

PEREGRINAÇÃO ANTEPARTO: Compreendendo o Significado da Busca Pelo Direito de Parir

PILGRIMAGE ANTEPARTO: Understanding the Meaning of the Quest for the Right to Quit

Tamires Pinheiro Dos Santos Lopes¹
Xênia Vieira Rios¹
Rita de Cássia Velozo da Silva²

RESUMO

As falhas ocorridas no processo de orientação da gestante dentro da assistência pré-natal tanto no quesito fatores de risco quanto proximidade e nível de complexidade, configuram, na maioria das vezes, na não vinculação da gestante ao serviço de referência para o parto mais adequado às suas condições de saúde, culminando em uma procura precoce e indiscriminada pelas maternidades. **Objetivo:** Descrever os fatores determinantes do processo de peregrinação anteparto. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, disponibilizados no sítio da Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online e e Medical Literature and Retrieval System on Line. **Resultados:** Identificados 32 artigos. **Discussão:** Definiram-se três categorias temáticas: Políticas Públicas Voltada Para as Mulheres; Fatores Determinantes para Acesso à assistência Pré-natal e Parto e os fatores que Influenciam a Peregrinação; O Papel do/a Enfermeiro/a durante o Pré-natal e Trabalho de Parto como Prevenção da Peregrinação. **Considerações Finais:** Espera-se que, a partir do emprego de uma assistência integral e humanizada durante o pré-natal, com uma maior aproximação entre a gestante e a equipe de saúde, e considerando fatores como o acesso, as condições econômicas, sociais, de moradia, entre outros capazes de interferir no processo saúde-doença, os riscos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal sejam identificados e controlados de forma mais precoce.

Palavras-chave: Parto; Cuidado Pré-Natal; Acesso aos Serviços de Saúde; Políticas Públicas; Peregrinação anteparto.

¹Enfermeira, pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica, pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

²Enfermeira, doutoranda pela Universidade do Porto. Orientadora.

ABSTRACT

The failures that occurred in the orientation process of the pregnant woman within prenatal care, both in terms of risk factors and proximity and level of complexity, are, for the most part, the non-attachment of the pregnant woman to the referral service for the most appropriate delivery to the pregnant women. their health conditions, culminating in an early and indiscriminate demand for maternities. **Objective:** Describe the determining factors of the process of antepartum pilgrimage. **Methodology:** an integrative review of the literature, available on the Virtual Health Library website, in the databases of Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Scientific Electronic Library Online and e Medical Literature and Retrieval System on Line. **Results:** 32 articles were identified. **Discussion:** Three thematic categories were defined: Public Policies for Women; Determining Factors for Access to Prenatal and Childbirth Care and the Factors Influencing Pilgrimage; The Role of the Nurse During Prenatal Care and Childbirth as Prevention of Pilgrimage. **Final Considerations:** It is expected that, based on the use of comprehensive and humanized care during prenatal care, with a closer relationship between the pregnant woman and the health team, and considering factors such as access, economic, social, of housing, among others capable of interfering in the health-disease process, the risks related to the pregnancy-puerperal cycle are identified and controlled at an earlier stage.

Keywords: Childbirth; Child mortality; Maternal mortality; Prenatal care; Access to Health Services; Public policy

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, os índices de mortalidade materna atingiram uma média de 78,33/100.000 nascidos vivos, enquanto os de mortalidade infantil (em menores de 1 ano) atingiram 20,23/1.000 nascidos vivos, entre os anos de 2000-2011⁽¹⁻²⁾.

As ações de educação em saúde promovidas com o objetivo de melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida da população por vezes não leva em consideração o direito reprodutivo e sexual de homens e mulheres, o que reflete falhas nas tentativas de organização das ações e serviços de saúde na tentativa de atingir, com a disposição dos serviços, uma maior parcela da população em idade reprodutiva⁽³⁾.

Os índices de mortalidade neonatal e materna são reflexos de determinantes que levam em consideração fatores como poder econômico, características sociais, culturais, condições de moradia, saneamento básico,

acesso aos serviços de saúde, incidência de violência, qualidade de vida, presença de comorbidades, dentre outros⁽⁴⁾.

A saúde da mulher na gravidez, parto e puerpério, quando negligenciada, representa um elevado número de mortes que são registradas anualmente, em sua grande parte por causas evitáveis, ou seja, com possibilidade de identificação ou prevenção a partir do planejamento eficiente da assistência à saúde dentro do ciclo gravídico-puerperal. A qualidade da assistência pré-natal é fator determinante, destacando-se o número de consultas realizadas, o intervalo decorrido entre as consultas e o parto, como também as falhas na identificação de potenciais fatores de risco⁽⁵⁻⁶⁾.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em um relatório divulgado no ano de 2010 sobre mortalidade materna, o Brasil ficou abaixo da meta do milênio, alcançando uma redução de 52% (120 por 100.000 nascidos vivos em 1990, 64 por 100.000 nascidos vivos em 2005 e 58 por 100.000 nascidos vivos em 2008⁽⁶⁾).

As ações de adequação do acesso aos serviços de atenção primária, em relação ao pré-natal precoce e com qualidade, visam diminuir os impactos negativos desse contexto, controlar os fatores de risco e a identificação precoce de complicações que poderiam resultar em morte neonatal e materna⁽⁴⁾.

A peregrinação anteparto se constitui na busca realizada pela própria gestante por um serviço de assistência ao parto em mais de um estabelecimento de saúde, quando estes alegam a ausência de vaga para a internação da mesma. Este fato reflete a deficiência no pré-natal realizado e a falha no cumprimento da Lei 11.634 de 2007, que garante a vinculação da gestante a uma maternidade que atenda às suas necessidades considerando o risco de sua gestação, a partir da referência feita pela Atenção Básica durante o pré-natal⁽⁷⁾.

