



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS EM SAÚDE

CLAUDIA MARGARET SMITH

DESVINCULAÇÃO DA GESTANTE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador – Bahia
2015

CLAUDIA MARGARET SMITH

DESVINCULAÇÃO DA GESTANTE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima

Salvador - Bahia
2015

Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Central da EBMS

S644 Smith, Claudia Margaret
Desvinculação da Gestante da Assistência Pré-natal. / Claudia Margaret Smith. –
Salvador. 2015.

108f. il.

Dissertação (mestrado) apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde
Pública. Programa de Pós-Graduação em Tecnologias em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima

Inclui bibliografia

1.Assistência à saúde. 2.Cuidado pré-natal. 3.Alta do paciente. 4.Serviços de saúde.
I. Título.

CDU: 616-053.2

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: SMITH, Claudia Margaret

Título: Desvinculação da Gestante da Assistência Pré-Natal

Dissertação apresentada à Escola Bahiana
de Medicina e Saúde Pública para obtenção
do título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Aprovada em 26 de março de 2015

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Milena Bastos Brito

Titulação: Doutora em Ciências Médicas - USP

Instituição: Professora Adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Prof. Dr. Antônio Carlos Vieira Lopes

Titulação: Doutor em Medicina e Saúde - UFBA

Instituição: Professor Emérito da Universidade Federal da Bahia

Prof^a. Dr^a. Olívia Lúcia Nunes Costa

Titulação: Livre Docente - UFBA

Instituição: Professora Titular do Departamento de Ginecologia/ Obstetrícia e Reprodução Humana da Universidade Federal da Bahia

***A solidariedade é o sentimento que melhor
expressa o respeito pela dignidade humana.***

Franz Kafka

*Aos meus amados pais, Marie Louise e Gunther,
exemplos de sabedoria, serenidade e coragem.*

*Ao meu amado Luciano, presença de luz e
amorosidade na minha caminhada.*

*Aos meus amados filhos, Paula e Luiz Felipe,
vivências do amor incondicional.*

Minhas raízes, meu tronco e minhas flores e frutos.

GRATIDÃO

Viver em estado de graça é viver em agradecimento a Deus pelas bênçãos que nos são oferecidas no cotidiano. Muitas dessas são trazidas por intermédio de pessoas que permitem que suas centelhas divinas se transmutem em atitudes.

Sendo assim, agradeço a:

-Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima, orientador e amigo, pelo brilhantismo dos seus ensinamentos e da sua condução que foram um norte seguro na realização desse trabalho;

-Luciano Bahia Coelho, pela paciência e companheirismo perenes;

-Paula Smith Coelho, pela querida e eficiente ajuda frente às mais diferentes dificuldades;

-Prof^a Dr^a Thereza Christina Coelho, pela mão que se manteve sempre estendida;

-Prof.Dr. Antônio Carlos Vieira Lopes, Dr^a. Vecirley Rodrigues Macedo, Dr. Allan Nogueira da Silva, Dr^a. Luciana Vieira Lopes Chauí e Dr^a. Ingrid Moor Brandão pelo apoio durante esse percurso;

-Dr^a. Adriana Bruno, amiga e responsável pelo meu encorajamento para realização dessa etapa acadêmica;

-Dr^a. Márcia Silveira pelas dicas oportunas e 100% aproveitadas;

-os alunos de medicina: Ananda Carneiro Gondim Silva, Gabriela Barbosa D'Oliveira Santos, Maria Tereza Karaoglan, Marina Pinto Ramalho e Rodrigo Sampaio da Silva, companheiros de pesquisa, por imprimirem ao trabalho a alegria juvenil e a seriedade coletiva;

-Prof. Manoel Henrique de Miranda Pereira, apoiador e coordenador do fórum da Rede Cegonha e Sanitarista da Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, pelo exemplo de competência e atitude positiva no exercício de sua função. Sua ajuda foi fundamental para o embasamento desse trabalho;

-Sr^a. Matildes Prado, pelo seu profissionalismo e competência;

-Sr. Oddone F.M. Braghioli, pelo profissionalismo, respondendo pronta e eficientemente às minhas intermináveis solicitações;

-a turma de colegas do mestrado, um encontro de pessoas que se reconheceram como amigos e irmãos nessa etapa de vida, tornando-a leve;

-Márcia Almeida e também, Elaine, Solange, Telma, Maria José(Zezé), Lízea e Lucas, companheiros de caminhadas;

-a direção da Maternidade Climério de Oliveira em especial a Dr^a. Mônica Neri e a Prof. Dr. James José de Carvalho Cadidé por permitirem e apoiarem a realização dessa pesquisa na referida maternidade;

-os funcionários da Maternidade Climério de Oliveira por colaborarem nesse trabalho, em especial, a Jeane Purificação Caldeira;

-as pacientes da Maternidade Climério de Oliveira por serem a essência desse estudo.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

MCO UFBA – Maternidade Clímério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia

EQUIPE

Claudia Margaret Smith, mestranda, entrevistadora, digitadora, analista.

Bruno Gil de Carvalho Lima, orientador, analista.

Ananda Carneiro Gondim Silva, entrevistadora, digitadora.

Gabriela Barbosa D'Oliveira Santos, entrevistadora, digitadora.

Maria Tereza Karaoglan, entrevistadora, digitadora.

Marina Pinto Ramalho, entrevistadora, digitadora, bolsista PIBIC.

Rodrigo Sampaio da Silva, entrevistador, digitador, bolsista PIBIC.

Matildes Prado, classificadora de Distritos Sanitários.

Oddone F.M. Braghioli, estatístico.

RESUMO

Objetivo: O objetivo primário deste trabalho foi identificar a ocorrência de desvinculação da paciente de sua assistência pré-natal (PN) no final da gestação entre as puérperas internadas na Maternidade Climério de Oliveira (MCO). Secundariamente, identificar fatores de risco para desvinculação da paciente da sua assistência pré-natal e detectar a ocorrência de peregrinação da parturiente por maternidades antes do seu internamento na MCO. **Métodos:** Foram entrevistadas 1.100 puérperas que pariram com 36 semanas ou mais de gestação, internadas nas enfermarias da MCO entre dezembro de 2013 e maio de 2014. Nessas entrevistas, foram coletados dados sociodemográficos, assim como dados da assistência pré-natal e do internamento. Informações complementares foram obtidas dos cartões de pré-natal e dos prontuários das respectivas pacientes. As pacientes que não se submeteram à assistência pré-natal foram excluídas do estudo. Já aquelas que dela foram desvinculadas, foram classificadas em três subgrupos, dependendo da forma de desvinculação: alta do pré-natal, abandono e falha do sistema de saúde. **Resultados:** A desvinculação da gestante da sua assistência PN foi identificada em 31,1% das pacientes analisadas. A alta do pré-natal ocorreu em 58,9%, o abandono em 26,4% e a falha do sistema de saúde foi verificada em 12,4% dos casos. Em relação às características da assistência pré-natal, observou-se menor número de consultas (medianas: 6 vs 7; $p < 0,001$), menor idade gestacional na última consulta (medianas: 36,5 vs 37,7 semanas; $p < 0,001$) e maior período entre a última consulta e o parto (medianas: 24 vs 10 dias; $p < 0,001$) no grupo das pacientes que se desvincularam. Foi identificado que as pacientes desvinculadas sentiram-se mais frequentemente mal acolhidas pela assistência pré-natal (26,2% vs 10,4%; $p < 0,001$), como também foi constatado menor nível de escolaridade nesse grupo de pacientes (ensino fundamental: 54,1% vs 43,7%; $p < 0,05$). A peregrinação anteparto ocorreu em 26%, sendo maior entre as pacientes desvinculadas (33,4% vs 22,6%; $p < 0,001$). Pacientes que se submeteram à assistência pré-natal nos distritos sanitários de referência da MCO peregrinaram menos frequentemente (11,1% vs 38,6%; $p < 0,001$). A taxa de partos cesarianos foi de 46,1%, sendo que a indicação dessa via de parto devido ao sofrimento fetal agudo foi maior no grupo de pacientes desvinculadas do pré-natal (13,7% vs 9,4%; $p < 0,05$). **Conclusões:** Este estudo identificou a ocorrência de desvinculação de assistência pré-natal em 31,1% na população estudada, sendo que 58,9% pelo dispositivo de alta, 26,4% por abandono e 12,4% por falha do sistema de saúde. Foi verificado que a baixa escolaridade e a falta de acolhimento aumentaram o risco para a desvinculação em todas as formas, principalmente pelo abandono. Por fim, foi detectada uma frequência de 26% de peregrinação anteparto entre as pacientes que se internaram na MCO e que haviam realizado assistência PN, sendo maior entre as que não mantiveram o vínculo com o PN até o fim da gestação.

Palavras –chaves: Assistência à saúde. Cuidado pré-natal. Alta do paciente. Serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: The main objective of this study was to identify the existence of client pre-natal care discontinuity at the end of pregnancy among inpatients who had recently given birth at Climério de Oliveira Maternity (MCO). Another goal was to identify risk factors that could lead to patient's disengagement from their prenatal care services and to detect the existence of pilgrimage among institutions before their hospitalization at MCO. **Methods:** 1.100 patients who gave birth with, at least, 36 weeks of pregnancy, and who were inpatients at MCO between December, 2013 and May, 2014, were interviewed. Social-demographic data and information about their pre-natal care and internment were collected. Complementary information was taken from the patient's respective pre-natal card and medical records. The clients who were not submitted to pre-natal care were excluded. The ones who were disengaged from their pre-natal assistance were classified into 3 subgroups, according to how the disengagement happened: pre-natal discharge, abandonment by patient and health care system flaws. **Results:** Pregnant disengagement from prenatal assistance was identified in 31,1% of analyzed patients. Pre-natal discharge happened in 58,9%, abandonment in 26,4% and health care system flaw in 12,4% of the cases. In relation to pre-natal assistance characteristics, a lower number of appointments (median: 6 vs 7; $p < 0,001$), lower pregnancy age at the last appointment (medians: 36,5 vs 37,7 weeks; $p < 0,001$) and a longer gap between the last appointment and childbirth (medians: 24 vs 10 days; $p < 0,001$) were identified at the group of patients who did not interrupt assistance. It was found that disengaged clients felt, most frequently, less welcome at the pre-natal care assistance (26,2% vs 10,4%; $p < 0,001$), as a lower schooling level was identified at this group of patients (not reaching high school: 54,1% vs 43,7%; $p < 0,05$). Pilgrimage during labor happened in 26%, and was higher between disengaged clients (33,4% vs 22,6%; $p < 0,001$). Patients who were submitted to pre-natal assistance at sanitary districts to which MCO is reference had lower pilgrimage rates (11,1% vs 38,6%; $p < 0,001$). Cesarean section rates reached 46,1%, and medical advice to this mode of delivery due to acute fetal suffering was higher at the group of patients who disengaged (13,7% vs 9,4%; $p < 0,05$). **Conclusions:** This study identified the existence of pre-natal assistance disengagement in 31,1% of analysed population, from which 58,9% were due to discharge, 26,4% due to abandonment and 12,4% because of health care system flaws. It was identified that low schooling levels and lack of reception increased the risk of prenatal disengagement in all the ways, but mainly because of abandonment. At last, it was detected a rate of 26% of pilgrimage during labor was detected among patients who were hospitalized at MCO and had had pre-natal assistance. This rate was higher in patients who did not maintain a bond with the pre-natal service until the end of pregnancy.

Keywords: Health Care. Prenatal Care. Patient Discharge. Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de Identificação da Amostra e Resultados.....	46
Figura 2 – Mapa dos Distritos Sanitários de Residência das Pacientes.....	47
Figura 3 – Mapa dos Distritos Sanitários da Assistência Pré-Natal das Pacientes.....	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Razão de mortalidade materna ajustada: Brasil, 1990/2007	18
Gráfico 2 – Razão de mortalidade materna por tipo de causas: Bahia, 2000/13.....	19
Gráfico 3 – Taxas de mortalidade infantil por região brasileira, 2013	21
Gráfico 4 – Cobertura da APN no final da gestação, MCO, 2013-2014	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra (variáveis qualitativas).....	76
Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra (variáveis quantitativas).....	77
Tabela 3 – Distritos Sanitários das residências das pacientes da amostra.....	78
Tabela 4 – Características da assistência pré-natal da amostra (variáveis qualitativas 1)	78
Tabela 5 – Características da assistência pré-natal da amostra (variáveis quantitativas)	79
Tabela 6 – Características da assistência pré-natal da amostra (variáveis qualitativas 2)	79
Tabela 7 – Distritos Sanitários das APN das pacientes da amostra.....	80
Tabela 8 – Característica do desfecho do parto conforme vinculação ou não à APN	80
Tabela 9 – Peregrinação anteparto conforme DS da Assistência Pré-Natal.....	80
Tabela 10 – Características do acompanhamento pré-natal comparando os grupos das diferentes formas de desvinculação da APN.....	81
Tabela 11 – Estudo dos subgrupos de profissionais assistentes e desvinculação da APN	81
Tabela 12 - Característica da assistência pré-natal comparando diferentes grupos por forma de desvinculação (variáveis qualitativas).....	82
Tabela 13 - Característica do desfecho do parto comparando diferentes grupos por forma de desvinculação da APN.....	83
Tabela 14 – Perfil sociodemográfico dos diferentes grupos por forma de desvinculação da APN (variáveis qualitativas).....	84
Tabela 15 – Perfil sociodemográfico dos diferentes grupos por forma de desvinculação da APN (variáveis quantitativas).....	85

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS	Ações Integradas de Saúde Saúde
APN	Assistência Pré-Natal
DS	Distrito Sanitário
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
MCO	Maternidade Climério de Oliveira
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PN	Pré-Natal
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
RC	Rede Cegonha
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-Nascido
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS:.....	27
2.1. OBJETIVO PRIMÁRIO:.....	27
2.2. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:.....	27
3. REFERENCIAL TEÓRICO	28
3.1. CONSTRUÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	28
3.1.1. Políticas de Assistência à Saúde da Mulher.....	28
3.1.2. Monitorização da qualidade da atenção pré-natal.....	36
4. MATERIAL E MÉTODO	39
4.1 DESENHO DO ESTUDO	39
4.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	39
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	40
4.4. TAMANHO AMOSTRAL	40
4.5. INSTRUMENTO/ VARIÁVEIS E INDICADORES	41
4.6. COLETA, TABULAÇÃO E PLANO DE ANÁLISE	43
4.7. ASPECTOS ÉTICOS	44
5. RESULTADOS.....	46
5.1. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DE ESTUDO	46
5.2. CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	48
5.3. CARACTERÍSTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO.....	50
5.4. DESVINCULAÇÃO DA GESTANTE DO PRÉ-NATAL	50
5.4.1. Comparação dos perfis das pacientes que se desvincularam e as que se mantiveram vinculadas com o pré-natal até o parto.....	50
6. DISCUSSÃO	54
7. CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	70
ANEXOS.....	76

1. INTRODUÇÃO

O cuidado pré-natal é uma estratégia que disponibiliza às gestantes ações educacionais, preventivas, terapêuticas, além de apoio psicológico e logístico, com o intuito de promover condições ideais para preparo e recepção de uma criança saudável, com um mínimo de risco para a mãe. Essa tecnologia, quando bem utilizada, é de grande impacto na melhoria dos indicadores da saúde materno-infantil da população ¹.

Para que seja possível a máxima efetividade dessa assistência, faz-se necessária uma abordagem integral da saúde da mulher, em que não apenas os agravos de saúde sejam valorizados, mas que os aspectos psicológicos, emocionais e sociais sejam também contemplados, possibilitando o entendimento da gestante como indivíduo.

A garantia de um pré-natal de boa qualidade, com adoção de técnicas baseadas em evidências científicas e, ainda, a garantia da continuidade da assistência por todo o ciclo gravídico-puerperal, sem nenhum hiato na mesma, são igualmente necessárias. Apesar dos reiterados esforços governamentais para a melhoria da assistência pré-natal (APN) como forma de enfrentamento e redução das taxas de mortalidade materno-infantil, situações de ruptura do vínculo entre a APN e a gestante antes do parto ainda ocorrem. A chamada “alta do pré-natal” e o abandono do pré-natal por parte da gestante podem constituir falhas do sistema de saúde ².

No ano de 2000, o Brasil e mais outros 188 países membros da ONU foram signatários de compromisso com vistas à promoção, desenvolvimento e combate à pobreza extrema. Para a consecução do compromisso firmado, estabeleceram-se os chamados “Oito Objetivos do Milênio”, com metas a serem alcançadas até 2015.

