pereira SVM, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(6):659-64.
17. Santos SI, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(6):603-09.
18. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(1):98-104.
19. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(1): 100-7.
20. Chrestani MAD, Santos IS, Cesar JA, Winckler LS, Gonçalves TS, Neumann NA. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(7):1609-18.
21. Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2009;9(1):59-67.
22. Dotto LMG, Mamede MV, Mamede FV. Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(4):717-25.
23. Dias MAB, Deslandes SF. 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.
24. Silva EC, Santos IMM. A percepção das mulheres acerca da sua parturição. *Rev de Pesq: cuidado é fundamental Online [periódico na internet]*. 2009 [acesso em 2010 jan 23]; 1(2):111-23. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/296/286>.

Recebido em: 09/06/2010

Aprovado em: 26/08/2010