

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA 2014-2016

Sabrina Paiva Ribeiro

**Nascer em Belo Horizonte: a trajetória das gestantes residentes e não
residentes no município**

Belo Horizonte
2016

Sabrina Paiva Ribeiro

Nascer em Belo Horizonte: A trajetória das gestantes residentes e não residentes no município

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica oferecido pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Enfermeira Obstétrica.

Orientadora: Torcata Amorim

Belo Horizonte

2016

RESUMO

Introdução: O combate à mortalidade materno-infantil tornou-se meta global após o estabelecimento dos Objetivos do Milênio pela Organização das Nações Unidas. Como estratégia para alcançar resultados positivos, as políticas públicas nesta área avançaram com a criação de leis e programas de saúde. Porém, ainda são observadas situações de precariedade na atenção a esta população, principalmente a constante peregrinação de gestantes em busca de atendimento qualificado para assistência materno-fetal, muitas vezes até entre outros municípios, colocando o binômio em situações adversas ao preconizado pelas políticas de saúde pública.

Objetivo: Identificar a trajetória percorrida pela gestante em busca de assistência em Belo Horizonte, seu município de origem e os motivos da procura ou transferência para a capital. **Metodologia:** Estudo transversal que utilizou a base de dados da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre Parto e Nascimento”, realizado em 11 maternidades de Belo Horizonte, entre 2011 a 2013. O critério de inclusão foi ter desfecho de parto no município de Belo Horizonte. As variáveis utilizadas foram: município de procedência da mulher; renda própria e companheiro fixo; tipo de hospital do parto (público ou privado); trajetória obstétrica da mulher (paridade, pré-natal, vinculação à maternidade, classificação de risco da gestação, tipo de parto) e desfechos perinatais (prematuridade, Apgar, reanimação em sala de parto, internação neonatal e óbito). Foi realizada uma análise estatística descritiva e bivariada. O nível de significância estatística considerado foi de 5%. **Resultados:** Foram estudados 1087 casos, dos quais 39,9% eram residentes de outros municípios de Minas Gerais. Dessas, prevaleceu àquelas oriundas da Região metropolitana de Belo Horizonte (87,0%). A maioria das gestantes possui renda própria, parceiro fixo, era multípara, foi classificada com gestação de risco habitual, fez pré-natal e foi vinculada a alguma maternidade. O parto não ocorreu no serviço indicado em 24,9% dos casos, predominou a cesariana e as instituições públicas. Desfechos perinatais desfavoráveis ocorreram em cerca de 33% dos casos, destacando a prematuridade, com maior ocorrência em mulheres provenientes de outros municípios. **Conclusões:** Encontrou-se um número elevado de gestantes de outros municípios de Minas Gerais que buscam maternidades de Belo Horizonte para assistência materno-fetal, evidenciando a fragilidade da rede de serviços de saúde em prover atendimento oportuno e qualificado.

Palavras chave: Gestante; Parto; Rede assistencial.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
MATERIAIS E MÉTODOS.....	8
RESULTADOS.....	9
DISCUSSÃO.....	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	21

INTRODUÇÃO

A gestação é um período marcado por alterações físicas e emocionais no qual cada mulher vivencia de uma maneira singular. Neste contexto, ela deve ser acolhida e suas necessidades biológicas e psicossociais abordadas, assegurando assim o desenvolvimento da gestação e colaborando para a redução da mortalidade e morbidade materna e perinatal ^{1,2}.

A mortalidade materna e infantil tornaram-se foco mundial do compromisso político de diversos países após a elaboração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em 2000, pela Organização das Nações Unidas (ONU), a serem alcançados até o ano de 2015.³ Com esse compromisso as nações se comprometeram a, dentre outras metas, reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de 5 anos e em três quartos a taxa de mortalidade materna ⁴. Entretanto os esforços dos países não se encerraram em 2015, que, após a elaboração de uma agenda universal para dar continuidade aos ODM, a ONU lançou novos desafios às nações com a criação dos Objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS). Dentre 17 objetivos e 169 metas, acordou-se que todos os países trabalhem em conjunto para que até o ano de 2030 se alcance a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e erradicação de mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos ^{4,5}.

No Brasil, as políticas públicas e as ações de saúde materno-infantil foram priorizadas e avançaram nas últimas décadas ⁶. Entretanto ainda há muito que se conquistar no país, uma vez que, a mortalidade materna ainda está longe de alcançar o objetivo proposto, registrando uma proporção de 60,9 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos, ou seja, quase o dobro da meta assumida ^{6,7,8}. Já em relação à mortalidade infantil, o país alcançou o objetivo proposto pela ONU antes de 2015, apresentando redução de aproximadamente 70% apesar da grande desigualdade entre as regiões do país ^{6,7,8}. Belo Horizonte - MG apresentou dados semelhantes à média nacional, registrando em 2013, 64,8 óbitos maternos e redução de 68,6% na mortalidade infantil ⁹.