O número insuficiente de leitos de terapia intensiva neonatal também é um fator que contribui para a superutilização de serviços de saúde, à medida que as maternidades que estão preparadas para receberem gestantes de alto risco obstétrico internam, pela demasiada procura, gestantes de baixo risco, que sobrecarregam esses serviços em busca de segurança, por entenderem que tais serviços são capazes de disponibilizar melhores condições de

internamento e assistência à sua saúde e a do seu filho. Associado a esse cenário, existe a desigual distribuição geográfica dos estabelecimentos de saúde, refletindo graves falhas na cobertura de um considerável número de usuárias dos serviços seja pela distância entre eles e os seus locais de residência, seja pela localização de determinado serviço e de seu respectivo nível de complexidade⁽⁷⁻⁸⁾.

Instituída através da portaria nº 1.459/2011, a Rede Cegonha surgiu com o objetivo de promover um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança, reduzir a mortalidade e organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil garantindo acesso, acolhimento e resolutividade em todo o ciclo gravídico-puerperal⁽⁹⁾.

Com base neste cenário, o estudo apresenta como problema a peregrinação anteparto de mulheres nos serviços públicos de saúde na perspectiva daquelas que vivenciaram essa experiência.

Neste sentido, definiu-se como questão norteadora desta pesquisa: Como se dá a peregrinação anteparto nos serviços públicos de saúde? Para responder ao questionamento, traçou-se como objetivo geral: conhecer como se dá a peregrinação anteparto nos serviços públicos de saúde; e, como objetivo específico: Identificar as Políticas Públicas de atenção as Gestantes, identificar o papel do/a Enfermeiro/a na assistência a mulher no pré-natal e anteparto.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura cujos dados foram coletados através do levantamento das produções científicas relacionadas com o tema peregrinação anteparto. A adoção da revisão integrativa justifica-se na possibilidade de reunir uma gama de estudos publicados sobre determinado tema facilitando a compreensão do mesmo, a partir da sintetização e análise sistematizada do conteúdo apresentado, com o objetivo de rever teorias, trabalhar novos conceitos ou analisar metodologicamente os estudos já publicados.

A seleção dos estudos ocorreu por meio das bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Medical Literature and Retrieval System on Line (MEDLINE), através do sítio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Na determinação dos artigos utilizados, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, disponíveis na íntegra, na língua portuguesa; publicados entre 2006 e 2018, e relacionados diretamente com o tema abordado, utilizando os descritores: acesso aos serviços de saúde, parto e Rede Cegonha. Foram excluídos os artigos de revisão, teses e dissertações.

A partir de uma triagem inicial utilizando os critérios de inclusão e exclusão, foram identificados 51 artigos por meio de leitura seletiva, e ganharam destaque aqueles que apresentaram relação direta com o objetivo deste estudo.

3 RESULTADOS

A busca pelo tema peregrinação anteparto retornou 32 estudos produzidos entre os anos de 2006 e 2018, de onde foram coletados dados primários de acordo com a base de dados, a fonte, o ano de publicação e a categoria profissional do autor principal envolvido em cada estudo. Para uma melhor disposição dos resultados obtidos com a pesquisa, estes foram dispostos em forma de gráficos e tabelas.

Tabela 1 – Bases de dados dos artigos, no período de 2006 a 2018.

Base de Dados	Número de Publicações
LILACS	17
MEDLINE	07
SCIELO	14
Total	38

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Constata-se, a partir da avaliação da Tabela 1, que a principal fonte das publicações selecionadas para esta revisão é a base de dados LILACS, destacando-se no território da América Latina e Caribe. Esta tem como proposta proporcionar maior visibilidade, mais qualidade e facilitar o acesso às produções de saúde na sua área de abrangência.

Tabela 2 – Distribuição dos estudos selecionados de acordo com a fonte, no período de 2006 a 2018.

Revistas de Publicação	Número de Periódicos
RevBrasPromoç Saúde	03
RevEscEnferm USP	02
Rev. Latino-Am. Enfermagem	02
J. res.: fundam. care. Online	01
Cad. Saúde Pública	08
RevBrasEnferm	02
Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.	01
Esc Anna Nery	03
. J ManagPrim Health Care	01
Ver BrasGinecolObstet	02
CogitareEnferm	01
Rev Saúde Pública	03
Ciência & Saúde Coletiva	04
Interface Comunicação Saúde Educação	02
Divulgação em Saúde Para Debate	01
PhysisRevista de Saúde Coletiva	01
R. pesq.:cuid. fundam. online	01
Total	38

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A Tabela 2 revela que a maioria dos artigos encontrados têm como fonte a revista Cadernos de Saúde Pública, publicada mensalmente contendo artigos científicos pertinentes ao campo da Saúde Coletiva. Esta revista é uma das principais fontes de publicação em seu meio, discutindo temas atuais relacionados às políticas públicas e de implicação direta no cotidiano e

assistência à saúde da população, através do fomento ao debate e raciocínio crítico.

Tabela 3 – Distribuição dos estudos selecionados de acordo com o ano de publicação, no período de 2006 a 2018.

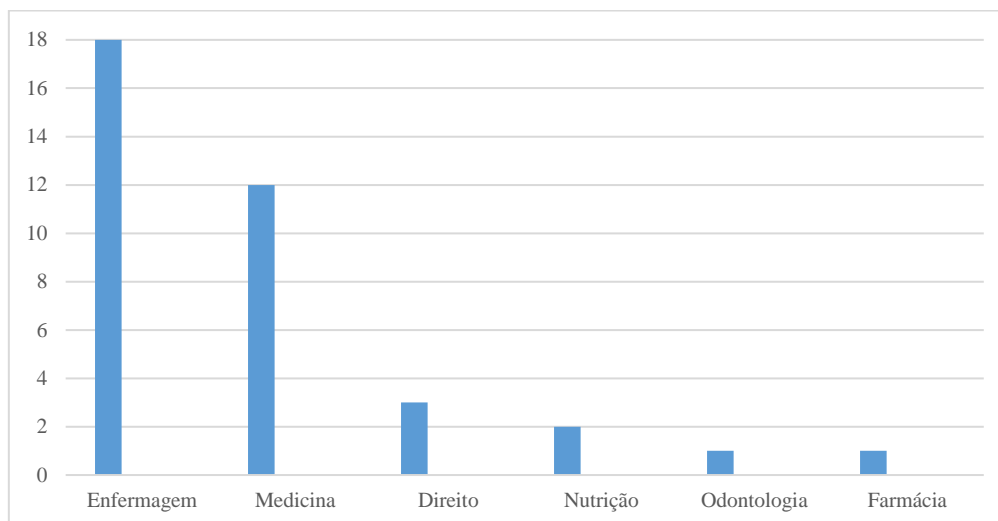
Ano de Publicação	Número de Periódicos
2006	02
2007	-
2008	02
2009	04
2010	03
2011	08
2012	02
2013	01
2014	08
2015	07
2016	01
2017	-
2018	-
Total	38

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Verifica-se, a partir da análise da Tabela 3, que os assuntos que se referem à peregrinação anteparto têm ganhado destaque nos últimos cinco anos entre os pesquisadores, principalmente a partir do advento e implantação da estratégia Rede Cegonha, no ano de 2011.