Dentre os objetivos, o quarto e o quinto estão diretamente relacionados com a saúde materno-infantil. Vale ressaltar que as metas mais importantes desses objetivos são respectivamente: a redução em 2/3 da taxa de mortalidade na infância (em menores de cinco anos) e a redução da razão de mortalidade materna em 3/4, tomando-se como base as taxas encontradas em 1990 ^{3,4}.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e a Razão de Mortalidade Materna (RMM) são indicadores robustos do grau de desenvolvimento humano, econômico e social, revelando muito sobre as condições de vida em um país ou em uma

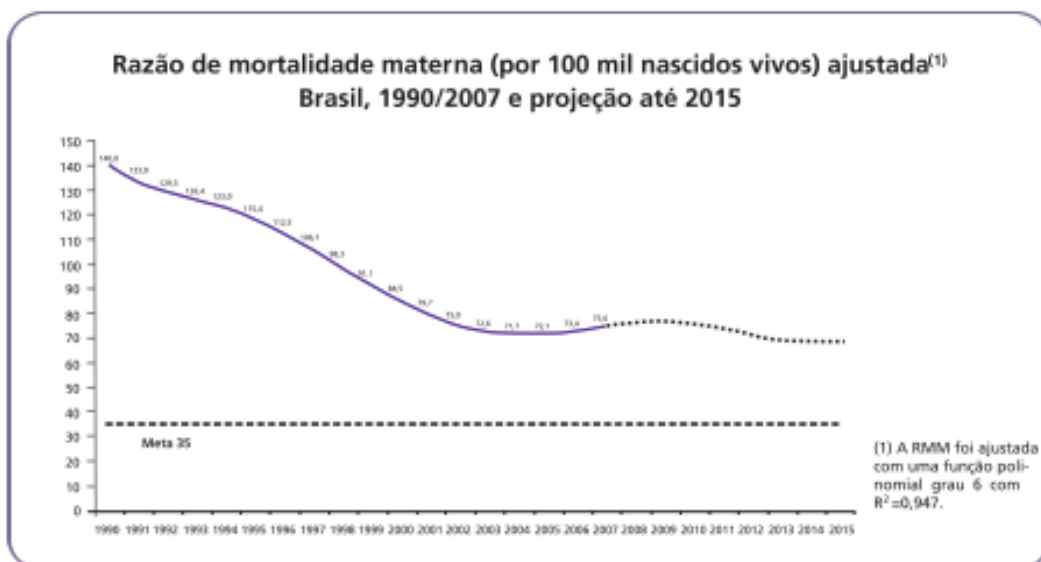
população. Atuam também, como importantes indicadores da qualidade e da organização da assistência à saúde prestada em seus diversos níveis, avaliando mais especificamente, a adequação da assistência obstétrica e neonatal. Essas taxas refletem o impacto de programas de intervenção nessa área, servindo como orientadores na definição de políticas públicas ^{5,6}.

No âmbito mundial, 99% das mortes maternas ocorrem nos países em desenvolvimento ⁷. Em 2013, segundo a OMS, a RMM média nos países desenvolvidos foi de 16/100.000 nascidos vivos (NV), enquanto os países em desenvolvimento apresentaram taxa média de 230/100.000 NV ⁷.

No Brasil, em 1990, essa taxa encontrava-se no patamar de 140/100.000 NV. A partir daquela década, observou-se uma redução substancial nos valores, atingindo-se, em 2002, a taxa de 74,8/100.000 NV ⁸.

Porém, desde então, a redução desse indicador sofreu grande desaceleração, chegando à taxa estimada de 69 óbitos maternos por 100.000 NV em 2013 (WHO, 2014), fato incompatível com o cenário econômico e social a que foi alçado o país, em face da estabilização econômica e dos programas sociais implementados no período⁴. Cuba e Costa Rica têm apresentado RMM bem inferiores (45/100.000 e 30/100.000NV respectivamente, em 2005), sendo exemplos de países que, apesar de não serem ricos, atuam com efetividade nas prioridades políticas ⁹.

Gráfico 1 – Razão de Mortalidade Materna ajustada: Brasil, 1990/2007

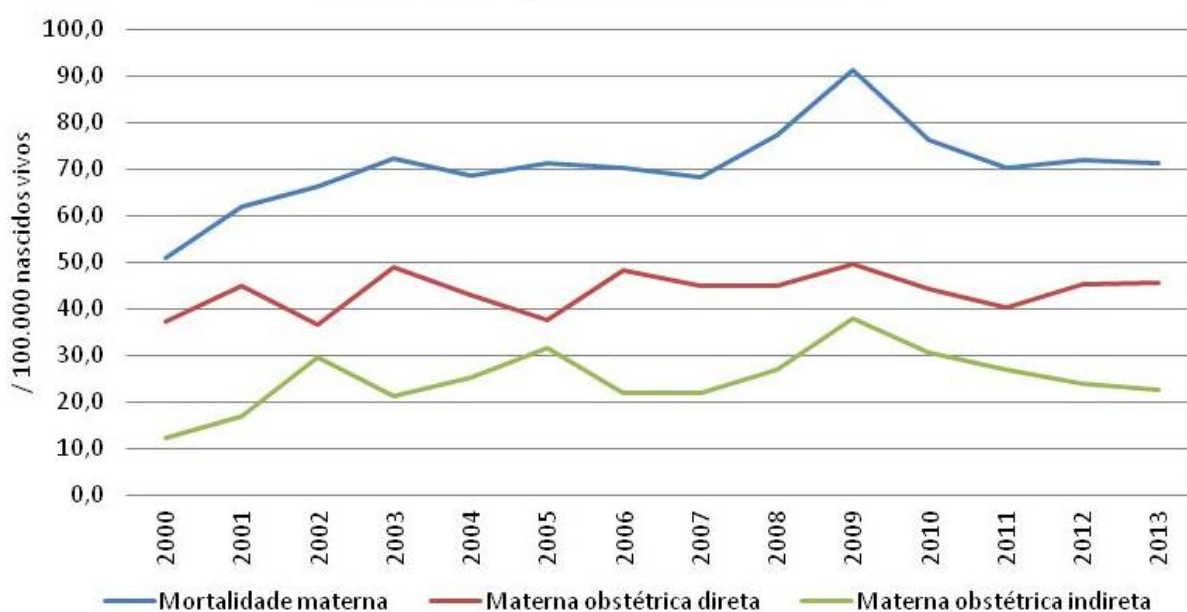


Fonte: DASIS/SVS/MS.

Os países desenvolvidos apresentam taxas de mortalidade materna de quatro a oito mortes para cada 100.000 NV, ainda menores do que as taxas consideradas como aceitáveis (20/100.000NV) ou razoáveis (10/100.000NV) pela OMS ^{6,11}. O Brasil encontra-se, ainda, bastante distante da meta estipulada pela ONU, a ser atingida até 2015, que é de 35/100.000NV. Na Bahia, a estimativa da RMM para o triênio 2008-2011 foi de 87,9/100.000 NV ¹⁰.

As causas dos óbitos maternos são classificadas em obstétricas diretas e indiretas. As causas diretas são aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério (período até 42 dias após parto) devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto, ou a uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer das causas acima mencionadas. São consideradas evitáveis mediante adoção de medidas que garantam a acessibilidade aos serviços de saúde, assim como a qualidade dessa assistência. Já as causas obstétricas indiretas são aquelas resultantes de doenças existentes previamente à gravidez, ou de doenças que se desenvolveram durante essa, não devidas diretamente a causas obstétricas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez ¹¹.

Gráfico 2 - Razão de mortalidade materna por tipo de causa: Bahia, 2000/2013



Fonte: Dis/ Suvisa/ Sesab.

(1) Dados preliminares atualizados em 06.10.2014

O perfil das mortes maternas nos países desenvolvidos tem nas causas indiretas a sua grande prevalência, enquanto no Brasil cerca de 3/4 das mortes maternas são devidos a causas obstétricas diretas, consideradas evitáveis^{3,4}. Esse perfil se repete na Bahia, como pode ser identificado no Gráfico 2.

Segundo dados do IBGE, a taxa de mortalidade infantil (em menores de um ano), no Brasil era de 46,9 por mil nascidos vivos em 1990. No ano 2000, apresentou números da ordem de 29,7/1.000 NV.

Já em 2003, identificou-se uma queda de 38,3%, em relação aos coeficientes anteriores, graças às melhorias observadas nos indicadores habitacionais, no acesso ao saneamento básico, na redução da taxa de fecundidade, nos programas de reidratação oral, de imunização e de segurança alimentar e nutricional^{3,8}. A meta para redução da taxa de mortalidade infantil estabelecida para o Brasil pela ONU deverá ser atingida até 2015 (15,6‰ NV).

Os óbitos infantis podem ser divididos em três componentes: neonatal precoce (óbitos de crianças de até seis dias), neonatal tardio (óbitos de crianças de 7 a 27 dias) e pós-neonatal (óbitos de crianças de 28 a 364 dias). No Brasil, o componente neonatal (0-27dias) é o mais prevalente desde a década de 1990. Nesse ponto, o Brasil assemelha-se ao perfil da mortalidade infantil apresentado pelos países desenvolvidos, salvaguardada a diferença de que as taxas brasileiras são muito superiores. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2006 aproximadamente 70% dos óbitos de menores de um ano no Brasil ocorreram no primeiro mês de vida, sendo que 51% deles ocorreram ainda nos primeiros seis dias¹².

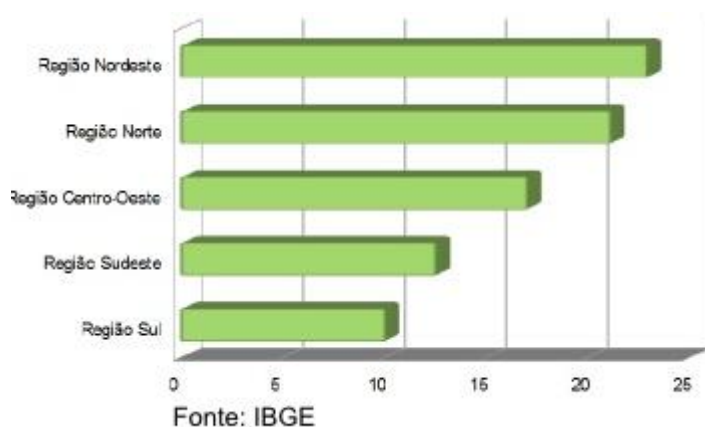
Outro indicador é a mortalidade perinatal, que inclui os óbitos que ocorrem no período fetal, a partir de 22 semanas completas de gestação, até os seis dias de vida após o nascimento¹³. O óbito ocorrido nesse período, em especial próximo ao nascimento, tem causas e circunstâncias semelhantes ao óbito neonatal. Sabe-se que mais da metade das mortes fetais e neonatais no Brasil ocorrem entre o período intraparto e às 48 horas seguintes ao nascimento^{14,15}.

As principais causas das mortes neonatais precoces estão relacionadas à prematuridade, asfixia durante o parto e infecções. Os óbitos fetais denotam a fragilidade do pré-natal no fim da gestação, e os óbitos neonatais indicam a

necessidade de implementação da assistência no pré-parto, parto e ao recém-nascido ¹⁵.

Em 2005, enquanto que a taxa de mortalidade neonatal chileno foi de 5,6% e o dos EUA situou-se em 4,6%, no Brasil, esse coeficiente foi de 14,2%¹⁵. Sendo um país de tamanho continental, são identificadas desigualdades regionais na distribuição dessa taxa, exibindo o Nordeste as maiores taxas de mortalidade infantil, enquanto o Sul e Sudeste, as menores.

Gráfico3- Taxas de mortalidade infantil por região brasileira, 2013



Frente ao perfil da mortalidade materno-infantil no Brasil, que apresenta maior concentração nas causas evitáveis para os óbitos infantis e nas causas obstétricas diretas para os óbitos maternos ¹², impõe-se a reavaliação de políticas e ações de saúde visando à identificação das falhas e a adoção de melhores estratégias.

O Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio, da Presidência da República, reconhecendo a dificuldade de atingir a meta de redução da mortalidade materna, aponta a necessidade de revisão nas estratégias de ação. Dessa forma, propõe a concentração de esforços em áreas críticas e a intensificação na qualificação da atenção ³.

A assistência pré-natal é considerada um dos pilares da maternidade segura. O acesso a essa assistência é um dos principais indicadores do prognóstico ao nascimento, estando associado à considerável diminuição do risco tanto materno quanto perinatal (grau de recomendação B) ^{1,16,17}. Os cuidados assistenciais já no primeiro trimestre traduzem-se em um indicador de qualidade de cuidados maternos¹⁵.

No período pré-natal, o cuidado à gestante deve ser iniciado o mais precocemente possível, e somente finalizado na oportunidade do parto. No pré-natal, várias ações são possibilitadas, desde o diagnóstico e tratamento de afecções que possam interferir na saúde do binômio materno-infantil, até ações educativas preventivas de alto poder de impacto, permeando pelo estreitamento dos laços familiares, uma vez que o pai e familiares são convidados a participar dessa ação. As ações educativas são importantes instrumentos para o estímulo à manutenção do vínculo entre a gestante com a assistência pré-natal, pelo esclarecimento da sua importância.

Nessas, são ainda oportunizadas o estímulo ao parto natural e o estímulo ao aleitamento materno. Apesar de dados na literatura indicarem que mesmo a realização de uma única consulta seja capaz de impactar positivamente no prognóstico da gestação¹⁸, estudos demonstram a relação indireta entre a quantidade de consultas e os riscos maternos e perinatais¹⁷. Objetiva-se, dessa forma, a otimização dessa assistência pelo cuidado integral, viabilizando a completa redução das mortes evitáveis, tanto maternas quanto perinatais.

Diferentes modelos de cuidado pré-natal são sugeridos. O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG), juntamente com a Academia Americana de Pediatria (AAP), orientam consultas mensais até 28 semanas, passando a quinzenais até 35 semanas, semanais até 40 semanas e a partir de então, as consultas devem ocorrer a cada três dias, chegando à média de entre 11 a 14 consultas por gestação¹⁹.

Já a Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá (SOGC) recomenda que as gestantes devam ser vistas a cada quatro a seis semanas no início da gestação, a cada duas a três semanas após 30 semanas e a cada uma a duas semanas após 36 semanas de gestação. No Reino Unido, o NICE (National Institute for Health and Care Excellence) orienta que o número de consultas para gestações de risco habitual deve ser de 14 (as que evoluírem até 42 semanas). Inicialmente, as consultas devem ser mensais, após 20 semanas as nulíparas devem ser vistas a cada três semanas, passando para a frequência quinzenal, a partir de 34 semanas, e, por fim, semanais, após 40 semanas²⁰. A OMS preconiza o número mínimo de seis consultas^{21,22}, porém, em 2002, esta instituição lançou um modelo de assistência pré-natal para países em desenvolvimento, com número reduzido de consultas, baseado em um ensaio clínico aleatorizado multicêntrico.

Nesse modelo, é proposto apenas quatro consultas, com sistematização de rotinas baseadas em evidências científicas^{15,23}. A efetividade encontrada foi similar aos modelos com maior número de consultas, porém com melhor relação custo-benefício. Frente a esses achados, a OMS apontou que a quantidade pode não ser um garantidor da qualidade das consultas^{24,25}. No Brasil, o modelo da assistência pré-natal proposto pelo MS é a realização de seis consultas, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro²⁶.

Os diferentes protocolos de APN são coincidentes no menor espaçamento entre consultas com a progressão da gestação. Essa estratégia visa à intensificação da vigilância no final da gestação, frente ao gradual aumento do risco de ocorrência de patologias que podem comprometer a saúde de mãe e filho nesse período²⁶. Por se tratar de agravos à saúde que concorrem com quadros subclínicos e algumas vezes até assintomáticos, a gestante que não esteja sob vigilância da assistência pré-natal poderá não perceber acometida por alguma patologia. Nesses casos, a detecção desses agravos será apenas oportunizada tardiamente, no atendimento nos setores de emergência por ocasião de suas complicações.

São exemplos dessas patologias: a doença hipertensiva específica da gestação, que é destacada como a principal causa de morte materna em vários países, respondendo, respectivamente, por 21,3% e 16% em países desenvolvidos e no Brasil^{27,28}, diabetes gestacional; gestação serotínea; restrição de crescimento intra-uterino; oligodramnia; colestase intra-hepática; esteatonecrose aguda da gravidez e trombofilia^{22,28,29}. Essas patologias são causas de mortes maternas diretas e/ou de mortes perinatais evitáveis. Ou seja, mortes potencialmente prevenidas pela assistência obstétrica efetiva e oportuna.

A captação precoce da grávida pela APN e a finalização da ação apenas no término da gestação, quando essa assistência apresenta uma continuidade com a assistência ao parto, são características encontradas em todos os modelos oficiais de pré-natal e garantem a assistência por todo o ciclo gravídico-puerperal.

Estudos de abrangência nacional relativos à APN no Brasil são escassos. Segundo o DATASUS, a partir de informações obtidas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2010, 98,19% das gestantes foram atendidas por serviços de pré-natal, das quais 90% passaram por pelo menos quatro consultas⁴. Ainda pelo DATASUS, identifica-se um aumento de cobertura pré-natal no país, alcançando valores próximos a 100%, em 2011. Desenha-se, dessa forma, um

cenário aparentemente positivo no Brasil, pelo menos no escopo da quantidade da APN, desde que se tem a quase universalidade da atenção PN entre as gestantes no Brasil com razoável número de consultas. Naturalmente, frente a isso, seria esperado grande impacto positivo nas taxas de mortalidade materno-infantil, o que não ocorreu. Ao contrário, tem-se identificado não apenas a persistência do quadro da mortalidade materno-infantil descrito previamente, como também o aumento da taxa de sífilis congênita. Essa patologia é de fácil diagnóstico e prevenção pelo tratamento materno, sendo um sensível indicador da qualidade da APN¹⁵. Frente a esse panorama, entende-se que a qualificação da APN é imperiosa. Na literatura, existem vários trabalhos sugerindo diferentes indicadores da APN ^{21,3,31,32,33} no intuito de melhor identificar a qualidade dessa assistência.