Como estratégia para cumprir os ODM buscou-se operacionalizar as políticas e ações desta área materno-infantil e assim, assegurar os direitos das mulheres a um acompanhamento seguro e qualificado. Em 2007 foi sancionada a lei

Nº 11.634 que garantiu às gestantes o direito ao conhecimento e vinculação, ainda no pré-natal, à maternidade onde acontecerá o parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ¹⁰. Em 2011, o Ministério da Saúde criou o programa Rede Cegonha que tem como um de seus dos objetivos principais estruturar e organizar a atenção materno-infantil no Brasil, promovendo atendimento seguro e humanizado no SUS. Dentre outras ações e garantias deste programa, é reforçado o direito à vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro caso necessário. ¹¹

Mesmo com a garantia legal desta vinculação, ainda é comum as gestantes peregrinarem para encontrar estabelecimentos de saúde quando necessitam de atendimento. De acordo com a pesquisa “Nascer no Brasil” entre 2011 e 2012, 16,2% das gestantes precisaram buscar mais de uma maternidade para conseguir atendimento ¹². Além disso, observou-se diferença regional significativa, sendo que a região sul apresentou 6,5% de gestantes em situação de peregrinação, enquanto na região nordeste esse indicador alcançou 25,1%, demonstrando o quanto a rede de cuidados às gestantes é fragmentada e pouco resolutive no que diz respeito às responsabilidades dos serviços de saúde no país.^{11,12}

No município de Belo Horizonte, a Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde atua desde 1999 de forma a reduzir a peregrinação das mulheres pelos serviços de saúde. Para isto foi estabelecido um fluxo de atendimento de qualidade da gestante e recém-nascido, que adotou como ferramenta norteadora o “Mapa de vinculação de gestantes dos Centros de Saúde para as Maternidades do SUS”.¹³

Esta estratégia permitiu a regionalização do atendimento à saúde materno-infantil no município, pois organizou o serviço em níveis de complexidade crescente e delimitou áreas geográficas de cobertura à população a ser atendida.¹³ Com isto, o Centro de Saúde passou a ser a porta de entrada da gestante no SUS e sua função, além do acompanhamento do pré-natal como preconizado pelo Ministério da Saúde, é vincular e referenciar a mulher desde a primeira consulta a uma maternidade, que também se torna responsável pelo binômio. Na impossibilidade de internação, a maternidade de referência deverá avaliar e garantir o transporte seguro desta gestante a outra maternidade, após a identificação de vaga através da Central de Internação do município.¹⁴

A trajetória da gestante em busca de atendimento obstétrico também pode ocorrer entre municípios vizinhos. É comum gestantes e parturientes de municípios

região metropolitana buscarem atendimento em Belo Horizonte devido a diferentes fatores: falta de leito obstétrico e principalmente neonatal em seu município;¹⁵ desejo da própria mulher, incluindo aquelas que buscam atendimento na rede privada;¹⁶ ausência de serviços que atendam a partos de risco habitual no município,¹⁷ como acontece atualmente em Sabará e Santa Luzia e em casos de gestação de risco que necessite de atendimento especializado, não ofertado no município de origem da mulher.^{18,19} Esta trajetória percorrida pelas gestantes é marcada por preocupações, sofrimento e incertezas, potencializando o risco de intercorrências maternas e fetais, uma vez que o atendimento pode ser feito tardiamente.²⁰

A mortalidade materna e perinatal estão fortemente relacionadas a esta busca por vagas para assistência hospitalar no momento do parto. Estudo realizado em 1995 no município de São Paulo evidenciou que 55% das mortes maternas tiveram relação direta com a peregrinação da gestante.²¹ E, uma análise da pesquisa “Nascer no Brasil” entre 2011 e 2012, constatou que a peregrinação ocorreu em cerca de 40% dos casos de óbito neonatal no Brasil.²²

Sendo a trajetória da gestante para o acesso à assistência um aspecto que interfere nos resultados obstétricos e perinatais e, o município de Belo Horizonte ser referência no atendimento a gestante, torna-se importante conhecer a trajetória das gestantes que buscam a assistência ao parto em Belo Horizonte. Diante do exposto, este estudo propõe identificar a trajetória percorrida pela gestante que sai de seu município de residência em busca de assistência em Belo Horizonte e os motivos da procura ou transferência para este município. Além disso, esta trajetória será relacionada aos desfechos obstétricos, neonatais e reprodutivos.

A proposta justifica-se pela importância e relevância do tema, uma vez que pouco se sabe sobre a trajetória percorrida por essas gestantes, bem como seus desfechos reprodutivos. Tendo também a maioria dos partos realizados em ambiente hospitalar, torna-se pertinente avaliar o acesso às maternidades, as informações ofertadas às mulheres e a operacionalização das políticas de saúde. Esta análise poderá contribuir para que o município de Belo Horizonte se reorganize e se prepare melhor para receber essas mulheres, conforme suas demandas e posteriormente, fazer contrarreferência aos municípios de origem. Também poderá contribuir às políticas de saúde, buscando prover os municípios de condições em atender a mulher no ciclo gravídico puerperal, em especial, as gestantes/parturientes de risco habitual.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal que utilizou dados provenientes da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre Parto e Nascimento”. Esta pesquisa, de base hospitalar, foi realizada no período de novembro de 2011 a março de 2013 em 11 das 14 maternidades do município de Belo Horizonte.