O direito ao planejamento reprodutivo, à assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal, à garantia ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável fazem parte dessa Estratégia, que tem como finalidade melhorar a assistência à saúde do binômio mãe-filho e, conseqüentemente, reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil.

Gráfico 1 – Categorias profissionais responsáveis pelas publicações considerando o autor principal, no período de 2006 a 2018.



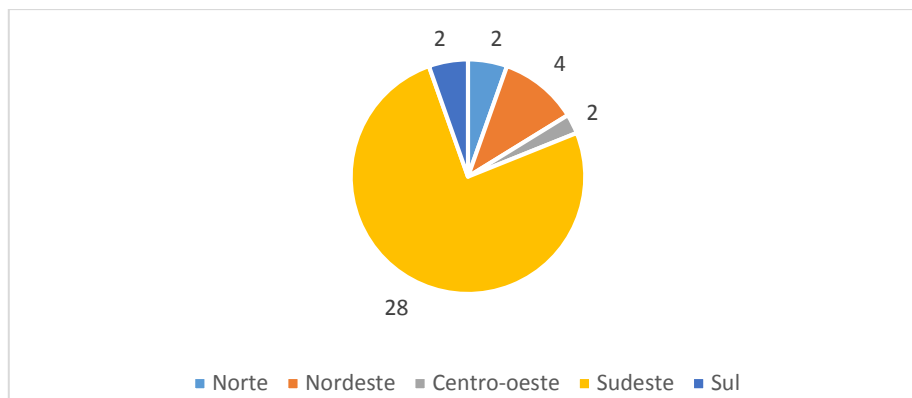
Fonte: Elaborado pelas autoras.

Na apreciação do Gráfico 1, torna-se claro que, dos 38 artigos selecionados, a maioria deles têm como principal autor o enfermeiro. A partir desta observação, pode-se entender a área da Enfermagem como a maior contribuinte para a literatura no que tange à peregrinação anteparto, com 18(46,6%) dos artigos publicados, seguida de Medicina, com 12(33,3%) dos artigos publicados. As outras áreas profissionais representam 20,1% das publicações, correspondendo a Direito (3), Nutrição (3), Odontologia (1) e Farmácia (1).

Este destaque no número de publicações certamente deve-se também ao protagonismo do profissional de Enfermagem no processo do cuidar, e ao crescente reconhecimento do enfermeiro no campo obstétrico como aquele que assiste e conduz o trabalho de parto e parto, detendo conhecimentos para discutir o tema considerando suas características e implicações.

O interesse de áreas como a de Ciências Humanas e de outras áreas da Saúde na discussão do tema, reafirmam a importância do trabalho da equipe multiprofissional em todo o ciclo gravídico-puerperal, contribuindo consideravelmente com as discussões, tomada de decisões e práticas adotadas a partir do compartilhamento de suas experiências e saberes.

Gráfico 2 – Local de publicação dos artigos, de 2006 a 2018.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Observa-se no Gráfico 2, que o maior número de publicações se concentra na região Sudeste do Brasil, totalizando 28 trabalhos publicados. A região Nordeste segue com um total de 4 publicações, as regiões Sul, Norte e Centro-Oeste com 2 publicações cada.

Este número revela as diferenças existentes no investimento em educação para cada uma das regiões e o incentivo para a pesquisa científica, evidenciando o fato de que a produção científica se destaca muito em número nos locais onde é mais reconhecida, estimulada e valorizada, o que acaba restringindo o acesso ao campo científico das demais regiões.

4 DISCUSSÃO

Após a análise dos 38 artigos selecionados, através da leitura interpretativa, foram identificadas três categorias: 1) políticas públicas voltadas para as mulheres; 2) fatores determinantes para acesso à assistência pré-natal e ao parto; 3) o papel do/a enfermeiro/a durante o pré-natal e trabalho de parto como prevenção da peregrinação; que serão expostas a seguir.

4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA AS MULHERES

Até a década de 70 as políticas públicas de saúde voltadas para o público feminino no Brasil tinham como foco principal a saúde materno-infantil. A partir da década de 80, as ações ampliam seu público-alvo e passam a

abranger desde as adolescentes até as mulheres na terceira idade, buscando a garantia do acesso pleno aos serviços de saúde e dos direitos dessa parcela da população⁽¹⁰⁾.

As políticas públicas de saúde representam as expectativas de uma sociedade e são ferramentas que possibilitam uma mudança contextual de acordo com estudos situacionais que envolvem, inclusive, estudos epidemiológicos. Originam-se a partir da identificação de um determinado problema ou da necessidade de aprimorar ideias e práticas usuais e implementar diferentes formas de evidenciar e resolver determinadas questões.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado no ano de 1984, é um exemplo desta mudança, que antes priorizava o planejamento familiar nas ações de atenção básica e em 2004 abre espaço para a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que exigiu ponderações por parte da sociedade no reconhecimento da mulher como um ser de direitos, independente, livre e capaz, atrelado à necessidade da preservação dos direitos sexuais e reprodutivos⁽¹⁰⁾.

Esta política incorpora a integralidade, o enfoque de gênero, de raça e etnia e a promoção da saúde como princípios norteadores. Assim, preenche antigas lacunas ao introduzir as ações de atenção ao climatério, as queixas ginecológicas, a reprodução humana assistida, atenção ao abortamento inseguro e a segmentos da população feminina historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, tais como: mulheres em situação de prisão, mulheres negras, índias, lésbicas e bissexuais, trabalhadoras rurais, com deficiência⁽¹¹⁾.