Evidentemente, não se deve procurar uma única causa para justificar o desempenho frustro da APN no Brasil. Qualidade da assistência pré-natal é um conceito amplo e subjetivo. Garantir que, uma vez iniciada a APN, ela seja perene até o fim do ciclo gravídico-puerperal é, porém, um preceito básico. A descontinuidade impossibilita a máxima efetividade desta ação. Apesar de pouco relatado na literatura, estudos apontam a ocorrência da desvinculação da gestante da sua APN ³⁰.

A “alta do pré-natal” é um dispositivo que libera a grávida no final da gestação. Uma vez atingido o número de consultas ou determinada idade gestacional (IG), a gestante não mais é agendada para retorno, ficando para a mesma, a responsabilidade de providenciar sua assistência no setor de emergência quando sentir ser necessária. Desta forma, o serviço de PN se desresponsabiliza da gestante a partir de então, expondo a mesma e seu conceito a riscos da desassistência. Essa prática é categoricamente desaconselhada pelo MS:

*...Não existe alta do pré-natal...*¹⁶

*...Outra questão crítica da atenção pré-natal é a chamada “alta” do pré-natal, com a falta de acompanhamento ambulatorial no fim da gestação, momento em que é maior a probabilidade de intercorrências obstétricas...*²⁶

Outra situação se caracteriza por desvinculação da gestante com a sua APN é o abandono por iniciativa da paciente. Diferentes causas podem levar a gestante

ao abandono do seu pré-natal, desde motivos de ordem pessoal até a percepção de o custo-benefício não a entusiasmar a retornar àquela assistência. A adesão da gestante ao pré-natal está diretamente relacionada com a qualidade da assistência³⁴.

O acolhimento é a essência da política de humanização do cuidado pré-natal, e implica na recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela por todo o ciclo gravídico, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência²⁶.

A alta do pré-natal, assim como o abandono, são situações antagônicas à filosofia de integralidade da assistência e ao princípio da humanização. Onde há acolhimento, não há “alta” por princípio, assim como há mínimo risco de abandono, pois o estabelecimento de um vínculo entre a gestante e o seu pré-natal possibilita que ela perceba as vantagens daquela assistência e, por conseguinte, mantenha a sua continuidade^{34,35}.

A falta de acolhimento nas unidades e a “alta” do pré-natal podem ser interpretadas como emblemáticas da desumanização dos serviços e em conjunto com os demais indicadores que apontavam para um pré-natal ainda insuficiente e com sérias restrições de qualidade, mostravam, de maneira inequívoca, a necessidade de mudança³⁶.

A gestante desvinculada de sua APN fica exposta não apenas às possíveis complicações clínico-obstétricas no final da gestação mas também aos riscos da perda da continuidade da assistência entre o PN e o parto. Ao afastar-se do acompanhamento pré-natal é possível que ocorra a desarticulação do referenciamento para a maternidade certa, expondo-a à peregrinação anteparto e, conseqüentemente, aos riscos das complicações da assistência tardia ao parto.

Por fim, observa-se que gestantes sem acompanhamento pré-natal ao final da gravidez buscam avaliação médica nos serviços de emergência, ainda fora do trabalho de parto, para assegurar-se de que a gestação esteja evoluindo bem.

O acesso à avaliação médica, nesses serviços, é livre e facilitado, a qualquer dia e hora. Porém, o setor de emergência é dimensionado única e exclusivamente para os atendimentos de urgências e emergências. Assim, o acréscimo na demanda, que normalmente já se apresenta sobrecarregada nesse setor, colabora para a desorganização da rede assistencial.

O excesso de pacientes nesses serviços expõe a todas que ali se encontram, redundando em uma assistência de menor qualidade. Afora isso, a consulta pontual em emergência não pode ser substituta de uma consulta ambulatorial, pelo caráter de continuidade que caracteriza esta última.

A desvinculação entre a gestante e a sua assistência pré-natal no final da gravidez não está prevista em nenhum modelo assistencial. Isso é ainda mais contundente na política de humanização em que essa situação é antagônica à própria filosofia. Como não está prevista, não há dados oficiais. Contudo, a inexistência desses dados, não garante a sua não ocorrência. Frente às graves consequências que essa situação pode acarretar como as elencadas acima, faz-se necessária a averiguação da existência desse fenômeno.

2. OBJETIVOS:

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO:

Identificar a ocorrência de desvinculação da gestante de sua assistência pré-natal no final da gravidez entre as puérperas internadas na Maternidade Climério de Oliveira.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

Identificar fatores de risco para desvinculação da gestante da sua assistência pré-natal;

Detectar a ocorrência de peregrinação da parturiente por maternidades antes do seu internamento na MCO.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONSTRUÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

3.1.1 Políticas de Assistência à Saúde da Mulher

O desenho atual das políticas de assistência materno-infantil no setor público, no Brasil é fruto de diferentes ações governamentais que foram estabelecidas no decorrer dos anos em resposta às demandas dos movimentos populares e do quadro político-econômico de cada época. Dessa forma, para entendimento do seu cenário no tocante à assistência materno-infantil, faz-se necessário conhecer a história da construção das políticas e programas do Ministério da Saúde, no que concerne à atenção à saúde dessa população, especificamente.

Até as primeiras décadas do século XX, o padrão de fecundidade brasileiro era caracterizado por altas taxas de mortalidade e natalidade, esta última situando-se em torno de 50 nascimentos por mil habitantes. De 1940 a 1960, a taxa de fecundidade manteve-se estável, respectivamente, 6,16 e 6,28 filhos por mulher, de forma que só a partir da década de 1970 é que se observa o início da sua redução (5,76 filhos por mulher) ³⁷.

Até o início da década de 1960, a assistência á saúde da mulher se restringia à assistência ao parto, ampliando-se com programas verticais de planejamento familiar desenvolvidas por entidades não governamentais ³⁸. Em 1974, foi realizada, em Bucareste, a Primeira Conferência Sobre a População organizada pela ONU. Nessa, houve um embate entre os “controlistas” e os “desenvolvimentistas”. Os Estados Unidos e outros países desenvolvidos defendiam a concepção neomalthusiana de reduzir a fecundidade para promover o desenvolvimento e a erradicação da pobreza ³⁹.

O interesse com o controle de natalidade e ações para diminuição da mortalidade infantil não esteve sempre presente na história das políticas de saúde do Brasil. A preocupação do Estado brasileiro com a saúde materno-infantil remonta à época do Estado Novo, em que o foco era “produzir braços fortes” para a nação, com ações voltadas às camadas mais pobres da população urbana ^{6,40}. Já no período do regime militar, observou-se a implantação do Sistema Nacional de

Saúde, modelo tecnoburocrata, centrado na mercantilização da saúde, em que as instituições previdenciárias detinham a hegemonia financeira.

O desenho em questão propiciou o afastamento das políticas de saúde em medicina preventiva, até então vigentes. Conseqüentemente, nesse período, foi possível observar uma piora no quadro sanitário, frente à crescente massa de desempregados, não contemplados em suas necessidades básicas, a exemplo do acesso à moradia, saúde e educação⁶. Assim, o modelo de saúde tornou-se médico-assistencial privatista, em que o cuidado médico era individualizado, de base hospitalar e ambulatorial⁴⁰.

Em meados da década de 1970, em face da repressão exercida pela ditadura, criou-se um cenário favorável à organização dos movimentos sociais. O movimento feminista se apresentou questionando as relações de poder tanto no universo das relações entre homem e mulher, quanto nos âmbitos da sociedade, articulando as relações de gênero à estrutura de classes.

Este movimento levantando suas bandeiras: *por maior autonomia da mulher e por justiça social em várias das dimensões da vida cotidiana*, e ainda, *nosso corpo nos pertence*, contribuiu solidamente para a elaboração de um novo modelo político como sucedâneo das denúncias das diferenças sociais e de gênero⁴¹. As reivindicações de atenção à saúde da mulher colaboraram na formulação das primeiras políticas de apoio e humanização à saúde materno-infantil⁶ mas que só foram instituídas a partir da década de 1980.

Ainda na década de 1970, foram implementados alguns programas de atenção dessa área, tais como o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI-1975). Esse programa teve como principal origem a recomendação do Plano Decenal de Saúde para as Américas, produto da III Reunião Especial dos Ministros de Saúde das Américas, realizado no Chile em 1972. O Brasil, como país membro da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), foi impelido a desenvolver programas inseridos no movimento a favor da saúde na América Latina⁴⁰.

O PSMI teve como prioridade os programas de prevenção às gestações de alto risco e suplementação alimentar às gestantes e puérperas de baixa renda. O planejamento familiar estava inserido neste programa de forma a proporcionar condições ao organismo materno para gerar crianças saudáveis respeitando intervalos entre os partos. Apesar de objetivarem a ampliação da cobertura e da qualidade da assistência à saúde da mulher, suas ações eram restritas ao ciclo

gravídico-puerperal e ao planejamento familiar. Caracterizavam-se por serem programas verticais, desarticulados, em que a autonomia da mulher não era colocada no centro da questão³⁸.

No início da década de 1980, o extinto INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) do Ministério da Previdência e Assistência Social estabeleceu a obrigatoriedade de alojamento conjunto na sua rede de assistência. Essa ação buscava maior contato entre mãe e recém-nascido, aumentando as chances de sucesso do aleitamento materno. Sem dúvida, esse fato constituiu um marco na percepção da efetiva necessidade do amparo legal para a consecução de práticas humanizadas na atenção ao binômio materno-infantil⁶.

A partir de meados da década de 1980, frente ao um crescente sentimento de democratização do país, criou-se um cenário propício para a conquista da mulher do seu direito de autonomia no cuidado de sua saúde. Reivindicações como, direito à procriação, sexualidade, planejamento reprodutivo, descriminalização do aborto, democratização da educação para a saúde e outras medidas entendidas na esfera da saúde pública ganharam espaço tanto na agenda política como nos espaços acadêmicos⁴².

No processo de abertura política, feministas e profissionais da saúde iniciaram uma parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadã⁴².

Em 1984, o MS lança o PAISM, Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com base nos conceitos de integralidade e universalidade da assistência, outrora lançados pelas AIS (Ações Integradas de Saúde). A comissão responsável pela formulação do PAISM era integrada por Ana Maria Costa uma médica sanitária do MS, ligada ao movimento feminista, Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto, dois professores tóco-ginecologistas da UNICAMP e Maria da Graça Ohana, uma socióloga fortemente associada ao movimento sanitário. Essa estratégica composição possibilitou o atendimento aos anseios da sociedade evidenciados na época⁴³.

A concepção original de atenção integral à saúde prevista pelo PAISM incluiria precocemente, de forma plena, a definição de saúde reprodutiva adotada pela OMS em 1988, e posteriormente ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Pequim em 1995⁴³. A adoção de tão amplo conceito pelo MS foi um importante passo para o reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres. Esse conceito,

em contraposição ao modelo que propunha a assistência por meio de ações isoladas, fez daquele programa um paradigma de referência mundial ⁴².

O espectro da integralidade da assistência não se restringia apenas ao corpo, na sua forma intrínseca, mas permeava, também, pela identificação do contexto sociopsicológico-emocional, concebendo a mulher como um ser completo. Além disso, as ações deveriam ser viabilizadas pela rede básica de saúde, tendo como diretriz a integração, regionalização e hierarquização.

Como as ações de assistência pré-natal já se achavam incorporadas à rede de atendimento, identificaram-se formas para melhorá-las. Ações de reciclagem continuada dos profissionais foram previstas e práticas educativas foram incorporadas em toda a assistência, de modo a possibilitar à mulher maior apropriação do seu corpo⁴³. Além disso, a integração entre as ações de pré-natal, parto e puerpério denotava a integralidade de assistência à mulher no período reprodutivo. A consolidação do PAISM nessas duas décadas variou nas diferentes regiões do país, em face dos diferentes graus de compromisso político assumido pelos seus governantes.

Em 1988, foi promulgada uma nova Constituição Federal. Naquela oportunidade, foi criado o SUS (Sistema Único de Saúde), entendendo a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, com base nos ideais de descentralização, universalidade, integralidade, equidade e participação social. Foram estabelecidos, também, direitos sociais e reprodutivos às mulheres, garantindo o entendimento da cidadania feminina.

A partir de 1992, passa a ser obrigatório, em todos os hospitais do SUS, o alojamento conjunto durante o internamento da puérpera e do recém-nascido, reforçando a humanização no atendimento do binômio. Em 1994, entendendo a necessidade da implantação de um novo modelo assistencial, que atuasse de forma horizontal, descentralizada e de grande acesso à população, foi implantado o PSF (Programa de Saúde da Família), tendo a família como foco principal de atenção. Nele, as questões da saúde da mulher se integram ao SUS ⁶.

Em junho de 2000, o MS lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria n° 569, estabelecendo a humanização como novo paradigma na atenção à mulher. Até aquela data, a assistência pré-natal era monitorizada pelo governo por dois parâmetros: a taxa de cobertura de pré-natal e o número de consultas/Nativo. Ainda que esses indicadores parecessem ser

satisfatórios, os seus resultados não refletiam uma efetiva melhora no quadro de morbimortalidade materno-perinatal, dando ensejo à necessidade de um aperfeiçoamento na qualidade da assistência obstétrica e neonatal prestada, daí, o surgimento do novo programa.

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania⁴⁴.

Estruturado em ações para os diferentes níveis de assistência no ciclo gravídico-puerperal, o PHPN foi o resultado de uma política de enfrentamento às questões ainda sem resolução desde a instituição do PAISM. Esse programa procura resgatar o comprometimento com os princípios de integralidade e humanização, atuando na promoção e prevenção à saúde da gestante. A ampliação do acesso, da qualidade e da capacidade da assistência, assim como sua regulação no âmbito do SUS, são os principais objetivos do PHPN.

O desenho do PHPN mostrou-se estratégico, uma vez que contempla várias instâncias de gestão, criando condições reais para a sua efetivação. O PHPN é composto por três componentes:

Componente I - Incentivo à Assistência Pré-Natal, que objetiva a assistência pré-natal adequada, com critérios mínimos recomendados pelo Programa, instituindo, para tanto, incentivos financeiros a serem transferidos aos municípios que aderirem ao Programa.

Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, que objetiva o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, através da estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares e financiamento a hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde.

Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto - buscando a melhoria do custeio da assistência ao parto realizado nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, elevando o valor e a forma de remuneração dos procedimentos da tabela relativos ao parto⁴⁴.

O ineditismo desse programa de governo consiste no fato de que, pela primeira vez, foi estipulado um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas dentro da APN, de forma a garantir sua qualidade. Com isso, foi possibilitado às

secretarias estaduais e municipais de saúde criarem um fluxo próprio de atendimento, contanto que respeitassem essas ações preconizadas, uniformizando a ação por todo o país.

Concomitantemente, desenvolveu-se uma nova sistemática para a remuneração do parto, levando-se em conta o cumprimento de critérios mínimos no pré-natal, na forma de incentivo. Por fim, cria-se o SISPRENATAL, um sistema de informatização a ser alimentado pela unidade assistencial, possibilitando o acompanhamento das várias ações realizadas na APN e antes de tudo, da adesão ao programa. Com esse monitoramento, intenciona-se o controle do governo no repasse do incentivo financeiro, assim como na avaliação dos indicadores da qualidade da assistência pré-natal desenvolvida, tanto no âmbito municipal, quanto estadual ³⁶.

A criação de Centrais de Regulação e de sistemas de unidades móveis de atendimento (SAMU) pré e inter-hospitalar, assim como a viabilização de financiamentos hospitalares, identificados no Componente III, buscam contemplar a resolução da problemática da falta/má distribuição de leitos obstétricos e neonatais (em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN). Trata-se de uma forma inteligente para o aproveitamento dos recursos hospitalares existentes, evitando-se a ocorrência de leitos vazios.

Em 2004, com maior abrangência de atenção, o MS elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Nessa nova política, a melhoria da assistência obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e, ainda, o combate à violência contra a mulher, também foram abordados, de forma que a integralidade da promoção da saúde na perspectiva do gênero consolidou os direitos sexuais e reprodutivos. Ainda em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que visava a monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher.

Em 2005, a Lei nº11.108 passou a garantir às parturientes o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, no ambiente SUS. Em 2007, a Lei nº11.634 passou a dar à gestante o direito de conhecer e de vincular-se à maternidade na qual o parto deverá *ocorrer*. Em Salvador, a Lei Maternidade Certa, de nº 7.851, sancionada em 2010, ratificou esses direitos às gestante no Município de Salvador.

Identificando a iniquidade entre as diferentes regiões do Brasil, a Presidência da República lançou, em 2009, o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, com vistas à aceleração e redução da mortalidade infantil nessas duas regiões ⁴⁵.

Em dezembro de 2010, foi criada a Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de estabelecer uma integração dos serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada ⁴⁶. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os locais de atenção ao Centro de Comunicação da Atenção Básica e pela responsabilização na atenção integral e continuada, entendendo-se que a regionalização das ofertas de serviços é fundamental para a obtenção da integralidade do sistema e para possibilitar a integração entre os serviços de saúde ⁴⁶.