A coleta de dados se deu pela aplicação de um questionário à puérpera após, pelo menos, 6 horas depois do parto e, um segundo questionário foi preenchido a partir dos registros do prontuário da puérpera e do recém-nascido. Para o presente estudo utilizou-se dados do questionário e do prontuário, constituindo as variáveis de interesse, que foram: município de procedência da mulher; renda própria (sim/não), companheiro fixo (sim/não); tipo de hospital que prestou assistência materno-fetal (público ou privado). A trajetória obstétrica da mulher foi verificada a partir das seguintes variáveis: paridade, pré-natal (sim/não), vinculação à maternidade (sim/não), classificação de risco da gestação (habitual/alto risco), tipo de parto (normal/cesárea). Os desfechos perinatais investigados incluíram prematuridade (sim/não), Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida (sim/não), reanimação em sala de parto (sim/não), internação neonatal (sim/não) e óbito (sim/não).

A pesquisa que originou este estudo levantou dados de 1088 desfechos de parto, entretanto, foi excluído um caso por falta de informação do município de procedência da parturiente. Sendo assim, estudou-se 1087 mulheres internadas nestas 11 instituições hospitalares de Belo Horizonte por ocasião de parto. Ao analisar os dados, constatou-se que 18 casos informavam que a gestante não era de BH, porém não havia informação sobre o município exato de sua residência. Optou-se por manter estes casos no estudo uma vez que todas as demais variáveis estavam contempladas.

Do total de mulheres selecionadas para este estudo, observou-se que 423(39,9%) tiveram parto em Belo Horizonte, mas eram provenientes de outros municípios de Minas Gerais (Figura 1). Além disso, dessas mulheres provenientes de outros municípios, 87% vieram da RMBH e o restante de outras cidades do estado de Minas Gerais.

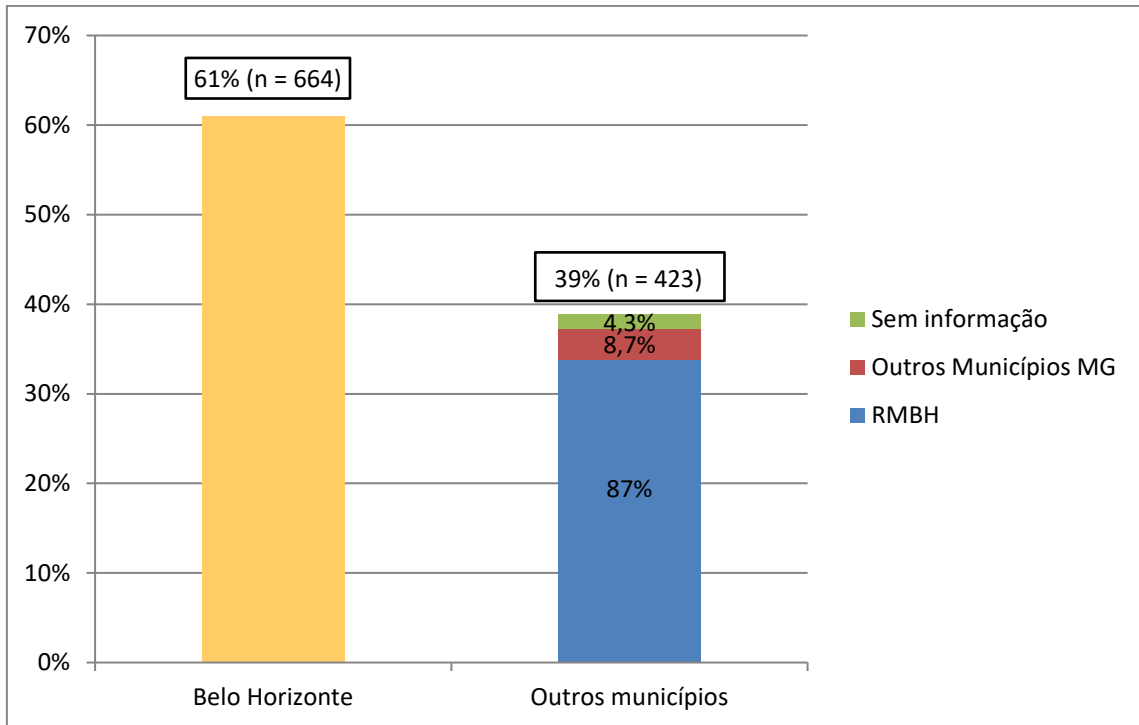


Figura 2 – Distribuição da frequência de partos em Belo Horizonte por municípios de residência da mulher. Belo Horizonte, 2011-2013

Para este estudo foi utilizada a mesma classificação adotada pelo governo em 1973 e modificada em 1990 para delimitar as regiões do Estado de Minas Gerais a fim de categorizar os municípios de procedência das mulheres (figura 2).²³

RESULTADOS

Ao investigar a distância percorrida pelas mulheres em busca de atendimento por meio de acesso aos dados disponíveis em endereço eletrônico do Departamento de Estradas de Rodagem do Estado de Minas Gerais, observa-se na figura 3 que a grande maioria (82%) percorreu até 50 km para assistência materno-fetal ²⁴.