Na atenção ao pré-natal: em 1995, para cada parto atendido no SUS, era realizada 1,2 consulta de pré-natal. Em 2011, foram quase 20 milhões de consultas de pré-natal para cerca de 2 milhões de partos atendidos no SUS, superando o preconizado para uma boa atenção ao pré-natal, ou seja, 6 consultas: foram 10,2 consultas para cada parto atendido, sendo mais de um terço dessas consultas realizadas por enfermeiras. O aumento da cobertura de pré-natal, decorrente da ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, resultou em importante redução da mortalidade infantil, mostrando que o trabalho em equipe multiprofissional em um modelo de atendimento mais abrangente tem efeitos importantes na saúde das pessoas⁽¹¹⁾.

Os fatores econômicos, sociais, culturais, a qualidade de vida, a prática laboral e outras questões individuais influenciam diretamente nos chamados desfechos perinatais. Portanto, a atenção pré-natal é crucial na identificação precoce de fatores de risco que podem estar associados de forma direta ou indireta à ocorrência de possíveis complicações no período gestacional⁽⁴⁾.

A partir da implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) pelo Ministério da Saúde no ano 2000, que objetivou, além da ampliação das medidas já existentes com o foco na atenção à saúde da gestante, a garantia na melhoria do acesso, do alcance e da qualidade da assistência à saúde em todo o ciclo gravídico-puerperal tendo como alvo a redução dos índices de mortalidade materna, a humanização se torna a principal tática do processo⁽¹²⁾.

Com o emprego de uma assistência humanizada, além do respeito aos desejos e necessidades da gestante, promove-se uma maior aproximação entre esta e a equipe de saúde, o que colabora com o fortalecimento dos vínculos e o aumento da confiança entre as partes, transformando o trabalho de parto e parto em experiências enriquecedoras.

Entre os critérios considerados na avaliação da qualidade da assistência pré-natal ofertada, além do fácil acesso aos serviços disponíveis, destacam-se também o período de início e o número total de consultas realizadas durante a gestação, além da qualidade e adequação da informação trabalhada, refletindo o compromisso e a capacidade de captação e adaptação do serviço, corroborando com adesão da mulher ao processo⁽¹³⁾.

O estabelecimento do vínculo entre a atenção básica e o serviço de referência para o parto, garantido pela Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, é um dos requisitos do PHPN e deve fazer parte do planejamento dos estabelecimentos de saúde⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A gestante deve ter conhecimento prévio da maternidade para a qual deve se dirigir em casos de intercorrências e na identificação dos sinais de trabalho de parto. Esta vinculação deve ser realizada preferencialmente no início das consultas de pré-natal pelo profissional que a acompanha, considerando, principalmente, o seu risco gestacional⁽¹³⁾.

A continuidade da assistência é caracterizada pela efetividade deste vínculo e o serviço privado tem a sua prática menos fragilizada quando

comparado ao serviço público neste aspecto, pois o primeiro consegue se organizar de tal forma que seja sempre o mesmo profissional a acompanhar a mulher em todas as consultas de seu pré-natal⁽¹⁶⁾.

A adequada identificação do risco de uma gestação é ferramenta crucial para determinar os cuidados que deverão estar disponíveis e serem ofertados à mulher no momento do parto, mas pode tornar-se indiferente caso esta gestante não seja direcionada ao serviço de atenção ao parto adequado às suas necessidades e em tempo hábil⁽¹⁷⁾.

Apesar disto, a pesquisa Nascido no Brasil, divulgada no ano 2014, identificou que apenas 59% das gestantes foram orientadas com relação à maternidade que deveriam tomar como referência no pré-natal e que 16% das mulheres precisaram procurar por mais de uma maternidade para serem admitidas, caracterizando a peregrinação⁽¹⁸⁾.

Na mesma linha, este quadro é reforçado e também é possível constatar que foram poucas as mulheres que tiveram seus partos realizados na maternidade indicada no pré-natal, e entende esta realidade como uma evidência de falha no processo de referencialmente e do distanciamento entre o que o que é pregado e ofertado pelo SUS com o que de fato atenderia a realidade das usuárias dentro das suas necessidades⁽¹⁹⁾.

Neste contexto, é possível compreender a importância da associação da lei de vinculação prévia à maternidade – onde a gestante deverá receber assistência - ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento como um de seus requisitos, pois a lei fundamenta e orienta como esta vinculação deve acontecer e determina a quem é atribuída esta responsabilidade. Assim, o PHPN desenha em seu plano de ação a sua rede de cuidados, conferindo à mulher a segurança de parir em uma maternidade que, ao passo que atende às suas necessidades no quesito de adequação de recurso humano, físico e material, é de fácil acesso a partir do seu local de moradia, dirimindo as ocorrências de peregrinação anteparto.

A partir do advento da Rede Cegonha, em 28 de março de 2011, promove-se um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança. Complementando o PHPN, esta estratégia busca assegurar o direito ao planejamento reprodutivo, ao acesso, acolhimento e a resolutividade dos

serviços com foco desde antes do parto até os dois anos completos da criança⁽⁹⁾.

Foi realizado um estudo nos alojamentos conjunto de quatro maternidades da região metropolitana do Rio de Janeiro, com relatos de cerca de 56 mulheres sobre a sua experiência com a peregrinação. Dentre os relatos as maiores causas dessa problemática foram a escassez de vagas de leitos, o que fazia com que mulheres percorressem até diferentes cidades em busca de atendimento. Essa falta faz com que essas mulheres busquem seus direitos com apoio policial, causando uma insatisfação das mesmas quanto ao atendimento e incerteza a sobre a assistência que ainda receberam. Vale ressaltar que o atendimento desrespeitoso e com maus tratos foi vivenciado por várias mulheres, que tem direito ao atendimento, mas são recebidas como se tivessem lhe prestando um favor⁽²⁰⁾.