Nessa época, apesar do acesso à assistência pré-natal e o número médio de consultas por nascido vivo já atingirem taxas satisfatórias, os indicadores de morbimortalidade materno-infantil, indicavam a necessidade de implementação da qualidade da assistência. Situações que eram corriqueiras, como dificuldade da realização de exames pré-natais, da obtenção dos resultados dos exames em tempo oportuno e a exposição da parturiente ao fenômeno de peregrinação entre as maternidades, demonstravam a fragmentação da assistência ⁴⁷.

Assim, em 24 de junho de 2011, foi instituída pelo MS, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha (RC). Ela consiste numa rede de cuidados criada de modo a assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar e à atenção humanizada à gestação, parto e puerpério, além de garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento saudável ⁴⁸.

A Rede Cegonha foi implantada conforme conceitos da RAS. O cuidado integral à gestante é garantido pela estruturação do sistema de saúde, em que os diferentes serviços de assistência são integrados e regionalizados, tendo a Unidade Básica de Saúde como porta de entrada.

O mapa de vinculação entre as unidades básicas e as de maior complexidade é desenhado de forma a possibilitar a melhor acessibilidade da gestante, levando-se em consideração a distância geográfica e a malha viária em relação à residência das gestantes.

O componente Pré-Natal da RC tem como diretrizes:

- 1- Captação precoce da gestante pela UBS, até a 12ª semana de gestação, fornecendo, para isso, teste rápido de gravidez;
- 2- Após a vinculação da gestante ao pré-natal, a ESF (Equipe de Saúde da Família) ou da UBS (Unidade Básica de Saúde) será a responsável pela paciente e pelo cumprimento de todo o protocolo;
- 3- Realização dos exames propedêuticos com resultados em tempo oportuno;
- 4- Acolhimento da gestante e avaliação de risco e vulnerabilidade em todas as consultas;
- 5- Garantia de encaminhamento e acompanhamento por serviço de pré-natal de alto risco, quando indicado, lembrando que a vinculação com a UBS é mantida de forma a possibilitar o cuidado integral à gestante e sua família;
- 6- Vinculação com o local onde o parto deverá ocorrer, realizando-se uma visita a este antes do parto. Essa vinculação garante à mulher, quando em trabalho de parto, o seu internamento naquela unidade pela diretriz “vaga sempre”;
- 7- Alimentação do SISPRENATAL para contínua avaliação do desempenho do serviço.

No Componente Parto e Nascimento da RC, foi priorizada a incorporação de boas práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, além da assistência humanizada. A assistência ao binômio mãe-filho é ainda garantida após a alta da maternidade, pelo Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, em que a puérpera, após 42 dias, deverá retornar à UBS para consulta puerperal, e seu filho deverá ser seguido pelo ambulatório até dois anos de idade, com pelo menos, oito consultas e realização de exames necessários.

A RC é ainda composta pelo Componente Sistema Logístico: Transporte e Regulação, que por meio da Central de Regulação regula as urgências médicas para os locais com disponibilidade de leitos de complexidade necessária para cada caso e pelo SAMU, que realiza o transporte de forma capacitada para as unidades onde a assistência será efetivada ⁴⁶.

Apesar dos diferentes programas do governo visando à assistência à saúde materno-infantil parecerem redundantes entre si, eles foram desenvolvidos a partir da identificação de falhas nos programas anteriores. Cada novo programa trouxe conceitos compatíveis com o entendimento político-filosófico de sua época em resposta às aspirações da sociedade. Dessa forma, identifica-se que, por terem sido

edificados com base nos seus antecessores, vários programas são aperfeiçoamentos ou complementos deles.

Nos últimos 30 anos, o Brasil evoluiu muito na melhoria da assistência obstétrica. A partir da década de 1980, surgiram programas com princípios voltados para o cuidado da mulher no conceito mais amplo de sua existência, não mais se limitando à esfera biológica. O lançamento do PAISM foi um grande marco, ao identificar a mulher como ser integral, propondo dessa forma, uma abordagem integralizada na sua assistência. Mais tarde, o PHPN surge com o paradigma de humanização e mais recentemente, a Rede Cegonha estabelece a articulação entre os serviços de saúde numa estratégia para evitar a fragmentação das ações assistenciais. Assim, foi criado um arcabouço político-filosófico-assistencial para possibilitar o atendimento integral, humanizado e integrado da mulher no ciclo grávido-puerperal e do seu filho ⁴⁷.

3.1.2 Monitorização da qualidade da atenção pré-natal

No intuito de identificar e monitorizar a qualidade da atenção pré-natal, o PHPN, pelo SISPRENATAL, implementou indicadores de avaliação da qualidade a serem registrados por todos os serviços que realizam assistência pré-natal vinculados ao SUS, checando se as ações mínimas estabelecidas para a APN estão sendo realizadas de fato. São os indicadores de processo:

1.1 Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município).

1.2 Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal.

1.3 Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.

1.4 Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos.

1.5 Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.

1.6 Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica.

1.7 Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.

O MS preconiza também a contínua avaliação da assistência prestada, estabelecendo indicadores construídos com base nas informações contidas na ficha perinatal, no cartão da gestante, nos mapas de registros diários da unidade de saúde em estudo, nos relatórios do SISPRENATAL e no processo de referência – contrarreferência. Têm-se os seguintes indicadores:

- Distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal (1º, 2º e 3º);
- Porcentagem de mulheres que realizaram pré-natal em relação à população-alvo (número de gestantes na área ou número previsto);
- Porcentagem de abandono do pré-natal em relação ao total de mulheres inscritas;
- Porcentagem de óbitos de mulheres por causas associadas à gestação, ao parto ou ao puerpério em relação ao total de gestantes atendidas;
- Porcentagem de óbitos por causas perinatais em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- Porcentagem de crianças com tétano neonatal em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- Porcentagem de recém-nascidos vivos de baixo peso (com menos de 2.500g) em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- Porcentagem de VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos em relação ao total de exames realizados;
- Porcentagem de mulheres atendidas nos locais para onde foram referenciadas em relação ao total de mulheres que retornaram à unidade de origem após encaminhamento.

O desenvolvimento do SISPRENATAL (PHPN) e seus indicadores intencionam a identificação das falhas da assistência pré-natal, possibilitando sua devida correção. Entretanto, nenhum desses indicadores tem habilidade de identificar a ocorrência de acolhimento e se a assistência respeitou as diretrizes da humanização. Como critérios de acolhimento e humanização na assistência pré-natal podem assumir caráter subjetivo, entende-se a dificuldade da expressão em números dessa importante política.

A ruptura do vínculo entre a mulher e o pré-natal no final da gestação pode ser entendida como uma possível falha na humanização da assistência, porém não é captada pelos indicadores acima citados.

Assim, o MS apresenta um “ponto cego” nesse cenário. Dir-se-ia que, de todos os indicadores, o que mais se aproxima para a percepção da continuidade da assistência é o item 1.3: Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério (SISPRENATAL). O MS considera ainda “Conclusão de Assistência Pré-Natal” quando há a realização de seis ou mais consultas, a realização de todos os exames obrigatórios e os de seguimento, quando for o caso, a realização do parto e da consulta de puerpério (Portaria nº570-MS-2000).

Contudo, mesmo esses parâmetros não são capazes de identificar a ocorrência de continuidade entre as ações. Uma mulher grávida pode realizar as seis consultas de pré-natal, desvincular-se no final da gestação da APN e retornar à unidade ambulatorial apenas após o parto, para consulta puerperal. Por outro lado, a gestante pode ter realizado acompanhamento sem lacuna entre a assistência pré-natal e o parto e aparecer nos índices de pré-natal não concluído, caso não tenha realizado todos os exames básicos ou a consulta de puerpério.

Assim, pela inexistência de mecanismos oficiais que identifiquem a desvinculação da grávida da assistência pré-natal no final da gestação, esse fenômeno não é identificado. Ignorando a proporção dessa ocorrência, não é possível sensibilizar os gestores do sistema de saúde para o desenvolvimento de políticas para o combate deste fenômeno.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo (exploratório).

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo correspondeu às pacientes internadas na Maternidade Climério de Oliveira (MCO), durante o período de 01/12/13 a 07/05/14.

A Maternidade Climério de Oliveira é a maternidade-escola vinculada à Universidade Federal da Bahia, com atendimento exclusivo à rede SUS. É considerada maternidade de média complexidade. Faz parte da Rede Cegonha, sendo a maternidade de referência das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário (DS) do Centro Histórico na sua totalidade e de cinco das sete UBS do Distrito Sanitário Barra - Rio Vermelho (Postos de Saúde do Calabar, do Garcia, do Alto das Pombas, da Federação e 5º Centro de Saúde). Atende também à demanda espontânea da população, tendo como média 3.200 partos/ano.

O Distrito Sanitário Centro Histórico é composto pelos seguintes bairros e localidades de Salvador: Água de Meninos, Aflitos, Ajuda, Alto da Esperança, Aquidabã, Baixa dos Sapateiros, Barbalho, Barris, Barroquinha, Boulevard Suisso, Campo da Pólvora, Campo Grande, Carmo, Centro, Comércio, Conceição da Praia, Curva Grande, Desterro, Djalma Dutra, Faísca, Fonte Nova, Forte de São Pedro, Gamboa, Jardim Bahiano, Lapa, Largo Dois de Julho, Loteamento Lanat, Macaúbas, Mercado do Ouro, Mercês, Misericórdia, Mouraria, Nazaré, Paço, Palma, Pelourinho, Piedade, Pilar, Poeira, Politeama, Rosário, Santa Tereza, Santana, Santo Antônio, São Bento, São Francisco, São Joaquim, São José, São Pedro, São Raimundo, Saúde, Sé, Taboão e Tororó ⁴⁹.

Já o Distrito Sanitário Barra / Rio Vermelho é composto pelos seguintes bairros e localidades: Alto da Bola, Alto da Sereia, Alto das Pombas, Alto do Areal, Alto do Gantois, Alto do Sobradinho, Amaralina, Avenida Brandão, Baixa Vai Quem Quer, Banco dos Ingleses, Barra, Barra Avenida, Binóculo, Cardeal da Silva, Calabar, Caminho das Arvores, Campo Santo, Canela, Centenário, Chame-Chame, Chapada do Rio Vermelho, Engenho Velho da Federação, Federação, Garcia,

Garibaldi, Graça, Iguatemi, Invasão do Cai Duro, Invasão do Tubo, Invasão São Lázaro, Itaigara, Jardim América, Jardim Apipema, Jardim Brasil, Jardim Zoológico, Loteamento Aquarius, Loteamento IAPSEB, Morro do Conselho, Morro do Cristo, Morro do Gato, Morro Ipiranga, Nordeste de Amaralina, Ondina, Paciência, Parque Cruz Aguiar, Parque Flamboyants, Parque João XXIII, Parque Júlio César, Parque Nossa Sra. da Luz, Parque São Braz, Parque São Paulo, Parque São Vicente, Pedra da Sereia, Pituba, Ponto da Mangueira, Porto da Barra, Rio Vermelho, Roça da Sabina, Santa Cruz, São Gonçalo da Federação, São Lázaro, Ubaranas, Vale da Muriçoca, Vale das Pedrinhas, Vale dos Barris, Vasco da Gama, Vila Matos e Vitória⁴⁹.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

a) Critério de inclusão:

Puérperas internadas na Maternidade Climério de Oliveira que pariram com 36 ou mais semanas de gestação.

b) Critérios de exclusão:

Puérperas que não realizaram assistência pré-natal;

Puérperas cujo parto ocorreu fora da Maternidade Climério de Oliveira.

4.4 TAMANHO AMOSTRAL

Tomando como base a média anual de 3.200 partos que ocorrem na Maternidade Climério de Oliveira e a frequência esperada de 40% do objeto do estudo³⁰, aceitando-se a variação para mais ou para menos de até dez pontos percentuais de diferença para a frequência e o nível de confiança de 95%, foi calculado o tamanho amostral de 900 pacientes. Para esse cálculo, foi utilizado o programa StatCalc do *freeware* EpiInfo, versão 7. Prevendo-se perdas no processo de coleta, optou-se por ampliar esse número para 1.100.

4.5 INSTRUMENTO / VARIÁVEIS E INDICADORES

Para a coleta das informações, foi utilizado um questionário semiestruturado dividido em quatro partes. A primeira, constando com dados sócio demográficos da paciente e a segunda, com dados sobre a sua assistência pré-natal, que foram obtidos por meio de entrevistas; a terceira parte, constando de dados retirados do cartão da gestante e a quarta, com dados do internamento adquiridos no prontuário.

Para caracterização da população estudada, foram coletadas informações tais como: idade, paridade, número de filhos vivos, cor, grau de instrução, estado civil, renda familiar e própria, número de dependentes, endereço da residência e do serviço de pré-natal.

O parto ocorrido no internamento foi contabilizado nos antecedentes obstétricos, assim como na quantidade de filhos vivos, quando não houve óbito fetal ou perinatal até o momento da entrevista. Como houve variação do valor do salário mínimo (SM) durante o período de coleta, a renda foi calculada em SM e não em reais, possibilitando a homogeneização dos dados. Foi ainda calculada a renda *per capita* familiar, dividindo-se a renda familiar pelo número de dependentes dela. Para esse item, o recém-nascido não fez parte do cálculo.

Informações da assistência PN tais como número de consultas, data da primeira e da última consulta foram extraídas do cartão da gestante. Dessa forma, só foram computadas para essas informações as gestantes que forneceram seus cartões para compilação dos dados.

Para cálculos de taxas em que a variável fonte de pagamento da assistência de saúde (SUS, planos de saúde, particular) esteve envolvida, as pacientes que referiram ter realizado mais de um acompanhamento de PN na mesma gestação, sendo por diferentes subsistemas de saúde, foram excluídas.

Quanto às características da relação entre a gestante e o seu pré-natal, as pacientes foram inquiridas sobre as suas percepções de acolhimento, assim como a ocorrência de quebra do seu vínculo com a assistência pré-natal.

O conceito de acolhimento é subjetivo e amplo e, dessa forma, foi questionado às pacientes se elas se sentiram cuidadas e bem tratadas por suas respectivas assistências PN. Houve pacientes que afirmaram ter percebido bom acolhimento pelo profissional assistente, assim como pelo serviço de saúde, outras que referiram não terem tido bom acolhimento e outras que se mostraram dúbias,

entendendo ter tido pontos positivos assim como pontos negativos na sua assistência pré-natal. Para os cálculos de taxas em que o acolhimento foi uma das variáveis, não foram incluídas as pacientes com respostas dúbias.

Inicialmente, as situações de quebra do vínculo entre a gestante e a sua assistência PN foram classificadas em “alta do pré-natal” e “abandono da gestante”. Foi considerada “alta do pré-natal” os casos em que, após a última consulta de PN, não houve agendamento para retorno, assim como não houve um encaminhamento específico para uma maternidade para atendimento de urgência. Já o abandono por parte da gestante foi identificado quando, apesar da assistência pré-natal estar disponível, a paciente não mais retornou.

No decorrer da coleta, foram identificadas situações de quebra de vínculo entre a assistência pré-natal e a paciente que não se encaixaram nas duas categorias descritas. Essas situações não previstas previamente foram anotadas individualmente e após finalização da coleta, listadas. Identificando-se que, nesses casos, foi vedada à gestante a possibilidade de manter-se no pré-natal por desorganização do serviço (ex.: férias do profissional sem substituto, reforma da unidade sem transferência da paciente para outro serviço de pré-natal, impossibilidade de marcação de retorno), ou por desorganização da rede (ex.: posto entrou em reforma e encaminhou para outra UBS que não tinha vaga), essas pacientes passaram a integrar um terceiro grupo, denominado “falha do sistema de saúde”.

Para a identificação da ocorrência do fenômeno de “peregrinação antenatal” por outras maternidades, a paciente foi questionada se, ao deslocar-se para o atual internamento, recorrera a alguma maternidade previamente à MCO, sem retornar para casa. Nos casos afirmativos, foi questionado o número de maternidades. Não foram considerados casos de peregrinação quando houve transferência da paciente de outra(s) unidade(s) de internamento via Central de Regulação.

A MCO é a maternidade de referência de todo o DS Centro Histórico e de cinco das sete UBS do DS Barra- Rio Vermelho. Para identificação da importância do desenho do mapa da Rede Cegonha na peregrinação anteparto, optou-se por considerar como população referida para realização do parto na MCO, as pacientes que foram submetidas a APN nos DS Centro Histórico e Barra - Rio Vermelho na sua totalidade, desde que apenas 4,3% das pacientes (sete gestantes) que se submeteram a APN no DS Barra - Rio Vermelho, o fizeram em uma das duas

unidades básicas de saúde não vinculadas à Maternidade Climério de Oliveira, (9º Centro de Saúde/ UBS Santa Cruz). Pela dificuldade de delimitar as regiões de abrangência das cinco UBS do DS Barra- Rio Vermelho que compõem a zona de referência da MCO preferiu-se assumir os possíveis erros que o acréscimo das sete mulheres, que foram assistidas pelas outras duas UBS, possa produzir.

Por fim, as informações referentes às condições de internamento, do parto e da evolução do recém-nascido foram obtidas nos prontuários hospitalares. As idades gestacionais foram calculadas com base no índice de Capurro calculado pelo neonatologista assistente no nascimento, registrado no prontuário. Nos casos de óbitos fetais, em que não foi possível o cálculo do índice de Capurro, utilizou-se a data da última menstruação para cálculo da IG.