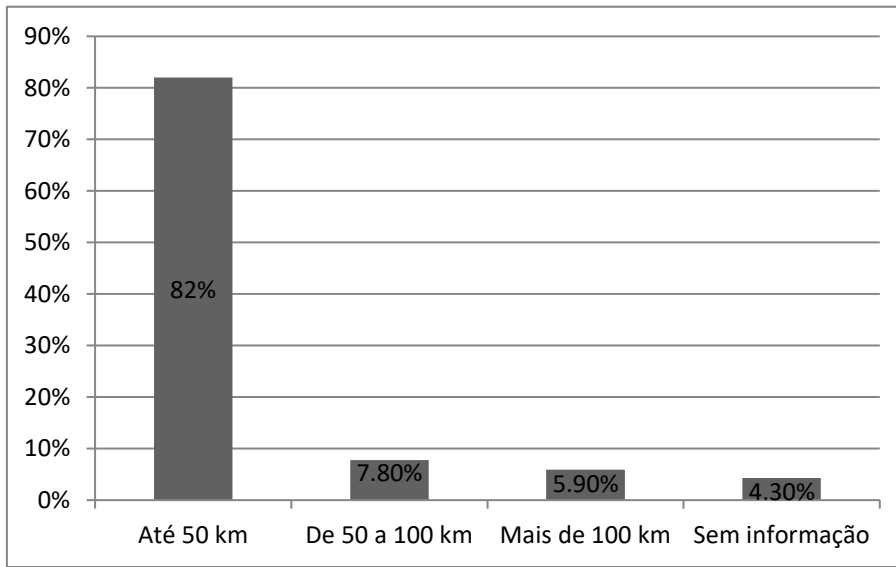


Figura 3 – Distância percorrida pelas mulheres não residentes em Belo Horizonte para assistência materno-fetal. Belo Horizonte, 2011-2013

Fonte: Departamento de Estradas de Rodagem do Estado de Minas Gerais, 2016.²⁴; Dados da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento”.

Em relação ao serviço que atendeu estas mulheres, verificou-se que as instituições públicas receberam 271 gestantes de outros municípios (64,1%) e as privadas 152 mulheres (35,9%). Estas proporções se assemelham àquelas gestantes residentes em Belo Horizonte, em que 463 (69,7%) foram atendidas em instituições públicas e 201 (30,3%) em instituições privadas.

Também não foi observada diferença significativa entre idade/escolaridade das mulheres residentes de Belo Horizonte e daquelas não residentes ($p > 0,05$). Em ambos os grupos as mulheres possuíam companheiro em cerca de 50% dos casos e aproximadamente 70% possuíam renda própria.

Em geral, as residentes e não residentes em Belo Horizonte são múltiparas (55,5%), realizaram pré-natal (99,3%), e foram classificadas como gestantes de risco habitual durante o pré-natal (71,9%).

Tabela 1 – Trajetória das gestantes residentes e não residentes em Belo Horizonte em busca de assistência materno-fetal

Trajetória das gestantes	Procedência da gestante			P Valor
	Belo Horizonte n (%)	Outros municípios n (%)	Total n (%)	
Orientada quanto à maternidade de Referência no pré-natal				
Sim	508 (65,5)	268 (34,5)	776 (71,5)	0,000
Não	156 (50,3)	154 (49,7)	310 (28,5)	
Total	664 (61,1)	422 (38,9)	1086 (100)	
Parto no serviço indicado				
Sim	411 (70,5)	172 (29,5)	583 (75,1)	0,000
Não	97 (50,3)	96 (49,7)	193 (24,9)	
Total	508 (65,5)	268 (34,5)	776 (100)	
Atendimento em outro hospital antes da internação				
Sim	100 (40,7)	146 (59,3)	246 (22,6)	0,000
Não	564 (67,1)	277 (32,9)	841 (77,4)	
Total	664 (61,1)	423 (38,9)	1087(100)	
Desfecho Obstétrico				
Parto Vaginal	297 (61,0)	190 (39,0)	487 (44,8)	0.951
Parto Cesáreo	367 (61,2)	233 (38,8)	600 (55,2)	
Total	664 (61,1)	423 (38,9)	1087 (100)	

Fonte: Dados da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento”.

Em geral, cerca de 70% mulheres deste estudo receberam orientação durante o pré-natal sobre qual seria a maternidade de referência para o parto. Destas mulheres que foram referenciadas, observa-se que 65,5% são residentes de Belo Horizonte e 34,5% de outros municípios de Minas Gerais.

Observa-se ainda que as gestantes dos outros municípios de Minas Gerais, além de terem sido menos referenciadas à alguma instituição durante o pré-natal, quando foram, apenas 29,5% tiveram parto no local indicado, enquanto aquelas residentes de Belo Horizonte apresentaram 70,5% com parto em maternidade de referência.

Aproximadamente 23% das gestantes precisaram buscar atendimento em outra maternidade antes da internação para o parto e o desfecho obstétrico predominante foi parto cesáreo, com números semelhantes entre residentes e não residentes do município de Belo Horizonte – cerca de 55% em ambos os grupos.

A tabela 2 categoriza os motivos pelos quais 246 mulheres deste estudo tiveram que buscar por outra instituição para internação obstétrica.

Tabela 2 – Distribuição dos motivos para não realização do parto nas instituições buscadas pelas parturientes (n = 246).