A Rede Cegonha, com o objetivo de assegurar uma assistência qualificada, tem como exemplos de suas diretrizes: a garantia da execução do teste rápido de gravidez nas unidades da rede básica de saúde, a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, testes sorológicos e todos os exames laboratoriais e clínicos necessários para, inclusive, identificar qualquer problema de saúde que possa afetar a saúde da mãe e do bebê, a qualificação constante da equipe assistencial, uma rede especializada de atendimento para absorver os casos de maior risco, uma rede estruturada de referenciamento e o leito garantido no serviço de assistência ao parto para o qual a gestante for vinculada⁽²¹⁾.

Para oferecer às gestantes o suporte e a assistência à saúde com foco no acolhimento e resolutividade, as instituições vinculadas à Rede Cegonha atuam de forma organizada e conjunta com os serviços disponíveis na Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil. No entanto, identifica-se que, através de pesquisas realizadas em maternidades, existem falhas relacionadas ao suprimento de material, oferta de equipamentos, qualificação do corpo funcional, além da ausência do serviço de UTI, presente apenas nos hospitais de maior nível de complexidade, limitando as possibilidades das mulheres e refletindo nos índices de mortalidade materna e neonatal⁽⁸⁾.

Neste contexto, a Rede Cegonha assume o desafio de promover mudanças no modelo de assistência ainda vigente em todo o território nacional,

baseado no modelo biomédico. Portanto, a Rede Cegonha se insere como estratégia que prioriza a adoção de práticas assistenciais baseadas em evidências científicas, visando proporcionar autonomia para a equipe assistencial com foco na objetividade e resolutividade na assistência prestada à usuária⁽²²⁾.

Dentro da sua magnitude, a Rede Cegonha estabelece parâmetros que requerem maior esforço das equipes assistenciais no comprometimento com os requisitos do programa e dos gestores na execução de modificações estruturais e de fluxos que viabilizem o processo. A partir disto, há um comprometimento mútuo entre o serviço e a mulher e os dois tornam-se responsáveis pela assistência durante o pré-natal e pela saúde do binômio mãe-filho⁽⁴⁾.

O estabelecimento da confiança e dos vínculos dinamiza o contexto, envolve os atores, responsabiliza o conjunto e desfragmenta a assistência, intervindo efetivamente nas ocorrências de peregrinação antes do parto, que aos poucos deixam de fazer parte da realidade das gestantes atendidas pelo SUS.

4.2 FATORES DETERMINANTES PARA ACESSO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PARTO, E FATORES QUE INFLUENCIAM A PEREGRINAÇÃO

A assistência pré-natal de qualidade está diretamente relacionada à redução das taxas de mortalidade materna e infantil e revela a adequação do modelo de atenção à saúde empregado pelo SUS⁽⁴⁾.

A atenção dispensada à mulher no pré-natal inicia-se a partir do momento em que se identifica a gestação até a primeira consulta após o parto. Tais consultas são planejadas com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento do bebê, o estado de saúde da gestante, identificar e tratar problemas de saúde e fatores potencialmente agravantes da gestação e do parto, além de promover saúde. Para tanto, as unidades de saúde responsáveis pela assistência pré-natal devem dispor de insumos, equipamentos e pessoal capaz de acolher a gestante de forma humanizada, ouvindo atentamente suas questões, além de considerar suas dificuldades. A promoção da assistência qualificada e a organização dos serviços no sentido

de referenciar as mulheres a serviços especializados quando necessário, reduz consideravelmente o número de idas e vindas das usuárias através da rede⁽²³⁾.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, é garantido a todo o cidadão brasileiro o direito ao acesso aos serviços de saúde gratuitamente, em todos os níveis de atenção, através do Sistema Único de Saúde⁽²⁴⁾.

No ano de 1978, na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata no Cazaquistão, a Atenção Primária à Saúde passou a ser discutida e trabalhada de forma que atendesse aos anseios e as necessidades reais da população a partir da implementação de outros modelos de assistência à saúde, seguindo os princípios e diretrizes do SUS⁽²⁵⁾.

Levando em consideração a distribuição geográfica populacional, dentre as diretrizes do SUS, a regionalização, juntamente com a descentralização, ganha destaque quando são discutidas as estratégias que organizam e operacionalizam o sistema, a partir da formação de redes assistenciais com o objetivo de ampliar o acesso através da integração dessas mesmas redes. As redes regionalizadas fornecem o suporte necessário para o trabalho planejado coletivamente dentro do âmbito das Políticas Públicas, provendo ações e serviços em determinados espaços regionais previamente estabelecidos⁽²⁶⁾.

Neste contexto, a proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como a tática prioritária de estruturação da Atenção Básica, tornando-se a porta de entrada do SUS. A principal característica da ESF é o contato mais próximo com o usuário, devido à localização das unidades – é dada prioridade aos bairros periféricos – e ao cadastramento das famílias da área adscrita, favorecendo o aumento da cobertura assistencial dos municípios⁽²⁷⁾.

Contudo, há evidência da precarização estrutural das unidades e da escassez de espaço físico para a instalação destas, principalmente nas zonas urbanas e em áreas mais populosas de ocupação irregular, aumentando a distância entre o usuário e o serviço, impactando na dificuldade do acesso às unidades para a realização do pré-natal⁽²⁸⁾.

A Pesquisa Nascer no Brasil revela 99% de cobertura da assistência pré-natal, aponta que apenas 61% das mulheres deram início ao pré-natal dentro do período recomendado pela Rede Cegonha (até a 12ª semana de gestação) e somente 73% das gestantes realizaram no mínimo seis consultas

de pré-natal. Esses números denunciam graves falhas existentes na organização dos serviços em prol da atenção à saúde da mulher principalmente quando são levadas em consideração características como: o número de gestações anteriores, o grau de instrução, a raça e o local de residência destas^(16, 18).

Apesar do aumento no nível de cobertura registrado, ainda existem carências na atenção pré-natal dispensada, visto que nem todas as mulheres conseguem acesso a todos os serviços especificados nos programas. Essa situação se torna mais evidente entre as mulheres de baixa renda que, além da limitação no acesso aos serviços disponíveis, têm as suas chances de receberem uma assistência com menor qualidade consideravelmente aumentadas⁽²⁹⁾.

As falhas ocorridas no processo de orientação da gestante dentro da assistência de pré-natal, tanto no quesito fatores de risco quanto proximidade e nível de complexidade configuram, na maioria das vezes, na não vinculação da gestante ao serviço de referência para o parto mais adequado às suas condições de saúde, culminando em uma procura precoce e indiscriminada por maternidades e hospitais⁽³⁰⁾.