Apesar de não fazer parte do escopo do estudo, as pacientes que referiram não ter realizado pré-natal também foram questionadas em relação às suas razões. Após listagem das razões apresentadas pelas pacientes, essas foram agrupadas e classificadas em problemas pessoais e na inacessibilidade ao pré-natal. Foi ainda questionado às pacientes, a respeito das razões de não terem se sentido acolhidas ou de terem abandonado a APN, quando tais situações ocorreram.

4.6 COLETA, TABULAÇÃO E PLANO DE ANÁLISE

Inicialmente, foi realizado um estudo piloto em que foram realizadas entrevistas e coletas de dados de pacientes da MCO, de forma que todos os entrevistadores identificassem as dificuldades do instrumento. Após discussão dos pontos dúbios, foi iniciada a coleta de dados. Por todo período da coleta foram mantidas reuniões quinzenais para compartilhamento das experiências e resolução de novas dúvidas que, por ventura, foram surgindo.

A coleta de dados ocorreu diariamente nas enfermarias e foi realizada por uma equipe composta por uma obstetra e cinco estudantes de medicina previamente treinados. Cada entrevistador foi responsável pela coleta de dados realizada em um dia fixo da semana, realizando rodízio entre si aos domingos. Para a coleta das informações, foi realizada entrevista individual com cada paciente em ambiente reservado, anotando-se as respostas imediatamente no questionário, assim como a compilação de informações existentes no cartão da gestante e nos prontuários da puérpera e do seu RN.

Como algumas pacientes não portavam seu cartão do pré-natal no momento da entrevista, solicitava-se às suas famílias que o trouxessem na próxima visita. Antes de dar início à entrevista, os objetivos da pesquisa foram explicados a cada uma das pacientes, garantindo o anonimato e a impessoalidade das informações fornecidas. Foi solicitada a assinatura de termo de consentimento informado das pacientes que aceitaram participar da pesquisa. As pacientes que se negaram a participar não foram submetidas às entrevistas e, assim, não foram incluídas no estudo.

Após a coleta dos dados, esses foram inseridos numa planilha Excel e transferidos para o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), 2012, mediante o qual foram feitas as análises. Foram realizados os cálculos para caracterização sociodemográfica, aspectos da APN, desvinculação ou não e modalidades, e peregrinação anteparto ou não, empregando-se proporções para variáveis qualitativas e medidas de tendência central e de dispersão para as quantitativas.

A descrição das características sociodemográficas e assistenciais pré-natais foi feita segundo o desfecho principal estudado (desvinculação da APN), testando-se a associação entre cada atributo e a desvinculação por intermédio do qui-quadrado ou teste de Fisher para variáveis qualitativas, *t* de Student para variáveis quantitativas e Mann-Whitney para as ordinais ou quando variáveis com distribuição não-normal apresentavam condições inadequadas para aproximação de normalidade pelo teorema do limite central, aceitando-se como significantes quando $p < 0,05$ (bicaudal) e aplicando-se a correção de Bonferroni quando os grupos em comparação eram subconjuntos de uma mesma totalidade.

Em razão da natureza exploratória do estudo, variáveis independentes quantitativas foram convertidas em faixas de variação (qualitativas ordinais) para a finalidade de teste de associação. Os dados foram analisados por um profissional independente que estabeleceu um acordo de confidencialidade previamente ao acesso aos dados.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira/UFBA e aprovado em 10 de outubro de 2013

(CAAE nº 18883513.8.0000.5543). Foram respeitados os princípios da Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial e a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde brasileiro.

O princípio de autonomia foi garantido, desde que foi dada a cada participante ampla liberdade para opção de não participação da pesquisa, esclarecendo que a recusa em nada alteraria a assistência a ela prestada, assim como ao seu recém-nascido. Apesar de a pesquisa não oferecer benefício direto à participante, o princípio da beneficência encontra-se na possibilidade de dar suporte aos gestores de saúde para implantação de estratégias que evitem futuras desvinculações entre gestantes e suas assistências pré-natais.

A não-maleficência foi salvaguardada no cuidado quando na abordagem de cada paciente pelos entrevistadores, de forma que se evitasse que ela apresentasse sentimentos de angústia ao lembrar ter sido exposta aos riscos da não assistência pré-natal no final da sua gestação, na ocorrência do fato. As entrevistas foram realizadas em recinto separado, apenas com a participação da puérpera e do entrevistador, prevenindo quebra da privacidade e intimidade junto às demais pacientes.

Por se tratar de coleta de dados por entrevistas e em fichas clínicas, o risco é mínimo, referente à divulgação de informações privativas das participantes. Toda a apresentação de resultados, entretanto, foi feita de forma consolidada e sem referência a detalhes que pudesse identificar as mulheres envolvidas no estudo.

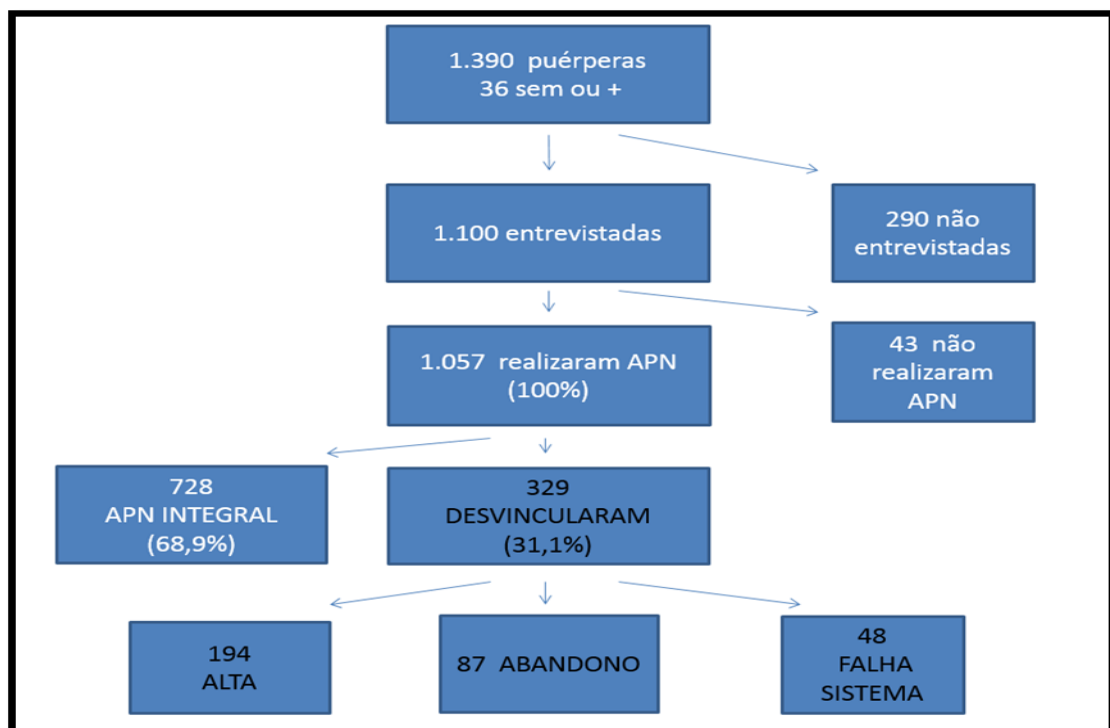
5. RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

No período de 01/12/13 a 07/05/14, ocorreram 1.390 partos na Maternidade Climério de Oliveira com idade gestacional igual ou superior a 36 semanas, (informação obtida pelos registros no livro de procedimentos do centro obstétrico da referida instituição). Foram entrevistadas 1.100 pacientes, das quais 43 não realizaram pré-natal. Dessa forma, foram aproveitadas as informações coletadas de 1.057 pacientes para o presente estudo. As 290 pacientes restantes não foram entrevistadas por não terem concordado com a participação na pesquisa ou por não terem tido a oportunidade de obter leito na enfermaria durante todo o seu internamento.

Durante o estudo, houve período de greve de funcionários na instituição levando a fechamento temporário de uma enfermaria. Assim, muitas pacientes não tiveram a oportunidade de obter leito nesta, sendo mantidas no centro obstétrico até o momento da alta.

Figura 1- Fluxograma de Identificação da Amostra e Resultados



Das 1.057 pacientes arroladas na pesquisa, 90,4% autodenominaram-se pardas ou negras e 78,9% referiram viver com companheiro, sendo 76,8 % destas por regime de união estável. A gestação foi oportuna em apenas 34% das pacientes. O nível de escolaridade variou do analfabetismo à pós-graduação, porém 25,4% da amostra cursaram até o nível fundamental e 43,1% até o ensino médio (Tabela 1).

Figura 2 - Mapa dos Distritos Sanitários de Residência das Pacientes



Residência	%
Boca do Rio	1,60%
Barra / Rio Vermelho	18,90%
Brotas	5,90%
Cabula / Beiru	11,10%
Cajazeiras	2,00%
Centro Histórico	7,10%
Itapagipe	3,60%
Itapuã	4,00%
Liberdade	4,80%
Pau da Lima	4,00%
São Caetano / Valéria	9,00%
Subúrbio Ferroviário	15,30%

A média de idade foi 27 anos (Tabela 2), variando de 13 a 48 anos. Dez por cento dessa amostra tratava-se de mães adolescentes (13 a 18 anos) (Tabela 1). Em relação aos antecedentes obstétricos, o número de gestações variou de um a dez, com mediana de duas gestações, o número de partos variou de um a nove (mediana = 1) e o número de abortos de nenhum a oito (mediana = 0). A mediana de número de filhos vivos foi um (Tabela 2), variando de nenhum a oito.

A média da renda familiar foi de 2,13 salários mínimos (SM) (DP = 1,49), já a média da renda da puérpera foi de apenas 0,6 SM (DP = 0,8). A renda *per capita* familiar média foi de 0,79 SM (DP = 0,62) (Tabela 2). Chama a atenção que quase metade das mulheres referiu não ter renda própria (46,8%). A frequência de pacientes moradoras nos DS Centro Histórico e Barra – Rio Vermelho foi de 26 % (Figura 2 e Tabela 3).

5.2 CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Entre as 961 pacientes que apresentaram o cartão para compilação dos dados, foi identificado que 65,2% realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal. O início do PN deu-se dentro das primeiras 12 semanas de gestação em 40,6% e dentro das primeiras 16 semanas de gestação em 66% da população estudada (Tabela 4).

O número mediano de consultas foi de sete. A idade gestacional na primeira consulta variou de 4,7 a 38,8 semanas, apresentando mediana de 14,3 semanas (Tabela 5).

A assistência pré-natal foi realizada exclusivamente por profissional médico em 35,5% dos casos, exclusivamente por profissional de enfermagem em 24,6% e, em 39,9% a assistência foi realizada por médicos e por enfermeiros. Em relação à percepção de acolhimento pelo serviço de pré-natal, 84,8% das pacientes referiram bom acolhimento (Tabela 6).

Nove pacientes (0,9%) realizaram mais de uma assistência pré-natal por diferentes vínculos. Dessa forma, essas pacientes foram excluídas dos cálculos quando a variável estudada foi o sistema de saúde assistencial. Das pacientes que realizaram acompanhamento PN por apenas uma fonte de pagamento: em 90,2% dos casos, a assistência pré-natal foi realizada no âmbito do SUS, 6,7% em consultório particular e 3,1% por convênio de saúde (Tabela 6).

Figura 3- Mapa dos Distritos Sanitários da Assistência Pré-Natal das Pacientes



Local da APN	%
Boca do Rio	1,00%
Barra / Rio Vermelho	16,90%
Brotas	7,00%
Cabula / Beiru	5,90%
Cajazeiras	1,50%
Centro Histórico	29,40%
Itapagipe	2,10%
Itapuã	2,30%
Liberdade	5,10%
Pau da Lima	4,10%
São Caetano / Valéria	4,10%
Subúrbio Ferroviário	9,30%

O cartão da gestante foi fornecido para 96,3% das mulheres pesquisadas que foram submetidas à APN. Identificou-se que 99,3% das pacientes do SUS, 72,8% das pacientes de clínicas particulares e 66,6% das pacientes que se submeteram a assistência pré-natal por setor suplementar de saúde (planos de saúde) receberam cartão da gestante.

Realizaram APN em unidades dos DS Centro Histórico e Barra - Rio Vermelho, 46,3% das pacientes arroladas nesse estudo (Figura 3 e Tabela 7). Das gestantes que realizaram APN no DS Centro Histórico, 66,4% realizaram no ambulatório da própria Maternidade Climério de Oliveira.

5.3 CARACTERÍSTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Das pacientes incluídas na pesquisa, 26% peregrinaram antes de conseguirem o internamento na MCO. Dessas, 24% peregrinaram por duas a cinco maternidades (Tabela 8). A peregrinação ocorreu 3,4 vezes mais frequentemente quando a APN foi realizada em outro DS que não o Centro Histórico ou Barra/Rio Vermelho (Tabela 9). A taxa de parto cesariano foi 46,1%, sendo que 23,2% dessas cesáreas foram indicadas devido a sofrimento fetal agudo (Tabela 8). Houve dois óbitos fetais e nenhum óbito neonatal até a finalização da etapa de coleta de dados desse trabalho.

5.4. DESVINCULAÇÃO DA GESTANTE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A desvinculação da gestante da sua assistência PN foi identificada em praticamente um terço das pacientes analisadas (31,1%). A principal forma de desvinculação foi a modalidade de alta do pré-natal (59%). O abandono do PN por iniciativa da paciente ocorreu em 26,4% dos casos. Por fim, em 14,6% dos casos, as pacientes foram abandonadas por falha do sistema de saúde (Figura 1).

5.4.1. Comparação dos perfis das pacientes que se desvincularam e as que se mantiveram vinculadas com o pré-natal até o parto

Foi realizada uma comparação entre as pacientes que se mantiveram vinculadas ao pré-natal até o parto e as que se desvincularam. Não houve diferenças entre esses dois grupos em relação às variáveis: cor autodeclarada, estado civil (Tabela 1), idade materna, paridade, número de filhos vivos, assim como não houve diferença nas rendas entre esses dois grupos (Tabela 2). Porém identificou-se diferença na escolaridade, 54% das pacientes desvinculadas não

completaram o ensino médio, enquanto as pacientes que se mantiveram vinculadas à assistência pré-natal foram de 43,7% ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Dois terços da amostra referiu tratar-se de gestação não planejada (66,3%), sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos de pacientes vinculadas e desvinculadas da APN (Tabela 1).

Em relação às características da assistência pré-natal, observou-se menor número de consultas, menor idade gestacional na última consulta, maior período entre a última consulta e o parto no grupo das pacientes que se desvincularam. A idade gestacional na primeira consulta não apresentou diferenças entre os dois grupos (Tabela 5).

As que apresentaram menor índice de desvinculação foram as mulheres assistidas nos PN no DS Centro Histórico ou no DS Barra – Rio Vermelho (23,2%) em relação às pacientes que realizaram APN em qualquer outro DS (Tabela 7). A desvinculação ocorreu em 41,4% das pacientes assistidas no PN por clínicas particulares e 30,3% das pacientes assistidas pelo SUS. Porém, devido ao pequeno número da amostra dos subgrupos, principalmente nos subgrupos não SUS, não é possível avaliar significância estatística.

Em relação ao profissional assistente, a desvinculação foi relativamente menos frequente no grupo acompanhado pelas duas categorias profissionais simultaneamente (enfermeiro - 34,3%; médico - 29,7%; médico e enfermeiro - 25,1%) (Tabela 6), embora não se tenha alcançado significância estatística após a correção de Bonferroni ($p < 0,05/3$ subconjuntos) (Tabela 11).

A percepção de não acolhimento do PN foi 2,5 vezes maior no grupo de pacientes desvinculadas quando comparado com as pacientes que não se desvincularam do PN (26,2% X 10,4%; $p < 0.001$) (Tabela 6).

A peregrinação por maternidades antes do internamento na MCO ocorreu em 33,4% das pacientes que se desvincularam do pré-natal enquanto ocorreu em 22,6% das pacientes que não se desvincularam ($p < 0,001$). As pacientes desvinculadas tenderam a peregrinar por mais maternidades. As pacientes desvinculadas foram submetidas relativamente a mais partos cesarianos devido a sofrimento fetal agudo ($p < 0,05$) (Tabela 8).

5.4.1.1. Alta do Pré-Natal

Das pacientes que se desvincularam do pré-natal, 194 obtiveram alta dessa assistência, configurando-se a forma mais frequente de desvinculação da gestante do seu pré-natal (Figura 1). O perfil da assistência PN desse grupo apresentou mediana de seis consultas (Tabela 10), de forma que 66,9% foram submetidas a seis ou mais consultas (Tabela 12,). A IG mediana na primeira consulta foi de 14,1 semanas e de 37,4 semanas na última consulta. O período mediano entre a última consulta e a data do parto foi de 16 dias (Tabela 10). A APN iniciou-se dentro das primeiras 12 semanas em 39,6 % e nas primeiras 16 semanas em 68,9%. Identificou-se que 37,7% das altas ocorreram em PN realizados por médicos e enfermeiros, 26,9% por enfermeiros e 35,3% por médicos (Tabela 12).

A peregrinação ocorreu em 34,5% das pacientes que receberam alta do pré-natal, sendo que 28,8 % dessas peregrinaram por duas a cinco maternidades (Tabela 13). A média de maternidades procuradas previamente ao internamento na MCO foi de 1,5 (DP = 0,9). A taxa de partos cesarianos foi de 49,5%, sendo que desses, 14% devido sofrimento fetal agudo.