Motivos	Belo Horizonte n (%)	Outros Municípios n (%)	Total n (%)
Sem vagas	45 (45,0)	55 (55,0)	100 (38,3)
Ausência de Recursos Hospitalares	05 (11,6)	38 (88,4)	43 (16,5)
Não estava em trabalho de parto	20 (48,8)	21 (51,2)	41 (15,7)
Referenciado para Alto Risco	05 (38,5)	08 (61,5)	13 (5,0)
Não foi informada	01 (25,0)	03 (75,0)	04 (1,5)
Outros	28 (46,7)	32 (53,3)	60 (23,0)
Total	104 (39,9)	157 (61,1)	261*

*Pode haver mais de um motivo por mulher devido à busca por mais de uma instituição.

Fonte: Dados da pesquisa "Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento".

O principal motivo de peregrinação destas mulheres pelos serviços de saúde foi falta de vaga na instituição indicada (38,3%). Foram frequentes também situações em que mulheres procuraram atendimento e se depararam com ausência de recursos hospitalares (material e profissional), impedindo o atendimento (16,5%), destacando-se aquelas residentes de outros municípios de MG (88,4%). Há destaque ainda para àquelas que não estavam em trabalho de parto (15,3%) e menos frequentes foram aquelas referenciadas para alto risco (5%) e sem informação (1,5%). Outros motivos não categorizados foram citados abertamente pelas mulheres e, os mais frequentes relacionavam-se à preferência pessoal por determinada maternidade, proximidade ou dificuldade de acesso e a questões burocráticas/plano de saúde.

Em relação aos desfechos neonatais desfavoráveis, não foram observadas diferenças significativas q entre os partos de mulheres residentes e não residentes de Belo Horizonte ($p > 0,05$). Ambos os grupos apresentaram aproximadamente 33% de algum desfecho neonatal desfavorável, categorizados na tabela 3.

Tabela 3 – Desfechos perinatais entre mulheres residentes e não residentes de Belo Horizonte.

Desfechos Perinatais	Procedência da Gestante			P Valor
	Belo Horizonte (%)	Outros municípios (%)	Total (%)	
Prematuridade				
Sim	45 (8,5)	43 (13,6)	88 (10,4)	0,020

Não	482 (91,5)	273 (86,4)	755 (89,6)	
Apgar < 7 no 5º minuto				
Sim	8 (1,4)	4 (1,1)	12 (1,3)	0,694
Não	573 (98,6)	465 (98,9)	938 (98,7)	
Reanimação em sala de parto				
Sim	112 (19,2)	70 (19,0)	182 (19,1)	0,917
Não	470 (80,8)	299 (81)	769 (80,9)	
Internação neonatal				
Sim	41 (7,0)	27 (7,3)	68 (7,2)	
Não	541 (93,0)	342 (92,7)	883 (92,8)	0,234
Óbito fetal/neonatal				
Sim	8 (1,4)	9 (2,4)	17 (1,8)	
Não	576 (98,6)	364 (97,6)	940 (98,2)	

Fonte: Dados da pesquisa "Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento".

Ao estimar e comparar a ocorrência de desfechos neonatais em mulheres gestantes residentes e não residentes em BH, observou-se maior proporção de prematuridade entre as mulheres provenientes de outros municípios ($p = 0,020$). Em relação aos demais desfechos categorizados na tabela 3, não foram observadas diferenças significativas ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que Belo Horizonte é responsável por cerca de 40% de partos de mulheres de outros municípios de Minas Gerais que são transferidas ou buscam a capital para assistência materno-fetal, caracterizando situação de peregrinação e violação de seu direito de garantia de atendimento ao parto.

Grande parte destas mulheres é proveniente da RMBH uma vez que percorrem até 50 km para receber atendimento.²⁴ Estes dados refletem a fragilidade e o despreparo de alguns municípios da RMBH para receber e atender estas mulheres, mesmo que tenham realizado pré-natal de risco habitual. Esta transferência para o desconhecido e sem garantias à gestante pode gerar medo e insegurança.²⁰

Para compreender a trajetória percorrida por estas mulheres é preciso conhecer a atual situação da assistência obstétrica na região metropolitana, a começar pelo pré-natal, que é uma potente ferramenta norteadora do profissional de saúde para acompanhamento e orientação da gestante.¹

O Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (PHNN), instituído pelo Ministério da Saúde no ano 2000, veio com a proposta de garantir melhoria ao acesso, cobertura e qualidade no pré-natal.²⁵ A realização de no mínimo 6 consultas, acesso aos exames laboratoriais e imunização antitetânica, participação em atividades educativas e a classificação do risco gestacional com encaminhando para unidade especializada quando necessário são componentes essenciais desta estratégia para acompanhamento adequado do pré-natal.²⁵ Posteriormente, em 2011, foi criada a Rede Cegonha para reforçar o PHNN e somar ações que asseguram, dentre outras questões, a atenção humanizada durante o pré-natal.^{11,26}

A alta adesão ao pré-natal entre as gestantes residentes e não residentes de Belo Horizonte (99,3%), está condizente com a tendência nacional que apresentou aumento importante.²⁷ Estes dados demonstram que os programas e políticas de saúde desenvolvidos na área da saúde da mulher impactaram positivamente para melhoria ao acesso ao pré-natal no Brasil.^{20,25,26} Pressupõe-se, portanto, que estas mulheres tiveram oportunidade e acesso a informações e orientações sobre sinais de trabalho de parto e sinais de alerta para buscarem atendimento somente quando necessário, evitando assim a peregrinação pelos serviços de saúde.