Nas situações em que há risco real para a mãe e para o feto, a necessidade de leito de UTI neonatal e de leito obstétrico especializado cresce, mas, em contrapartida, apenas os serviços de alta complexidade dispõem desse nível de suporte. Há um déficit real entre a quantidade de leitos de UTI neonatal e berçários intermediários em comparação à demanda de todo o país⁽¹⁷⁾.

Tal cenário coloca em questão o potencial de resolutividade dos serviços ofertados e das estratégias empregadas até então que, apesar de fornecerem em teoria subsídios e instrumentos capazes de promover a qualidade da assistência demandada pelo usuário final, encontra entraves na sua execução que favorecem a ocorrência de impactos negativos na qualidade da assistência, comprometendo a efetividade das ações propostas.

A assistência ao trabalho de parto deve ser realizada de forma integral e de acordo com o risco gestacional associado ao ciclo gravídico-puerperal. Há uma preocupação maior com a identificação das complicações potenciais envolvidas no processo e com o emprego de uma atenção baseada em

evidências, buscando evitar intervenções desnecessárias e referenciar as mulheres para serviços capazes de absorver a demanda destas, oferecendo os cuidados necessários para o parto e nascimento seguros⁽³¹⁾.

Para a efetivação da admissão, é recomendável que a parturiente esteja com ao menos cinco centímetros ou mais de dilatação, o que caracteriza a aproximação do período expulsivo. Essa atenção diminui as chances de adoção de intervenções consideradas desnecessárias, ou seja, aquelas que fogem do contexto das boas práticas de atenção ao parto. O acolhimento à gestante efetuado nas maternidades no momento da admissão para o parto é um indicador da qualidade da assistência prestada por tal serviços⁽³²⁾.

A avaliação para a admissão deve ser realizada por profissional capacitado e atento às necessidades da gestante. Quando possível, é interessante que seja o mesmo profissional a admitir e acompanhar todo o trabalho de parto e o parto da mulher, estabelecendo continuidade e agregando qualidade ao processo. A escuta qualificada e a atenção humanizada criam um ambiente favorável à compreensão mútua e aumenta as chances de sucesso, com o objetivo de prezar pela qualidade de vida da mãe e do bebê.

Portanto, as gestantes devem ser orientadas durante o pré-natal sobre, além de outros aspectos, as suas condições de saúde e quanto aos sinais e sintomas do trabalho de parto, o que minimiza a procura precoce pelos serviços de assistência ao parto e, como consequência, diminui o estresse e os transtornos com a locomoção para a gestante e a sua família⁽³⁰⁾.

O uso de transporte pertencente a terceiros pode ser problemático para as mulheres, pois, ao serem examinadas e liberadas da primeira maternidade procurada, poderão não contar mais com a presença de um carro à sua espera. Estabelece-se um dilema, como relatado: *“Eu não tinha como voltar para casa, fiquei sem saída. Minha irmã e meu cunhado vieram de Sussuarana [...] a gente ligou para eles virem agora de carro para a maternidade para poder vir me buscar, mas esse percurso é grande!”*(E.6, percorreu 2 maternidades)⁽³³⁾.

Tendo frequentado o pré-natal, cresce na parturiente a sensação de já estar, de alguma forma, vinculada à rede de serviços, com possibilidade de ser atendida facilmente nas maternidades, quando chegar ao final da gravidez, o que constitui, para uma das entrevistadas, o exercício de direitos reprodutivos.

Essa situação pode ser exemplificada na seguinte fala: *“Eu fiz o pré-natal e tinha o direito de me internar em qualquer maternidade”*(E.3, percorreu 2 maternidades)⁽³³⁾.

Infelizmente, ainda é possível observar a peregrinação da gestante por carência de vaga ou leito obstétrico nas Unidades hospitalares. Essa realidade constitui a vivência dessas mulheres, configurando um grave problema de saúde pública na rede de atenção à saúde materna, como foi dito. Seguem-se depoimentos a respeito:

“Quando estava começando as dores, umas dores diferentes e aumentando fui para o hospital e não me atenderam e logo fui para outro, em outra cidade, e também não me atenderam e vim para essa maternidade que estou”(PS32)⁽³⁴⁾.

“Falaram para procurar outra maternidade, e não tinha vaga para internação (...) foi uma falta de respeito comigo, teria de me atender e ter uma vaga, e procurar outro hospital (...) foi um caos (...). E, nunca mais quero passar por essa situação, em que não consegui vaga por falta de cama” (PS50)⁽³⁴⁾.

A peregrinação acontece por diversos fatores que poderiam ser evitados, ela se inicia pela busca da gestante por um local para iniciar o pré-natal, e vai dando prosseguimento até o momento do parto. Isso ocorre pela limitação de informações, a falta de vinculação a uma maternidade referência para a complexidade da gestação vivenciada e a busca de um local para parir. Vale lembrar da importância do comprometimento da mulher com a gestação, o que também afeta e colabora com a peregrinação, porque nada adiantará boas informações e uma vinculação, se não existir comprometimento por parte da gestante.

4.3 O PAPEL DO/A ENFERMEIRO/A DURANTE O PRÉ- NATAL E TRABALHO DE PARTO COMO PREVENÇÃO DA PEREGRINAÇÃO.

A assistência pré-natal de qualidade tem impacto direto na redução dos níveis de mortalidade materna e infantil. Para que este impacto seja efetivo e positivo, os atores envolvidos no processo devem assumir a responsabilidade com o bem-estar e com a vida dos indivíduos, através do compromisso e dedicação no cumprimento das recomendações feitas pelo Ministério da Saúde, que têm o objetivo de fornecer segurança e favorecer um desfecho

satisfatório na gravidez, parto e puerpério. A capacitação, a habilidade e o treinamento são características essenciais do profissional de saúde responsável por acompanhar gravidezes, o que garante um cuidado especializado e completo⁽³⁵⁾.