5.4.1.2. Abandono do Pré-Natal

Esse grupo é formado por 87 puérperas. Entre as mulheres desvinculadas do PN, foram as que apresentaram menor grau de escolaridade. Neste grupo, 70,1% não completou o ensino médio (Tabela 14). Tanto a idade materna quanto as rendas foram as menores de todos os subgrupos. Já a paridade e o número de filhos vivos foram similares com o grupo da falha do sistema de saúde e maior que os grupos de alta e de gestantes que se mantiveram vinculadas (Tabela 15).

Em relação à assistência PN, o número mediano de consultas foi quatro, a idade gestacional no início do pré-natal foi de 16 semanas e de 32,6 semanas, na última consulta. O tempo mediano, que as pacientes permaneceram sem assistência pré-natal no final da gestação, foi de 50,5 dias (Tabela 10). Dessa forma, foi o grupo que apresentou um dos menores números de consultas e maior período sem assistência pré-natal no final da gestação.

Esse grupo apresentou ainda maior frequência de gestações não planejadas (74,7%) (Tabela 14) além de percepção de não acolhimento pelo serviço de pré-

natal (35%) quando comparadas com os outros subgrupos de pacientes que se desvincularam (Tabela 12). Nesse grupo, 53,7% das pacientes moravam no mesmo DS do local da APN (Tabela 12).

As pacientes que abandonaram o PN apresentaram taxa de peregrinação de 36,8%, tendo uma média de 1,3 maternidades percorridas antes do internamento na MCO. A taxa de parto cesariano, neste subgrupo, foi de 52,9% (Tabela 13).

5.4.1.3. Quebra do vínculo com a gestante devido à falha do sistema de saúde

Nessa categoria se enquadram 48 pacientes (4,3% da amostra). Estas mostraram as características sociodemográficas, cor, conjugalidade, escolaridade e idade, comparáveis às dos grupos que se mantiveram vinculadas à APN e das que receberam alta (Tabelas 14 e 15).

O número mediano de consultas PN foi de quatro e a IG na última consulta foi de 34,8 semanas. O período sem assistência pré-natal foi de 35 dias, o dobro do tempo encontrado no grupo de pacientes desvinculadas por alta do PN (Tabela 10).

A semelhança com os grupos de pacientes que se mantiveram vinculadas e com o grupo de alta do PN se repetiu com a variável oportunidade de gestação (Tabela 14), porém a percepção de acolhimento foi inferior nessa categoria em relação às outras duas (não acolhimento: 33,3%) (Tabela 12).

Como em todas as categorias de pacientes desvinculadas da APN, a taxa de parto cesariano também foi maior do que a taxa apresentada entre as pacientes que mantiveram-se vinculadas à APN (Tabela 13).

6. DISCUSSÃO

Os princípios da integralidade e da humanização na assistência obstétrica têm sido reiteradamente reforçados nos últimos 30 anos nas políticas de saúde da mulher no Brasil^{43, 50, 51}. A identificação da fragmentação da assistência da gestante por meio da quebra do seu vínculo com o serviço de PN aponta a dificuldade da institucionalização dessas diretrizes básicas.

Como a amostra do presente trabalho se limita a puérperas de apenas uma maternidade, não há intenção de extrapolar esses dados (taxas) para a população da cidade de Salvador. Entretanto a MCO respondeu em anos recentes pela segunda produção obstétrica do município, atendendo parturientes dos 12 DS de Salvador, na presente amostra. Como base de cálculo do número amostral desse trabalho, foi utilizado como base, 3.200 partos ocorridos na MCO em 2013. Registros mais atualizados indicam que em 2012 houve na cidade de Salvador 37.163 nativos (dados do DATASUS- SINASC).

A desvinculação da gestante da sua assistência pré-natal ocorreu entre praticamente um terço das pacientes envolvidas na pesquisa, sendo a alta responsável por 58.9% desta. Na pesquisa realizada em 2006, com 1.138 puérperas em Salvador, foi identificado que 39,7% obtiveram alta do pré-natal³⁰. Esse achado foi utilizado para o cálculo do número amostral do presente trabalho. Mesmo levando em consideração a margem de erro de 10%, foi identificada uma frequência mais baixa de alta do pré-natal. Não é relevante nem possível levantar a hipótese de que esse fenômeno esteja diminuindo, desde que, na pesquisa de 2006, apesar de se tratar de um estudo sobre a qualidade da APN, o mesmo não foi desenhado especificamente para identificação da desvinculação, além do que compreendeu puérperas de todas as maternidades públicas do município. A constatação da ocorrência de desvinculação do pré-natal e de que o desfecho “alta do pré-natal” ainda é persistente no nosso meio são importantes achados deste trabalho.

Os indicadores mais comumente utilizados na avaliação da APN no Brasil são: a taxa de cobertura, a taxa de gestantes que iniciaram a APN no primeiro trimestre e a taxa de gestantes que tenham realizado pelo menos seis consultas. Das 1.100 pacientes entrevistadas neste estudo, 1.057 iniciaram o acompanhamento PN, resultando em uma taxa de cobertura de 96%. Das que realizaram PN, 65,2% realizaram seis ou mais consultas. Em relação ao início da

APN, 60,8% iniciaram nas primeiras 16 semanas, enquanto apenas 34,2% iniciaram no primeiro trimestre.

Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006 (PNDS), realizada por meio de entrevista com mais de 5.000 mulheres por todo o território nacional, a taxa de cobertura de PN identificada foi de 98,7%. Dessas, 77% realizaram seis ou mais consultas e 83% da amostra haviam iniciado a APN no primeiro trimestre⁵². Essa pesquisa é realizada com uma regularidade de dez anos, sendo que os dados são obtidos pelas entrevistas que são realizadas em nível domiciliar. São questionadas informações das gestações ocorridas nos cinco anos anteriores. Pelo fato de a coleta de dados não ser realizada imediatamente após o parto, diferentemente das pesquisas realizadas nas maternidades, muitas informações podem sofrer viés de memória.

Recentemente foi publicada a pesquisa “NASCER NO BRASIL”. Essa pesquisa foi realizada com quase 24.000 puérperas que foram entrevistadas entre 2011-2012. Pela sua abrangência oferece um panorama nacional da situação da assistência obstétrica atual. Foi realizada com puérperas em maternidades públicas, privadas e mistas, incluindo 266 hospitais de grande e médio porte, de forma que contemplou todas as capitais e também cidades não-capitais de todos os estados, com total de 191 municípios⁵³. Nesse estudo, a taxa de cobertura de assistência PN identificada foi de 98,7%. Destas, 73,1% das pacientes submeteram-se a seis ou mais consultas, 60,6% iniciaram até a 12ª semana e 75,8% até a 16ª semana de gestação.

Comparando os achados da presente pesquisa com os das duas pesquisas anteriormente citadas, identifica-se que a população estudada na MCO apresenta piores taxas dos indicadores avaliados, com menor cobertura, menor número de consultas e início mais tardio da APN.

Ao interpretar essas diferenças, deve-se levar em consideração que as pesquisas nacionais foram desenhadas de forma que houvesse melhor representatividade de toda a população brasileira. As médias nacionais apresentadas diluíram as diferenças encontradas entre as regiões do Brasil, assim como entre a zona rural e a zona urbana e ainda entre pacientes atendidas pela rede SUS, pela rede complementar ou pela rede privada de assistência de saúde. É sabido que as regiões Norte e Nordeste apresentam os piores índices de desenvolvimento humano no Brasil⁵⁴. Na PNDS/2006, a taxa de cobertura de APN

na região Nordeste foi de 97,9% enquanto na região Sudeste foi de 99,8%⁵². Em 2009, a Presidência da República lançou o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, na intenção de diminuir as diferenças regionais, que ainda são uma realidade persistente. Na pesquisa NASCER, a região Norte apresentou menor taxa de cobertura de APN (97,5%) enquanto a região Sul apresentou a quase universalidade de cobertura (99,5%). A região Nordeste apresentou taxa intermediária de 98,5%⁵³.

Em termos de número de consultas, pelo viés de seleção, era esperado que a amostra da MCO apresentasse as melhores taxas. Como só foram envolvidas puérperas que levaram a gestação até 36 semanas ou mais, os partos prematuros não estiveram na amostra, e assim houve maior oportunidade para maior número de consultas de APN para cada gestante.

Entre os três indicadores em comparação, a taxa de início da APN no primeiro trimestre foi a que apresentou maior diferença entre os resultados desta pesquisa e as duas nacionais. A captação precoce da gestante é uma diretriz básica das políticas de saúde, de forma que se oportunizem as ações da APN. Segundo o PHPN, a captação deve ocorrer dentro das primeiras 16 semanas. Já na Rede Cegonha, a diretriz orienta a captação dentro das primeiras 12 semanas de gestação. Para que essa diretriz básica seja viabilizada, testes rápidos de gravidez devem ser oferecidos pelas UBS e busca ativa de novas gestantes deve ser realizada continuamente pela ESF nas comunidades encaminhando-as para a APN⁴⁶.

Apesar de maior proporção de pacientes assistidas no PN pelo SUS, foi identificado, de uma forma geral, um quadro socioeconômico mais favorável da população deste trabalho em comparação com as populações arroladas nas pesquisas NASCER e PNDS/2006. A população de adolescentes respondeu por 16,1% da PNDS/2006 e 18,2% na pesquisa NASCER, já na MCO esta representou apenas 10% da população. Na avaliação da escolaridade, 49,7% da população da PNDS e 50% da pesquisa NASCER haviam estudado até o ensino fundamental, enquanto na população desta pesquisa, apenas 29,2% estudaram até o ensino fundamental e a maioria chegou ao nível médio.

A conjugalidade (casadas ou com união estável) foi similar entre a população da presente pesquisa (78,9%) e da pesquisa NASCER (80%), porém, mais alta do que a encontrada na PNDS (64%). A quantidade de filhos deste estudo foi similar à

encontrada na pesquisa NASCER (Md =1) e menor do que a PNDS (Md =1,8). Por fim, é importante ressaltar que a grande maioria da população desta pesquisa era residente de Salvador, enquanto nas duas pesquisas nacionais a população da zona rural também foi representada.

Pelo SINASC, em 2012, a taxa de cobertura de APN no Brasil foi de 95,9%. A taxa de gestantes que realizaram mais de seis consultas e PN foi de 61,6%. As taxas da Bahia e de Salvador são menores que as médias nacionais, demonstrando mais uma vez, as diferenças regionais. Assim, encontramos que, na Bahia, 92,4% da população de gestantes é coberta pela APN, e 46,3% realizaram o número de consultas orientado pelo MS (seis ou mais). Já em Salvador a taxa de cobertura foi de 94,1%, e 46,5% realizaram seis ou mais consultas.

A taxa de gestações não planejadas foi mais frequente na amostra da MCO. Nesse grupo, 66% relataram não ter planejado a gestação, enquanto na pesquisa NASCER tal ocorrência foi de 54,4%. Seja metade ou dois terços da população, a taxa de gestação não planejada identificada é considerada alta. Desde a implantação do PAISM, a assistência integral à saúde reprodutiva é proposta pelo MS.

A garantia do acesso ao planejamento reprodutivo é uma ação também oferecida pela Rede Cegonha. Em relação à população avaliada na MCO, provavelmente essa taxa seria maior se as pacientes avaliadas não fossem restritas à IG mais avançada. Muitas gestações não planejadas expõem as mulheres aos riscos de abortamentos clandestinos, sendo uma das causas mais frequentes de morte materna evitável. Isso é um indicativo de que o sistema de saúde está ineficiente no que tange ao planejamento reprodutivo^{55,56,57}.

Percebendo a maior frequência de gestações não planejadas assim como piores taxas dos indicadores da APN frente a um melhor perfil sócio econômico da população deste estudo, em comparação às populações das pesquisas PNDS e NASCER, a qualidade e eficiência da assistência à saúde da mulher no nosso meio é posta em questão.

Em relação à variável renda, chamou à atenção a pequena contribuição da puérpera na renda familiar (28,1%). Isso pode ser parcialmente explicado pelo fato de que quase metade das mulheres referiu não ter renda própria (46,8%). Quarenta e dois por cento das pacientes referiram ser estudantes e/ou dona de casa. Além disso, como a grande maioria das mulheres que trabalhavam referiu ser profissional

autônoma, muitas informaram não ter trabalhado durante a gestação. Sendo assim, essa variável foi identificada para o momento da gestação, não representando a situação usual da mulher em outros períodos da vida.

O menor número de consultas, a menor IG na última consulta, assim como o maior período entre a última consulta e o parto no grupo que se desvinculou em relação ao grupo que se manteve vinculado, foram devidos à desvinculação *per si*.

Em relação ao tipo de profissional que realizou o acompanhamento pré-natal, quase 40% da amostra foi assistida por médicos e enfermeiros, 35,5% por médicos e 24,6% por enfermeiros. Os enfermeiros realizaram a assistência pré-natal apenas no SUS. A assistência multiprofissional é um dos dez princípios fundamentais da OMS na atenção perinatal²⁶.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem - Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro³⁴. Pela Rede Cegonha, as gestações de risco habitual devem ser acompanhadas pela enfermagem, porém devem ter ao menos um consulta com médico que não necessariamente seja obstetra¹⁶. Apesar de não ter apresentado diferença estatisticamente significativa, a proporção de gestantes que referiram bom acolhimento pela APN foi maior entre as acompanhadas por equipe multiprofissional.

A multidisciplinaridade na assistência de saúde permite a agregação de saberes e conhecimentos de profissionais, podendo cada um desses oferecer seus diferentes talentos com o intuito de promover o bem-estar, cuidados, acolhimento e vínculo com a gestante^{58,59}.

O cartão PN foi fornecido para 96,3% das pacientes deste trabalho, sendo que quase a totalidade das pacientes assistida por PN pelo SUS recebeu o cartão (99,3%), enquanto apenas 71,4% dos PN não SUS forneceram o cartão. Trata-se de importante instrumento de registro das informações relevantes acerca da gestação, de forma que os dados ficam disponibilizados para qualquer profissional que irá realizar novo atendimento àquela gestante.

O fornecimento do cartão da gestante é uma das ações a ser realizada pela APN, assim como a orientação de que a gestante deve portar sempre seu cartão ao sair de casa para sua segurança frente a qualquer intercorrência. Percebe-se a menor frequência do fornecimento do cartão da gestante no setor não público. Como todo cidadão brasileiro tem direito à assistência do SUS, as gestantes que recorrem

ao setor privado procuram uma assistência diferenciada. Mesmo que o profissional pré-natalista seja o mesmo que realiza a assistência ao parto na rede privada, isso não dispensa o fornecimento do cartão à gestante, desde que intercorrências são imprevisíveis e outros profissionais, que nada sabem daquela gestação, podem necessitar dos dados para prestar melhor assistência nas emergências.

Desde que as pacientes arroladas nesta pesquisa foram submetidas à assistência ao seu parto em uma maternidade pública, as que fizeram o acompanhamento pré-natal no setor privado (particular ou por convênio) não foram acompanhadas pelo mesmo profissional pré-natalista no momento do seu parto. Assim, 29,6% das pacientes do setor privado, foram atendidas na emergência da MCO sem o fornecimento dos seus dados do seu pré-natal. No setor privado (não-SUS), a desvinculação ocorreu mais frequentemente nos PNs que não forneceram o cartão da gestante (77,1% X 61,9%).

Na face frontal do cartão da gestante do SUS, há um espaço para ser preenchido pelo profissional assistente do PN, com o nome da maternidade de referência a que a gestante deverá recorrer frente a qualquer intercorrência. A Rede Cegonha instituiu a política “vaga sempre”, de forma que, o internamento das gestantes provenientes dos distritos sanitários que são referenciados para aquela maternidade seja garantido, mesmo na ausência de vagas. Essa política visa à eliminação da peregrinação anteparto ⁴⁶.

A peregrinação anteparto por maternidades ocorreu em 26% das pacientes. Esse fenômeno foi muito mais frequente nesta amostra do que o encontrado na população da PNDS, que foi de 10%, e na pesquisa NASCER (16,2%), porém foi mais próxima da encontrada na população do Nordeste dessa última pesquisa (25,1%). Esses achados demonstram que a peregrinação anteparto é uma situação ainda persistente e que também guarda diferenças regionais ^{52,60}. A desvinculação da APN foi um fator associado com maior frequência de peregrinação ($p < 0,001$).

De acordo com as diretrizes da RC, era esperado que a maior parte da população das pacientes internadas na MCO fosse residente e assistida a nível de pré-natal nas unidades de APN do Centro Histórico ou Barra – Rio Vermelho. Na amostra estudada, a proporção de mulheres residentes nesses distritos sanitários foi de apenas 26% e a proporção de mulheres vinculadas a algum serviço de APN desses DS foi de apenas 46,3%. Como visto acima, era esperado que essas taxas fossem semelhantes, ou seja, a população residente deveria ser população

vinculada a APN dos referidos DS. Porém, foi identificado que a população de pacientes que realizaram APN é quase o dobro da que reside nesses DS. Configura-se um flagrante de migração de pacientes para APN de outro DS que não o seu de residência.