Entretanto, surge um questionamento em relação à qualidade do pré-natal ofertado por estes municípios. Muito se fala em número mínimo de consultas e os exames laboratoriais e de imagem e deixa-se de lado o compromisso de orientar e esclarecer dúvidas das gestantes.¹ A presença de uma equipe multiprofissional durante o pré-natal é um fator determinante para melhorar a efetividade da assistência prestada.²⁸

A vinculação da gestante a uma maternidade de referência, assegurada na lei federal Nº 11.634/2007, deveria funcionar como garantia à assistência no momento do parto.¹⁰ Entretanto, isso não foi observado em alguns casos uma vez que esse estudo demonstrou que um terço das mulheres não receberam orientações sobre qual maternidade de referência deveriam buscar no momento do parto, principalmente aquelas não residentes de Belo Horizonte (49,7%). Isto reflete, mais uma vez, a desorganização do serviço em estabelecer um fluxo que garanta a continuidade do cuidado iniciado no pré-natal para aquela mulher.

Daquelas mulheres que receberam orientações sobre qual seria a maternidade de referência, aproximadamente 25% tiveram que buscar por outro serviço no momento do parto, pois não tiveram suas demandas atendidas no serviço no qual foram referenciadas. Sabe-se que a peregrinação anteparto faz parte da realidade nacional e é consequência da fragmentação da rede assistencial dos serviços de saúde.²⁹ Alguns municípios brasileiros da região sudeste desenvolveram programas municipais pautados na Rede Cegonha, como a Comissão Perinatal de Belo Horizonte e BH pelo parto normal (Belo Horizonte), a Cegonha Carioca (Rio de Janeiro) e Mãe Paulistana (São Paulo), a fim de garantir a acolhimento à gestante nas maternidades dos respectivos municípios.³⁰

A causa prevalente de busca por outra instituição foi a ausência de leito disponível no primeiro serviço procurado, evidenciando a situação atual da saúde brasileira, que lida com superlotação de leitos hospitalares. O fechamento de 3,5 mil leitos obstétricos no país nos últimos três anos é um dos motivos desta sobrecarga das instituições.³¹

Vale destacar que muitas mulheres procuraram a maternidade de referência, porém, não foram internadas por não estarem em trabalho de parto no momento do atendimento. A busca da maternidade neste caso se deve às mudanças fisiológicas do final da gestação. Neste período as contrações uterinas são desordenadas, perceptíveis, mas que não causam efeito no colo do útero. São conhecidas como

contrações de Braxton-Hicks, que nada mais são que um treinamento do próprio corpo para que posteriormente se estabeleça o verdadeiro trabalho de parto.³²

Este processo provoca ansiedade e gera expectativa nas mulheres, que acabam por buscar os serviços hospitalares precocemente.³³ Diante desta realidade frequente cabe ao profissional orientar estas mulheres ainda no pré-natal, utilizando uma linguagem adequada e ter em vista o estado emocional e a capacidade de entendimento da mulher naquele momento, evitando assim frustração, insegurança e muitas vezes internações precoces.³³

Algumas gestantes alegaram falta de recursos hospitalares, que contempla a ausência de maternidade em funcionamento no município de residência no período em que necessitou de assistência. Isto se deve ao o fechamento de maternidades da RMBH devido à falta de recursos financeiros e de assistência qualificada para manutenção do serviço, impactando diretamente no aumento da vinda de gestantes para assistência em Belo Horizonte. Lagoa Santa, Matozinhos e Sabará já operavam sem assistência hospitalar materno-fetal no período de realização do estudo, sobrecarregando os municípios vizinhos. A situação atual foi agravada com o fechamento de mais uma maternidade no município de Santa Luzia em 2015.¹⁹

O fechamento de maternidades da região metropolitana foi fator determinante para a sobrecarga das instituições de Belo Horizonte. O município passou a receber uma quantidade maior de mulheres, que é visto claramente na prática diária dos profissionais de saúde, onde os leitos de pré-parto são frequentemente transformados em enfermarias de alojamento conjunto, impossibilitando novas internações. Este cenário demonstra a inadequação da assistência, contrariando o conceito de humanização e os direitos das mulheres à assistência integral, digna e de qualidade.³⁴

Dentre os outros motivos citados pelas gestantes para a busca por outra maternidade que não a de sua referência estavam: preferência pessoal ou indicação de amigos, a distância ou difícil acesso à maternidade de referência e questões financeiras ou burocráticas de planos de saúde particulares.

O atendimento de múltiparas pode ter levado a preferência das gestantes por uma instituição específica. Já foi observado que possuir experiência de parto anterior, seja ela positiva ou negativa, tem forte influência na escolha da instituição, principalmente na ausência de complicações obstétricas prévias.³⁵ Os dados deste estudo mostram também que a escolha da instituição se baseou na indicação de

amigos ou familiares, demonstrando que a mulher compartilha com seu círculo de convivência as suas dúvidas e medos.

A distância da sua residência ou dificuldade de acesso à maternidade de referência reflete a distribuição não equânime das instituições pela cidade e, inevitavelmente, é um fator que proporciona acesso facilitado somente àquelas mulheres que residem em suas proximidades.³⁶ Outro fator relacionado ao acesso relatada por algumas mulheres (tabela 2), é o fato de estarem fora do domicílio no momento que entraram em trabalho de parto, forçando-as a buscar pela maternidade mais próxima.