Contudo, não é fácil avaliar a condição da assistência pré-natal dispensada. São poucos os estudos que se propõem a avaliar essa qualidade, considerando as dificuldades envolvidas no processo no que tange à observação do retorno obtido em decorrência dos serviços oferecidos e dos que deixam de serem ofertados. Diante desta dificuldade no acompanhamento, o número de consultas realizadas torna-se parâmetro para a avaliação dessa classificação, na frente de características como a forma como essas consultas são conduzidas e o nível de envolvimento do profissional responsável, que são os parâmetros que melhor retratam a qualidade de todo o processo⁽²⁹⁾.

Para tanto, para um pré-natal bem realizado, além da necessidade de um profissional qualificado e capaz de compreender todo o ciclo gravídico-puerperal e suas mais diversas nuances, é indispensável que este esteja atento às particularidades de cada mulher, tornando as consultas cada vez mais completas e personalizadas⁽³⁵⁾. Este profissional deve considerar que cada mulher atribui um significado diferente e expectativas das mais diversas para cada gestação, e que isso independe da quantidade de vezes em que ela esteve grávida, do número de filhos que possui, do seu estado civil, das suas condições financeiras, dentre outros aspectos.

As consultas de pré-natal devem ser responsáveis por, segundo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), promover saúde, prevenir agravos e ampliar o acesso das gestantes aos serviços disponíveis em toda a rede do SUS, envolvendo os exames laboratoriais que devem ser realizados, os exames de imagem, as vacinas que devem ser administradas, as consultas com os outros membros da equipe multidisciplinar de assistência à saúde e as atividades de sensibilização, educação e capacitação que envolvem, inclusive, os familiares das gestantes, com o objetivo de tecer uma verdadeira rede de suporte clínico, diagnóstico e emocional para o novo contexto familiar que se forma⁽¹⁹⁾.

O pré-natal conta com um conjunto de ações programadas e planejadas de acordo com o desenvolvimento gestacional para atuar como prevenção de

agravos que possam acometer a gestante e o bebê. Por serem considerados eventos normais da vida, a gravidez e o nascimento podem ser acompanhados por profissionais que tenham competência para assumir a responsabilidade de suas práticas, quando aliadas ao conhecimento e às normatizações através de protocolos e padronizações que pré-estabelecem as ações de cuidado baseadas em evidências científicas⁽³⁵⁾.

O/a enfermeiro/a é um/a profissional habilitado/a para conduzir de forma eficiente o pré-natal de baixo risco. Na Saúde Coletiva, o/a enfermeiro/a consegue desempenhar um papel de destaque por executar seu trabalho de forma responsável e com autonomia, o que favorece o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito com a comunidade assistida. Esse espaço permite que o/a profissional promova mudanças no local em que atua e, de acordo com a realidade que encontram e as ferramentas que dispõem, executem atividades que contemplem, inclusive, mudanças no processo de gestar e na forma de nascer⁽³⁶⁾.

O/a enfermeiro/a é o/a principal articulador/a entre a usuária e a rede de atenção à saúde da mulher nos diversos níveis de complexidade. Pela maior proximidade com a comunidade e com a família, este/a profissional é, na maioria das vezes, o/a responsável na identificação dos agravos à saúde que acometem o binômio mãe-filho e também aquele/a que age na orientação e no encaminhamento dessas mulheres para serviços especializados que auxiliem no diagnóstico ou tratamento desses agravos.

A fim de executar uma assistência pré-natal de qualidade, os/as enfermeiros/as contam com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), um modelo de processo que conduz a prática profissional e organiza a assistência de modo a garantir a segurança do paciente, a partir do emprego do conhecimento científico associado às habilidades desenvolvidas e ao rigor ético. A SAE fundamenta o cuidado e orienta os/as profissionais nas ações que devem ser executadas em determinadas circunstâncias, para chegar ao objetivo de fornecer o cuidado mais humanizado e holístico⁽³⁷⁾.

Dentro da SAE, o/a enfermeiro/a busca o embasamento na organização da sua assistência e a geração de indicadores de resultados que sirvam como referência para suas futuras ações⁽³⁷⁾. Mais especificamente no caso das consultas de pré-natal e parto, o cuidado com a escuta qualificada e com a

clarezas das informações repassadas à gestante e à família preparam estes indivíduos para o enfrentamento de situações que, quando não são identificadas de forma precoce ou quando não são bem planejadas, possam colocar a vida da mulher e do bebê em risco.

Avaliar de forma atenta e completa o desenvolvimento da gravidez, além de fornecer à/ao profissional de Enfermagem subsídios para atuar de forma preventiva e intervir de forma eficiente, permite que este/a desempenhe ações que, a partir do desenvolvimento de diagnósticos, obtenha resultados que irão direcionar suas próximas condutas.

A assistência ao parto de forma humanizada contempla um cuidado qualificado e o mínimo de intervenções possíveis. Porém, o advento de recursos tecnológicos contribuiu para o distanciamento entre o profissional e a parturiente ao longo dos anos⁽³⁸⁾. É importante que a parturiente se sinta acolhida pelo serviço e que seja assistida por profissionais capazes de respeitar a fisiologia do nascimento e as escolhas da mulher e da sua família.

Para uma avaliação obstétrica eficiente e completa, o enfermeiro que acolhe a parturiente deverá proceder com um roteiro de avaliação que contemple a história obstétrica, o exame físico geral, o exame físico obstétrico, determinar a idade gestacional, proceder com a avaliação do cartão da gestante e dos outros exames que esta deve estar portando e estabelecer, com base nos resultados dessa avaliação, o risco envolvido no processo através da triagem com classificação de risco. A partir disso, o profissional tem condições de promover ações que visem à admissão da parturiente, estabelecer seu plano de cuidados e definir o nível da assistência requerida⁽³⁹⁾.

O trabalho de parto é definido através da ocorrência de três contrações uterinas que acontecem de forma regular, duram de vinte a trinta segundos, a cada dez minutos. Associado a isso, o profissional deverá atentar-se para apagamento e dilatação acima de dois centímetros nas mulheres que nunca pariram e de mais de três centímetros naquelas que já pariram. Outras características também poderão se manifestar, requerendo do profissional habilidade e conhecimento para identifica-las proceder da melhor forma. Essa avaliação deverá se repetir após o período de duas horas para certificar de que a mulher realmente está em trabalho de parto, a fim de evitar a internação precoce e o emprego de intervenções desnecessárias⁽³⁹⁾.