Algumas hipóteses podem ser formuladas para justificar tal fenômeno. Estudos identificam que a gestante tende a migrar para serviços de PN onde a mesma identifica melhor qualidade de assistência^{35,62}. Em uma revisão sistemática, a acessibilidade foi identificada como uma das principais razões de peregrinação da gestante tanto a nível do pré-natal como no parto⁶¹. A falta de vagas nas UBS perto da residência da gestante pode levar à mesma a recorrer a serviços em outro DS. Outra possibilidade é o fato de a RC ter recentemente orientado a matrícula de mulheres grávidas em serviços de PN de DS de onde as mesmas trabalham e não apenas de onde residem.

O mapa de vinculação encontra-se em constante remodelação, no intuito de facilitar a acessibilidade da gestante a uma APN, porém a vinculação pelo local de trabalho da gestante pode desvirtuar o modelo original. A UBS, sendo responsável pelos residentes de uma comunidade bem definida, institui um vínculo com as famílias, conhecendo as patologias dessas, assim como as mulheres que se encontram gestantes, levando à busca ativa de pacientes faltosas e até a realização de consulta domiciliar. Como não foi levantada a informação do local de trabalho das entrevistadas, não foi possível atestar esta correlação.

Avaliando-se mais detalhadamente a subpopulação que foi submetida a APN no DS Centro Histórico, foi identificado que 66,4% estas, realizaram a APN na própria MCO. Dessas, 86,4% chegaram ao PN da MCO por demanda espontânea e as restantes, por encaminhamento de uma UBS do referido DS. Ou seja, mais da metade das pacientes desse estudo, que realizaram APN no DS Centro Histórico, se matricularam no ambulatório da MCO por demanda espontânea.

Esse fato poderia ser explicado pelo possível desconhecimento das diretrizes da RC por parte das gestantes, crendo elas, que apenas a sua inserção no ambulatório de PN desta maternidade, garantiria o seu internamento na mesma, quando oportuno. Outra possível explicação seria a crença de encontrar uma boa qualidade de atendimento neste serviço, desde que se trata da maternidade de uma faculdade de medicina. No entanto, outros estudos serão necessários para afirmar esta correlação.

As pacientes que foram submetidas à APN nos DS Centro Histórico e Barra - Rio Vermelho apresentaram menor proporção de desvinculação da APN (23,2%) assim como menor proporção de peregrinação anteparto (11% X 38,6%; $p < 0,001$) quando comparadas com as mulheres que realizaram APN em qualquer outro DS. Estes resultados indicam que a estratégia traçada pela RC mostra-se coerente.

A peregrinação entre as parturientes que estavam vinculadas à APN de outro DS que não de referência da MCO supostamente decorreu pelo não internamento nas maternidades de referência dos seus DS, recorrendo elas então à MCO. Por outro lado, foi identificado que 74% das parturientes não peregrinaram e que apenas 46,3% das mulheres da amostra eram provenientes de serviços de APN dos DS de referência da MCO. Ou seja, entende-se que 27,7% da amostra recorreram diretamente à MCO mesmo sendo assistida por PN de outro DS, não seguindo o fluxo traçado pela RC.

Estes flagrantes indicam a não incorporação plena do desenho da Rede Cegonha tanto pela população quanto pelos serviços de saúde. A gestante deve procurar serviços vizinhos a sua residência para possibilitar maior facilidade de acesso. Neste serviço de APN, o profissional assistente deve orientar quanto a maternidade de referência já na primeira consulta, desde que intercorrências obstétricas podem ocorrer já no primeiro trimestre de gestação. Na outra ponta, o profissional assistente nas emergências deve garantir o cumprimento da política “vaga sempre”, internando todas as gestantes provenientes dos DS que tem aquela unidade com referência, quando necessário.

No meio deste desenho encontra-se a gestante. Para evitar a migração desta para outro DS para APN, é importante que haja acessibilidade, qualificação e uniformização no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal em todas as unidades básicas^{33, 63}. A fidelização da gestante à APN do seu DS permite o melhor fluxo proposto pela Rede Cegonha. Isto também se observa na assistência ao parto, em que o respeito na vinculação entre a UBS e a maternidade de referência, se reflete na otimização dos leitos obstétricos. Do contrário, o ciclo pernicioso entre a desorganização das vagas das maternidades e a peregrinação anteparto se perpetua.

A taxa de partos cesarianos na população estudada na MCO foi de 46,1%. Essa taxa está bem acima da preconizada pela OMS de 15%⁶⁴. Em relação à população desse trabalho, são identificados dois vieses de seleção. O primeiro

decorrente do fato da MCO ser uma maternidade de média complexidade, apresentando naturalmente uma maior proporção de gestação de alto risco. Outro viés de seleção se deveu pelos três meses de greve na maternidade. Devido à restrição de leitos, muitas puérperas não obtiveram vagas nas enfermarias, sendo essas prioritárias para as pacientes em pós-parto cirúrgico. Dentre as indicações da via alta para o parto, 23,2% foram devido a sofrimento fetal agudo.

Durante o período da coleta, houve 14 óbitos perinatais com IG igual ou superior a 36 semanas na MCO (Relatórios da Comissão de Investigação dos Óbitos Perinatais da MCO/ CIOP-MCO), sendo oito fetais e seis neonatais. Apenas dois desses casos (ambos, óbitos fetais) fizeram parte do estudo. Três casos não foram incluídos por terem ocorrido no grupo de pacientes que não se submeteram a APN. Dos nove casos restantes, três, as entrevistas não foram oportunizadas pelo tempo de internamento abreviado. As outras seis pacientes, ou não aceitaram participar da pesquisa por encontrarem-se entristecidas, ou não se encontravam nas enfermarias no momento da entrevista, pois permaneciam o maior tempo acompanhando seus RNs na UTIN. Pelo pequeno número de óbitos perinatais incluídos na pesquisa, não foi possível realizar nenhuma comparação entre os grupos.

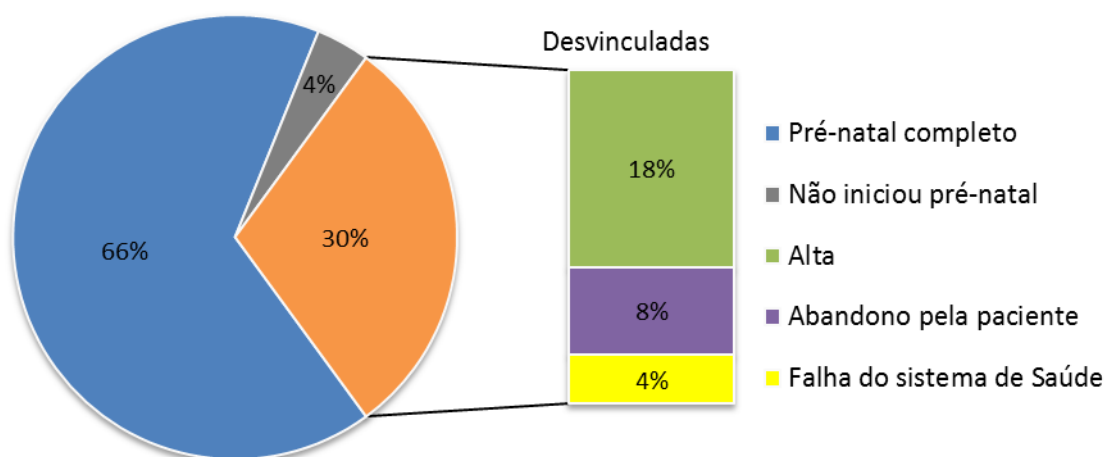


Gráfico 4- Cobertura da APN no final da gestação, MCO, 2013-14.

Identificou-se que das 1.100 puérperas inicialmente arroladas na pesquisa, 43 não realizaram APN, chegando a uma taxa de cobertura de APN de 96%. Ao identificar, porém que 329 pacientes foram desvinculadas da APN antes do término da gestação, identifica-se que apenas 66,1% da amostra teve a oportunidade de

uma APN integral. A percepção da quase universalidade de cobertura pré-natal é desconstruída quando se percebe a fragmentação dessa ação (Gráfico 4).

Comparando-se as pacientes vinculadas com as desvinculadas da APN, foi observada menor escolaridade ($p < 0,001$) e menor percepção de acolhimento ($p < 0,001$) entre as pacientes desvinculadas. Esses achados foram concordantes com outros estudos^{65,66,67,68}.

Para que a gestante se vincule e se mantenha vinculada à APN, é necessário o entendimento da importância dessa ação. Existem dois momentos cruciais em que o entendimento é construído. O primeiro ocorre com o nível de esclarecimento que uma pessoa normalmente atinge por meio da educação formal. O segundo é oportunizado na própria APN. Fazem parte da assistência PN, ações educativas, constando entre essas a orientação da importância dessa assistência, de forma que a gestante seja conscientizada de sua responsabilidade de manter-se no PN⁶⁹. Entende-se que falhas na educação, assim como na assistência no serviço de saúde expõem a gestante à desvinculação da sua APN e às suas consequências.

O grupo de mulheres desvinculadas da APN apresentou maior frequência de peregrinação ($p < 0,001$), tendência a peregrinar por maior número de maternidades e maior frequência de indicação de parto cesariano de urgência, devido a sofrimento fetal agudo ($p < 0,05$). A ação realizada pela APN que pode inibir a peregrinação é a vinculação da gestante à maternidade de referência.

Essa ação deve ser realizada em qualquer momento do PN, preferentemente na primeira consulta. Porém, a menor quantidade de consultas entre as pacientes desvinculadas, pode ter influenciado na menor oportunidade dessa orientação. Outra possibilidade para justificar essa associação, seria a má qualidade da APN que entre outras, não cumpriu a diretriz básica de referenciar a maternidade e que não foi capaz de manter a gestante vinculada na assistência.

Entre as três formas de desvinculação da APN identificadas, a alta do pré-natal foi a forma mais frequente, sendo que quase 1/5 de todas as pacientes que realizaram pré-natal obteve alta. Foi o grupo que mais tardiamente se desvinculou da APN, de forma que o período médio sem assistência PN no final da gestação foi o menor entre os três grupos.

A liberação da gestante da assistência PN por meio da alta é característica do modelo tecnocrático, em que o foco da atenção é limitado à consulta. Já o modelo humanizado é baseado em conceitos humanistas que têm a gestante como ser

integral e como protagonista da ação. O profissional e o serviço que acolheram a grávida são responsáveis pelo seu cuidado por toda a gestação ⁴⁶.

Esse modelo foi instituído nas políticas de saúde há mais de uma década. Não é coincidência que a orientação de fornecer alta à gestante do seu pré-natal no fim da gravidez inexistente em qualquer manual do MS. Pelo contrário, existem alertas nos manuais do Ministério para que esse procedimento não seja realizado ^{26,34,70}.

No grupo das mulheres que abandonaram a APN, foram observadas diferenças nas características sociais das pacientes. Das mulheres desvinculadas do PN, as que abandonaram constituíram um grupo com maior taxa de mulheres sem companheiro (25,3%), com menor grau de escolaridade (70,1% nível fundamental), com menores rendas, com maior proporção de gestações não planejadas (74,7%) e com menor percepção de bom acolhimento (65%).

Ao dividir a amostra em subgrupos, diminuiu-se o tamanho de cada novo grupo, impossibilitando cálculos que propiciariam a afirmação de que os achados descritos acima não se deveram ao acaso. Existe, porém, lógica no fato de serem identificadas maiores dificuldades de ordem pessoal no grupo de mulheres que abandonaram a APN, tais como condição financeira desfavorável, ausência de companheiro e maior frequência de gestações não planejadas. Essas puérperas foram questionadas sobre as razões que as levaram ao abandono. As causas mais frequentes relatadas foram: não ter gostado da APN, dificuldade no acesso e problemas pessoais. Entre os problemas pessoais, a gestação não planejada foi a justificativa de 16% dos casos.

Há estudos que identificaram que gestações não planejadas estiveram mais associadas com APN inadequada sugerindo que fatores pessoais e emocionais podem interferir no estabelecimento de um bom vínculo entre a gestante e a assistência PN ^{33,71}. Esse achado é concordante com outros trabalhos que apontam que os aspectos relacionais e técnicos são os que mais contribuem para a adesão da gestante ao PN ^{62,66}.

Cerca de 10% das pacientes que abandonaram o PN, assim o fizeram por dificuldade de sair de casa. É diretriz também da assistência PN pelo SUS realizar busca ativa das pacientes faltosas pela ESF, com visitas domiciliares nos casos em que a gestante encontra-se impossibilitada de sair de casa. Dessa forma, apesar de identificar peculiaridades no perfil da paciente que abandonou o PN, não se pode responsabilizá-la completamente por essa desvinculação. Cabe ao serviço de PN,

seja pelo acolhimento, seja pela conscientização da importância da APN ou ainda, pela busca ativa, assegurar o cuidado até o final do ciclo gravídico-puerperal.

Foi realizado no Peru, um estudo de caso-controle sobre abandono do PN com 328 mulheres. O desconhecimento da importância da APN pela gestante, o cuidado de outros filhos, a distância entre a residência e a APN (OR 3,7), identificação de serviços incompletos e/ou desorganizados (OR 10,4), identificação de qualidade inadequada do PN (OR 3,6), e má relação entre assistente e gestante (OR 7) estiveram entre os principais fatores associados com o abandono do pré-natal ⁶⁶. No presente trabalho, a distância entre a APN e a residência da gestante não foi um fator que influenciou no abandono. Dentre as que abandonaram a APN, proporcionalmente mais gestantes moravam no mesmo DS de suas APN do que as que se mantiveram vinculadas até o fim da gestação (53,7% X 48,5%).

Das três formas de desvinculação, o abandono ocorreu mais precocemente. Por conta disso, essas pacientes apresentaram menor número de consultas e ficaram mais tempo expostas sem assistência PN no final da gestação. Foram também, as que mais peregrinaram, provavelmente pelo fato de terem se desvinculado mais precocemente e assim, terem perdido a oportunidade de serem informadas sobre a maternidade de referência. Esse grupo apresentou maior taxa de parto por via alta.

No grupo identificado como falha do sistema foi percebida a falha da humanização do cuidado PN pelos gestores do sistema de saúde. A organização do serviço deve ser desenhada de forma a melhor assistir a todas as gestantes que recorrem àquele serviço garantindo acessibilidade às consultas de PN. As reformas nas unidades, férias ou licenças dos profissionais assistentes foram as causas mais frequentes da desvinculação da gestante pela falha do sistema de saúde. Por se tratar de situações previsíveis, o bom gerenciamento dessas se faz necessário, de forma a não prejudicar a clientela de cada serviço. Houve casos em que a gestante foi agendada para consulta PN e, só quando chegou à unidade de saúde, soube que esta se encontrava fechada para reforma ou que não seria atendida por falta de profissional assistente.

A gestante, que saiu de casa, pagou transporte e esforçou-se apesar dos incômodos de final da gestação para manter-se acompanhada, foi desvinculada da sua assistência PN por falta de humanização na gestão desses serviços. Houve também situações em que a UBS que iria entrar em reforma, se preocupou com as

gestantes e as encaminhou para outra UBS, porém ao chegar nessa outra unidade o acompanhamento não foi possível por falta de estrutura para absorção de mais pacientes (agenda cheia dos profissionais).

Reconhece-se, nesses casos, a necessidade de melhor articulação entre os serviços, conforme orienta a Rede Cegonha. As pacientes que foram desvinculadas do PN por falha do sistema de saúde também apresentaram importante proporção de percepção de mau acolhimento (33,3%).

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção de saúde e de subjetividades autônomas protagonistas; política porque se refere à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do SUS⁴⁶.

Até o século XIX, o ciclo gravídico-puerperal era identificado como processo puramente fisiológico, sendo que a assistência prestada a essas mulheres se restringia às parteiras no interior dos lares. Dessa mesma forma, eram considerados “naturais” os altos índices de mortalidade tanto do conceito quanto da parturiente. O cuidado realizado por profissionais médicos impactou na redução desses índices. A partir de então, foram implantados serviços de assistência ao parto e também de pré-natal.

O modelo de atenção então construído caracterizava-se por ser hospitalocêntrico, medicalizante, tecnocrático e assimétrico. O médico exercia a hegemonia, por ser o detentor do saber. A assistência pré-natal, seguindo o modelo fabril, caracterizava-se por um ritual de medidas (Tensão Arterial, Peso, Altura Uterina e batimentos cardíaco-fetais), tendo como meta a ser atingida o cumprimento de números de consultas no fim do turno de trabalho. Nesse modelo, identifica-se a expropriação da saúde, a gestação perdeu a identificação como processo fisiológico, desde que o foco de atenção se tornou o rastreamento e/ou tratamento de patologias.

Além disso, a supervalorização da especialização induziu à valorização e abuso das tecnologias com emprego de práticas que nem sempre são as mais adequadas para determinada situação, colaborando para o circuito mercadológico da assistência ⁷².

Inicialmente, com a disponibilização desse modelo, houve grande impacto na redução da morbimortalidade materno-infantil. Como visto anteriormente, após esse

primeiro momento, houve estagnação das taxas de mortalidade materno-infantil, apesar da universalização da assistência pré-natal na população brasileira.

A mudança de paradigma passou a ser pleiteada pela sociedade, que identificava o modelo assistencial vigente como opressor e de pouca efetividade. A humanização na atenção à saúde foi, então, contraposta ao modelo tecnocrático. A mudança terminológica de “assistência” para “atenção”, e depois para “cuidado” em saúde, sinaliza um processo de valorização da dimensão humana ³⁸.