Em Belo Horizonte observa-se que mais de 60% dos partos ocorrem em maternidades públicas, independente do município de procedência da mulher. Sabe-se que, muitas mulheres buscam instituições privadas por acreditarem receber atendimento de melhor qualidade e agilidade, além do conforto e possibilidade de escolha do profissional nestes serviços.³⁷ Em Belo Horizonte, ao buscarem instituições privadas para o primeiro atendimento, as gestantes muitas vezes se depararam com questões financeiras e burocráticas do plano de saúde, que as leva a recorrer a uma maternidade pública. Diferente do que acontece na rede pública, onde a distância e dificuldade de acesso acabam por interferir na escolha da instituição, a mulher que busca a rede privada parece não ter como obstáculo a distância a ser percorrida para a maternidade desejada.³⁸

O desfecho da gestação destas mulheres seguiu a tendência nacional caracterizada por uma epidemia de cesáreas. Em Belo Horizonte o parto cesáreo prevaleceu tanto entre as mulheres residentes e aquelas não residentes do município, ficando em torno de 55% de todos os nascimentos na cidade. Este cenário se deve a hospitalização do parto e tendência à assistência médico-centrada, que fere a integridade corporal das mulheres, desrespeitando o direito a informações e a sua autonomia.³⁹

O desfecho perinatal desfavorável de prematuridade encontrado nas mulheres não residentes em BH pode estar diretamente relacionado à falta de recursos de alguns municípios em atender recém-nascidos prematuros e às condições de saúde das gestantes, especialmente a qualidade da atenção do pré-natal.⁴⁰

Vale ressaltar que, ao contrário dos países desenvolvidos, as maiores causas de morte neonatal no Brasil são evitáveis, pois estão relacionadas a complicações

da prematuridade, baixo peso ao nascer, afecções respiratórias e asfixia do recém-nascido.⁴¹ Estes fatores podem ser classificados como um causa sensível da qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde.⁴²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, pode-se afirmar que um grande número de gestantes de outros municípios de Minas Gerais buscam maternidades de Belo Horizonte para assistência materno-fetal. A maioria é residente da RMBH e cerca de metade possui experiência de parto anterior.

A trajetória percorrida por estas mulheres se inicia no pré-natal, estratégia que se mostrou eficiente em relação a adesão às consultas. Porém nota-se que uma porcentagem considerável não recebeu orientações dos profissionais de saúde quanto à maternidade de referência, as mudanças no corpo e orientações sobre sinais de trabalho de parto e o momento adequado para procurar atendimento. Observou-se ainda que mesmo quando vinculada a uma instituição de referência, algumas mulheres ainda se veem frente a situações contrárias às orientações do pré-natal, o que as deixam em situação de peregrinação por assistência.

Várias são as razões da busca por outra instituição, destacando-se a ausência de maternidade na cidade de residência, que se dá devido à crise financeira no setor da saúde brasileira e por não atenderem a requisitos mínimos de qualidade assistencial. A falta de leitos obstétricos e neonatais é uma realidade atual brasileira e é um fator estreitamente relacionado à vinda de mulheres de outros municípios para Belo Horizonte, levando à superlotação dos serviços materno-infantis da capital. Gestantes também buscam as maternidades da capital por já terem vivido experiências positivas anteriores ou por indicações de conhecidos e familiares. Há ainda aquelas que já passaram por experiências negativas na maternidade referenciada e, por medo ou insegurança, procuraram outra instituição para o parto. A distância e dificuldade de acesso à maternidade de referência também foram fatores determinantes para procura de outro serviço. Outras razões menos recorrentes foram por questões financeiras ou burocráticas de plano de saúde.

Os partos em Belo Horizonte ocorreram predominantemente em instituições públicas e o tipo de parto prevalente foi cesáreo, em concordância com epidemia nacional de cesáreas devido à medicalização do parto no país. Os desfechos perinatais foram semelhantes entre as mulheres residentes e não residentes do município, com exceção da prematuridade, que ocorreu mais frequentemente no grupo de mulheres provenientes de outros municípios.

Fica evidente nos resultados do estudo a fragilidade dos serviços de saúde em atender integralmente as gestantes. Para alcançar a melhoria da assistência e a redução da mortalidade materna e infantil, faz-se necessário ofertar um pré-natal de qualidade, que além de acompanhar o processo de gestação, oriente as mulheres quanto às mudanças fisiológicas da gravidez, os benefícios do parto normal, os sinais de trabalho de parto, além de prover atendimento oportuno e qualificado nas maternidades.

Neste contexto, a inserção do profissional de enfermagem torna-se fundamental para que melhorias neste âmbito aconteçam, pois ele está presente em todos os serviços de saúde e possui conhecimentos que o permitem contribuir na orientação e acompanhamento de gestantes.

Ressalta-se ainda que a presença do enfermeiro obstetra na equipe de saúde favorece a humanização da assistência materno-fetal e colabora para o nascimento saudável e diminuição de intervenções desnecessárias, que tem relação direta com a diminuição da morbimortalidade materno-infantil.