Contudo, caso seja identificado que a gestante ainda não entrou em trabalho de parto durante a reavaliação, o/a profissional deverá orientar esta mulher quanto aos impactos de uma admissão precoce e esclarecer os sinais e sintomas do trabalho de parto, para que esta tenha condições de identificá-lo e procurar o serviço da maternidade ou hospital quando indicado. Este esclarecimento reduz o estresse associado ao trabalho de parto e à peregrinação anteparto, evitando a superutilização de serviços e aumentando as chances de nascimentos devidamente assistidos e seguros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação de fatores que determinam a ocorrência da peregrinação anteparto evidenciou os persistentes enfrentamentos que permeiam a prática de uma assistência qualificada e humanizada no âmbito do SUS. Percebe-se a necessidade de se trabalhar de forma contundente e objetiva, admitindo as falhas que podem prejudicar o processo de assistência pré-natal e ao parto que fragilizam o cuidado, prejudicam as relações e culminam em experiências desagradáveis para a gestante e a sua família.

É urgente a necessidade de discutir de forma mais persistente as questões que envolvem o peregrinar para o parto e o estabelecimento de práticas que possam minimizar os impactos negativos de fatores como as limitações de alcance das atuais políticas públicas voltadas para o público feminino, os problemas de acessibilidade dos serviços, os níveis de complexidade que estes alcançam e sua distribuição geográfica.

O compromisso com a qualificação profissional é característica fundamental em um modelo de assistência à saúde que preza pela humanização e cuidado holístico, pois o profissional bem informado entende a importância do processo de vinculação, prepara a mulher para o enfrentamento da gestação e do parto com maior entendimento, compreensão e menos incertezas.

Espera-se que este estudo possa estimular mais pesquisas sobre o tema e faça com que o profissional, além de refletir a sua prática, modifique a sua conduta, de forma que, a partir de uma maior aproximação entre a gestante e os serviços de saúde, os riscos relacionados à peregrinação

anteparto passem a dar lugar a experiências transformadoras tanto para a equipe, quanto para a mulher.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS, 2012a. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c03b.htm]. Acesso em 10 de Setembro de 2017.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. DataSUS, 2012b. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm]. Acesso em 10 Setembro de 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Prático Para Implementação da Rede Cegonha. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062]. Acesso em 03 agosto de 2015.
4. Martinelli KG, Neto ETS, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e Rede Cegonha. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36(2): p. 56-64.
5. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). Rev Bras Ginecol Obstet. 2015; 37(12): p. 549-51.
6. 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 Abr; 27(4): p. 623-638.
7. Ferreira RVF. Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste no Nascer do Brasil. Biblioteca de Saúde Pública. 2015 Mai.
8. Bittencourt SDA, Reis LGC, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Neves DCO, et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. Cad. Saúde Pública. 2014; 30: p. 208-219.
9. Brasil. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: Brasília (DF); 2011 Jun 27; Seção 1.
10. Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2):424-8.
11. Rattner, D. Da saúde Materno Infantil ao PAISM. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 8(2):103-8, jun, 2014.
12. 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.

13. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Neto ETS. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(7): p. 1999-2010.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília. .
15. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2006 jan/jun; 9(18): p. 25-41
16. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30: p. 85-100.
17. 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 Mar; 22(3): p. 553-559.
18. 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: p. 192-207.
19. Leal MdC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2015 jan/mar; 15(1): p. 91-104.
20. Rodrigues, DP. et al. Violência no campo obstétrico. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro 2015, out/dez 19(4): p.614-620.
21. Carneiro RG. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. *Interface - Comunic.,Saude*. 2013 jan/mar; 17(44): p. 49-5.
22. Pasche DF, Vilela MEA, Giovanni MD, Almeida PVB, Netto TLF. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2014 out;(52): p. 58-71.
23. Albuquerque VN, Oliveira QM, Rafael RMR, Teixeira RdFC. um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexoes sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. *R. pesq.:cuid. fundam. online*. 2011 abr/jun; 3(2): p. 1935-46.
24. Backes DS, Souza MHT, Marchior MTC, Colomé JS, Backes MTS, Filho WDL. O Sistema Único de Saúde idealizado versus o realizado: contribuições da Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014 nov/dez; 22(6): p. 1026-1033.

25. Reichert APdS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(1): p. 119-127.
26. Silva SF. Organização das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(6): p. 2753-2762.
27. Kessler M, Menegazzo E, Berra E, Trindade LL, Krauzer IM, Vendruscolo C. Cobertura das estratégias de fortalecimento da atenção básica em saúde. *J. res.: fundam. care. online*. 2015 jul/set; 7(3): p. 3050-3062.
28. Nascimento APS, Santos LdF, Carnut L. Atenção primária à saúde via estratégia de saúde da família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. *J ManagPrim Health Care*. 2011; 2(1): p. 18-24.
29. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009 nov; 25(11): p. 2507-2516.
30. Cunha SF, Júnior AD, Rios CTF, Pestana AL, Mochel EG, Paiva SS. Peregrinação no anteparto em São Luís - Maranhão. *CogitareEnferm*. 2010 Jul/Set; 15(3): p. 441-7.
31. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MdC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5): p. 895-902.
32. Emilie SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B, et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011 set; 27(9): p. 1789-1800.
33. Silva A.L.S, Almeida L.C.G. Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde | Salvador*, v. 2, n. 2, jul./dez. 2015.
34. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Escola Anna Nery* 19(4) Out-Dez 2015.
35. Cunha MA, Mamede MV, Dotto LMG, Mamede FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Esc Anna Nery Rev. Enferm*. 2009 jan/mar; 13(1).
36. Nauderer TM, Lima MADS. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008 set/out; 16(5).

37. Menezes SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. RevEscEnferm USP. 2011; 45(4).

38. Velho MB, Oliveira ME, Santos EKA. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. RevBrasEnferm. 2010 jul/ago; 63(4): p. 652-9.

39. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atendimento Multidisciplinar à Gestante em Trabalho de Parto Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG. Belo Horizonte; 2011