REFERÊNCIAS

- 1 Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012 Abr;28(4):789-800.
- 2 Vieira BD, Parizotto APAV. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. *Unoesc & Ciência – ACBS*. 2013;4(1):79-90.
- 3 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):957-979.
- 4 Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016; 387(10017):462-474.
- 5 Division for Sustainable Development. Sustainable Development Knowledge Platform [Internet]. Nova Iorque; 2016. [citado 2016 jul. 15]. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org>.
- 6 Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011; 377:2042 - 2053.
- 7 World Health Organization; UNICEF. Accountability for maternal, newborn and child survival: The 2013 Update. Countdown to 2015 – Maternal, newborn & child survival. 2013. Disponível em: http://www.countdown2015mnch.org/documents/2013Report/Countdown_2013-Update_withprofiles.pdf.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos. Indicadores de mortalidade materna e infantil. Brasília, 2013. Disponível em: <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/idb2013/C03c.htm>.
- 9 Portal Objetivos do Milênio [internet]. Brasília; 2014. [citado 2016 jan. 7]. Disponível em: <http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portaldm/4-reduzir-a-mortalidade-infantil/BRA003031066/belo-horizonte---mg>.
- 10 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 dez. 2007. Seção 1:2.

- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jun. 2011a. Seção 1.
- 12 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(Suppl 1):S85-S100.
- 13 Belo Horizonte. Vinculação das gestantes às maternidades no SUS/BH. Secretária Municipal de Saúde. Belo Horizonte: 2000. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/atcrianca/vinculacaogestantes.doc>.
- 14 Lansky S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. Tempus Actas Saúde Coletiva. 2010;4(4):191-199.
- 15 Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. Cad. Saúde Pública. 2006;22(3):553-559.
- 16 Silva RM, Costa MS, Matsue RY, Sousa GS, Catrib AMF, Vieira LJES. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012;17(3):635-642
- 17 Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica no Brasil: cenário e indicadores de distribuição: relatório de pesquisa. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2013.
- 18 Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. Cad. Saúde Pública. 2004;20(Suppl 1):S20-S33.
- 19 Lopes V, Ferreira P. Sem o direito de nascer. Estado de Minas [Internet]. 2015 abr. 19 [citado em 2016 fev. 22]. Disponível em www.em.com.br/noticia/cadernos/gerais/2015/04/19/interna_gerais,147794/sem-o-direito-de-nascer.shtml
- 20 Silva ALS, Almeida LCG. Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde. 2015;2(2):07-19.
- 21 Tanaka ACA. Maternidade: Dilema entre Nascimento e Morte. São Paulo: Hucitec; 1995.
- 22 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(Suppl 1):S192-S207.

23 Belo Horizonte. Mapa da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Secretaria Municipal Adjunta de Gestão Compartilhada [internet]. Prefeitura de Belo Horizonte, 2016. [citado 2016 jan. 05]. Disponível em: http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/sites/gestaocompartilhada.pbh.gov.br/files/produtos/1_mapa_regiao_metropolitana_colar_bh_a3_0.pdf

24 Minas Gerais. Departamento de Estradas de Rodagem do Estado de Minas Gerais. Distâncias entre Municípios de Minas e Belo Horizonte [internet]. Belo Horizonte;2016. [citado 2016 fev. 1]. Disponível em: <http://www.der.mg.gov.br/saiba-sobre/distancias-entre-municipios-de-minas>.

25 Brasil. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde. Brasília; 2000.

26 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Manual Prático para a implementação da rede cegonha. Brasília, 2011b.

27 Brasil. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos – Brasil 2008. Cobertura de consultas de pré-natal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. {acesso em 04 fev 2016}. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2008/f06.def>.

28 Francischini AC, Moura SDRP, Chinellato M. A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família. *Revista Investigação*. 2008;8(1-3):25-32.

29 *Maia MN. A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013.*

30 Ferreira RVF. Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste no Nascer do Brasil. *[dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2015.*

31 Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia [Internet]. Rio de Janeiro; 2014. [atualizado 2014 ago. 21; citado 2016 fev. 28]. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/?p=9430>.

32 Araújo LA. O mecanismo de parto. In: Araújo LA, Reis AT. *Enfermagem na prática materno-neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 60-1

33 Francisquini AR, Higarashi IH, Serafim D, Bercini LO. Orientações Recebidas durante a gestação, parto, pós-parto por um grupo de puérperas. *Cienc. Cuid. Saúde*. 2010;9(4):743-751.

34 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):05-35.

- 35 Rosa CQ, Silveira DS, Costa JSD. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. *Rev. Saúde Pública.* 2014;48(6):977-984.
- 36 Santos LM, Paiva MS, Nunes IN, Melo CMM. Referência de parturientes para a atenção hospitalar: um estudo argumentativo. In: *Anais do 7º Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal.* 2011 jul.; Belo Horizonte. Belo Horizonte: ABENFO-MG; 2011. p.5592-5609.
- 37 Dinsdale GB, Manson DB, Schmidt F & Strickland T. Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros. *ENAP.* 2000(20).
- 38 Melo ECP, Knupp VMAO, Oliveira RB, Tonini T. A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(spe):804-809.
- 39 Soares VMN, Souza KV, Azevedo EMM, Possebon CR, Marques FF. Causas da mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2012;34(12):536-543.
- 40 França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. *Rede Interagencial de Informação para a Saúde Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências.* Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2009:83-112.
- 41 Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública.* 2002;36(6):759-772.
- 42 Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Morais Neto OLML et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenção do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2007;16(4):233-244.