No modelo de cuidado humanizado, a gestante deixou de ser identificada como máquina reprodutora fora de qualquer contexto, passando a ser entendida como ser integral dentro da esfera biopsicossocial. A relação com o profissional cuidador tornou-se democratizada, em que as decisões são discutidas e compartilhadas frente às diferentes conjunturas de cada paciente.

Nesse modelo, têm importante papel as ações educativas para as grávidas, possibilitando o entendimento dos processos do ciclo gravídico-puerperal e trazendo autonomia às mesmas, além de reimprimir o caráter fisiológico da gestação. A mudança da postura do profissional de saúde devolveu o protagonismo da ação para a gestante e seus familiares, ao abrir espaço para a escuta qualificada, entendendo seus receios, angústias e sentimentos. Uma frase citada por uma gestante em um estudo qualitativo sobre humanização no pré-natal identifica de forma eloquente essa percepção: *Eu não quero uma receita, eu quero atenção* ⁶².

A corresponsabilização dos profissionais assistentes pela gestante proporciona uma atitude mais resolutiva por parte daqueles. O modelo humanista privilegia o bem estar da gestante e do conceito, utilizando tecnologias apenas quando apropriadas, aplicando condutas baseadas em evidências científicas.

Por outro lado, a humanização não pode ser entendida como mais um programa do SUS, mas como processo de “produção de sujeitos autônomos e protagonistas” em consonância com a proposta de um novo humanismo ⁷³.

A humanização na atenção obstétrica pode ser percebida nos diferentes patamares. No nível micro, a humanização se dá pela mudança de postura dos profissionais, acolhendo a gestante e seus acompanhantes, estabelecendo com eles uma relação de confiança e compromisso. Essa nova postura não deve ser restrita ao profissional médico ou de enfermagem, mas a todos que integram a equipe do serviço de saúde passando pela recepcionista até o gestor.

Deseja-se imprimir uma cultura de solidariedade no serviço e no sistema de saúde, tornando a assistência mais efetiva. No nível macro, a humanização se dá com a estruturação dos serviços de saúde de forma que a acessibilidade a esses seja facilitada (para consultas de pré-natal, exames com resultados em tempo oportuno, consultas de referência quando necessárias, assistência ao parto, etc.); com a melhoria da ambiência; condições de trabalho, com o fortalecimento de trabalho com equipe multi e inter-profissional e com a valorização dos profissionais de saúde estimulando o processo educativo permanente ¹⁶.

Ao flagrar a existência de desvinculação da APN em quase um terço das gestantes nesse estudo, expõe-se um flanco dessa assistência. Conhecendo-se a história da construção das políticas de saúde da mulher no Brasil, entende-se o quão sólidas são as bases filosóficas das políticas vigentes. Porém, a exposição das gestantes desassistidas pelo PN às intercorrências no final da gravidez e à peregrinação antenatal, por situações como “alta do pré-natal” e abandono por falha no acolhimento, identificam a fragilidade na implantação dessa filosofia nos serviços de saúde e na assistência propriamente dita.

O presente trabalho possibilita o redirecionamento do olhar sobre a APN, em especial sobre a sua integralidade. A desvinculação da APN não é contemplada por nenhum dos indicadores de processo do MS. Torna-se imperativo o amplo diagnóstico da situação vigente, abrindo-se novas perspectivas para estudos de maior abrangência. Com o real diagnóstico desse cenário, estratégias poderão ser implementadas de forma que a integralidade da assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal seja garantida e assim, essa apresente melhor impacto nas taxas de morbimortalidade materno-infantil.

7. CONCLUSÃO

Foi identificada a ocorrência de desvinculação de assistência pré-natal em 31,1% na população estudada. Essas desvinculações ocorreram por fornecimento de “alta do pré-natal” pelo profissional assistente em 58,9%, por abandono do PN por iniciativa da paciente em 26,4% e por falha do sistema de saúde em 12,4%.

Identificou-se que a baixa escolaridade e a falta de acolhimento aumentaram o risco para a desvinculação em todas as formas, principalmente pelo abandono.

Foi detectada uma frequência de 26% de peregrinação ante parto entre as pacientes que se internaram na MCO e que haviam realizado assistência PN, sendo maior entre as que não mantiveram esse vínculo com o PN até o fim da gestação e entre as pacientes provenientes de APN de outro DS que não os de referência da MCO (DS- Centro Histórico e DS- Barra/Rio Vermelho).

REFERÊNCIAS

1. Vintzileos AM, Ananth C V., Smulian JC, Scorza WE, Knuppel RA. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 May; 186(5):1011–6. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937802979792>
2. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2004; 4(3):269-79.
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Objetivos de desenvolvimento do milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: IPEA, 2005.
4. Souza JP. Mortalidade Materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2011; 33(10):273-9.
5. 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. *Rev Tempus Acta Saúde Col.* 2010; 191-9.
6. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc São Paulo.* 2008; 17(2):107-19.
7. World Health Organization - WHO. The maternal mortality. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>.
8. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Situação da Infância Brasileira: Crianças de até 6 anos - o direito à sobrevivência e ao Desenvolvimento. 2006. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10167.htm
9. Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFA, and World Bank. WHO Library Cataloguing-ini; 2007.
10. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabelo Neto DL, Souza Junior PRB, Victora CG. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad Saúde Pública, Rio Janeiro.* 2014 aug.; (30 suppl 1):71-83.
11. Ministério da Saúde. Mortalidade materna segundo tipo de causas - C.18. In: Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2010/c18.def>
12. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Situação Mundial da Infância 2008 - Caderno Brasil. Brasília: UNICEF; 2008.

13. Sarinho SW. Mortalidade pós-neonatal: novas abordagens. J. Pediatr. J. Porto Alegre. 2001 Nov./Dec.; 6(77):437-9.
14. Lawn J, Shibuya K, Stein C. No cry at birth □: global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths. Bull World Health Organ. 2005; 83(04):409-17.
15. França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil □: Situação, tendências e perspectivas. Inf Situação e Tendências Demogr e Saúde. 2008; 3:1-29.
16. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
17. Galvis YT, Vélez PM, Tamayo JDC, Gómez JJO. Factores asociados a mortalidad materna – estudio de casos y controles. Medellín 2001-2003. Rev CES Med. 2005; (2):19-45.
18. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência Pré-Natal. Projeto Diretrizes. São Paulo: FEBRASGO; 2006. p. 1-16.
19. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Guidelines for Perinatal Care. 6^a Ed. 2007.
20. National Institute for Health and Care Excellence - NICE. Schedule of appointments in routine antenatal care. Disponível em: <<http://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-care/schedule-of-appointments-in-routine-antenatal-care>>. Acesso em: 29 dez. 2014.
21. Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'Avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde de Família em um município da Grande São Paulo. Rev Bras Enferm Bras. 2008; 61(3):349-53.
22. Heaman MI, Newburn-Cook C V, Green CG, Elliott LJ, Helewa ME. Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: a comparison of indices. BMC Pregnancy Childbirth. 2008 Jan; 8(15). Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2386440&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
23. Villar J, Ba H, Piaggio G, Lumbiganon P, Belizán JM, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. Lancet. 2001; 357:1551-64.
24. Santos ETS, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil □: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Saude soc. São Paulo. 2008 Apr./June;. 2(17).
25. Carroli G, Villar J, Piaggio G. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. Lancet. 2001 Mar.; 357(9268):1565-70. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11377643>

26. Ministério da Saúde. Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
27. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Mortes maternas e mortes por causas maternas. *Epidemiol ServSaúde*, Brasília. 2008; 17(4):283-92.
28. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJR, Spong CY. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York: The McGraw-Hill Companies; 2010.
29. Dessi A, Ottonello G, Fanos V. Physiopathology of intrauterine growth retardation: from classic data to metabolomics. *J Matern Neonatal Med*. 2012 Oct; 25(Suppl 55):13-8. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23025763>>
30. Lima BGC. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e Sífilis na Assistência Pré-Natal [doutorado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.
31. Gama SGN, Szwarcwald CL; Sabroza AR., Branco VC., Leal MC. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro , 1999-2000. *CadSaúde Pública*. 2004; 20(1):101-11.
32. Bezerra MP. Percepção da gestante sobre a Integralidade da Atenção Pré-Natal [mestrado]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2008.
33. Maria H, Novaes D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em corte de primigestas. *Cad Saúde Pública*, Rio Janeiro. 2004; 20(2):220-30.
34. Ministério da Saúde. Asssitência Pré-Natal: Manual Técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
35. Tsunechiro MA. Um lugar no cuidado pré-natal: possibilidades e opções das gestantes. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001. p. 1–7.
36. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. Panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2004; 4(3).
37. Pereira SM. Atenção Integral à Saúde da Mulher. In: Silva LMV, org. *Saúde Coletiva: textos didáticos* Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA. 1994. p. 203-11.
38. Almeida MS. Assistência de Enfermagem à Mulher no Período Puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero [mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
39. Alves JED. População, desenvolvimento e sustentabilidade: perspectivas para CIPD pós-2014. *Rev. bras Est Pop*. 2014; 31(1):219-30.

40. Nagahama EEI, Santiago MS. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):651-7.
41. Sarti CA. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Rev Estud Fem*. 2004; 12(2):35-50.
42. Santos J. *Assistência da Mulher no Brasil: Aspectos de uma luta social [mestrado]*. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.
43. Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Públ, Rio Janeiro*. 1998; 14(1):25-32.
44. Ministério da Saúde. *Programa Humanização do Parto Humanização no Pré-Natal e Nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
45. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
46. Ministério da Saúde. *Manual Prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
47. Cavalcanti PCS. *O modelo lógico da rede cegonha [mestrado]*. Fundação Oswaldo Cruz; 2010. Disponível em: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
48. Ministério da Saúde. *Portaria Consolidada da Rede Cegonha - Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (publicada no DOU nº 125, de 01 de julho de 2011, Seção 1, página 61)*. Brasil; 2011.
49. Prefeitura Municipal de Salvador. *Decreto nº 24.041 de 10 de julho de 2013*. Salvador: Diário Oficial do Município; 2013.
50. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 569/GM, em 1 de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN*. Brasil; 2000..
51. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1.459, de 24 de julho de 2011. Instituição, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha*. Brasília; 2011.
52. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
53. Viellas EF, Augusto M, Dias B, Viana J, Bastos MH. *Assistência pré-natal no Brasil - Pesquisa Nascer no Brasil*. *Cad Saúde Pública, Rio Janeiro*. 2014; 30:85-100.
54. Carneiro FF, Freitas CM. *Saúde ambiental e desigualdades: construindo indicadores para o desenvolvimento sustentável*. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2012; 17(6):1419-25.

55. Domingas SRF, Merighi MA. O aborto como causa de mortalidade materna□: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2. 2010; 14(1):177-81.
56. Cecati JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMS. Aborto no Brasil□: um enfoque demográfico. *Rev Bras Ginecol Obs*. 2010; 2:105-11.
57. Lima BGC. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdade. *Rev Panam Salud Publica*. 2000; 7(3):168-72.
58. Padilha JF, Preigschadt GP, Braz MM, Gasparetto A. A Saúde da mulher e assistência a gestante no Sistema Único de Saúde (SUS): uma Revisão Bibliográfica. *ForumFisio*. 2011.
59. Oliveira VJ, Madeira AMF. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(1):103-9.
60. Leal MC. *Nascer no Brasil - sumário executivo temático da pesquisa*. Rio de Janeiro; 2014. p. 1–8.
61. Albuquerque VN, Oliveira QM, Rafael RMR, Teixeira RFC. Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. *RePesq:Cuid Fundam*. 2011; 3(2):1935-46.
62. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal□: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. Recife. 2010; 10(3):359-67.
63. Silva TG, Antunes TKT, Gramacho RCCV. Razões que levam adolescentes grávidas a permanecerem nas consultas pré-natais numa maternidade pública de Salvador. *Rev Enferm Contemp*. 2014; 3(1):51-60.
64. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(1):185-94.
65. Ribeiro ERO, Guimarães AMDN, Bettiol H, Lima DDF, Almeida MLD, Souza L, et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009 Jan; 9:31. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2720914&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
66. Munares-Garcia O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Rev Peru Epidemiol*. 2013; 17(2):1-8.
67. Faneite AP, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S. Consulta prenatal□: motivos de inassistência, se justifica? *Rev Obs Ginecol Venez*. 2009; 69(3):147-51.

68. Bernardes ACF, Silva AR, Coimbra LC, Alves MTSSB, Queiroz RJCS, et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14(266):1-12.
69. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica - Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*. N°32. Brasília; 2013.
70. Ministério da Saúde. *Gestação de Alto Risco - Manual Técnico*. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
71. Bassani DG, Surkan PJ, Olinto MT. Inadequate Use of Prenatal Services Among Brazilian Women: The Role of Maternal Characteristics. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2009 Mar; 35(01):15-20. Disponível em: <<http://gutmacher.org/pubs/journals/3501509.pdf>>
72. Silva ACC. *Análise das práticas de Enfermagem de um Centro Obstétrico de Cuiabá: vislumbrando a Humanização do Cuidado [doutorado]*. Universidade Federal de Mato Grosso; 2009.
73. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):561-71.

ANEXOS

ANEXO 1 - TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra (variáveis qualitativas)

Característica	Realizou PN (n = 1057)		Vinculada (n = 728)		Desvinculada (n = 329)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária							0,301
Até 18 anos	107	10,1	69	9,5	38	11,6	
19 anos ou +	950	89,9	659	90,5	291	88,4	
Estado civil[§]							0,155
Solteira	216	20,5	140	19,2	76	23,2	
Casada	193	18,3	135	18,5	58	17,7	
União estável	640	60,6	448	61,5	192	58,5	
Viúva	4	0,4	3	0,4	1	0,3	
Separada	3	0,3	2	0,3	1	0,3	
Cor[*]							0,749
Negra	456	43,5	313	43,4	143	43,6	
Parda	492	46,9	340	47,2	152	46,3	
Branca	87	8,2	59	8,2	28	8,5	
Amarela	14	1,3	9	1,2	5	1,5	
Gestação planejada							0,589
Sim	357	34,0	250	34,5	107	32,8	
Não	693	66,0	474	65,5	219	67,2	
Nível educacional							0,014
Analfabeta	1	0,1	1	0,1	0	0,0	
1º grau incompleto	228	21,6	152	20,9	76	23,1	
1º grau completo	80	7,6	46	6,3	34	10,3	
2º grau incompleto	188	17,8	120	16,5	68	20,7	
2º grau completo	455	43,1	334	45,9	121	36,8	
Curso técnico	9	0,9	5	0,7	4	1,2	
Nível superior incompleto	58	5,5	41	5,6	17	5,2	
Nível superior completo	35	3,2	26	3,6	9	2,7	
Pós graduação incompleta	1	0,1	1	0,1	0	0,0	
Pós graduação completa	1	0,1	1	0,1	0	0,0	

[§] Teste comparando grupo com companheiro (casada e união estável) vs demais

^{*} Teste comparando grupo pardas e negras vs demais

Observações: Para os subgrupos de escolaridade: Teste Mann-Whitney (variáveis ordinais)

Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra (variáveis quantitativas)

Característica	Realizou PN (n = 1057)			Vinculada (n = 728)			Desvinculada (n = 329)			Valor p
	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão	
Idade	27,0	27,0	6,6	27,0	27,2	6,6	26,0	26,7	6,7	0,275
Gestações	2,0	2,1	1,4	2,0	2,1	1,3	2,0	2,3	1,5	0,049
Paridade	1,0	1,8	1,1	1,0	1,7	1,0	1,0	1,9	1,2	0,058
Abortos	0,0	0,4	0,7	0,0	0,3	0,7	0,0	0,4	0,7	0,270
Filhos vivos	1,0	1,8	1,0	1,0	1,7	1,0	1,0	1,8	1,1	0,059
Renda própria (SM)	0,19	0,60	0,80	0,14	0,59	0,79	0,22	0,61	0,83	0,709
Renda familiar (SM)	1,81	2,13	1,49	1,95	2,17	1,54	1,67	2,04	1,36	0,236
Renda <i>per capita</i> por familiar (SM)	0,63	0,79	0,62	0,67	0,82	0,63	0,55	0,73	0,59	0,062

Todas as variáveis comparadas através de Teste T de Student

Tabela 3- Distritos Sanitários das residências das pacientes da amostra

Distrito Sanitário da residência	Total (n = 1096)	Vinculada (n = 724)	Desvinculada (n = 329)	Não iniciou PN (n = 43)
Boca do Rio	17 (1,6)	12 (1,7)	4 (1,2)	1 (2,3)
Barra / Rio Vermelho Brotas	207 (18,9)	136 (18,9)	57 (17,3)	14 (32,6)
Cabula / Beiru	65 (5,9)	39 (5,4)	24 (7,3)	2 (4,7)
Cajazeiras	121 (11,1)	84 (11,7)	36 (10,9)	1 (2,3)
Centro Histórico	22 (2,0)	13 (1,8)	8 (2,4)	1 (2,3)
Itapagipe	78 (7,1)	44 (6,1)	29 (8,8)	5 (11,6)
Itapuã	39 (3,6)	26 (3,6)	11 (3,3)	2 (4,7)
Itapuã	44 (4,0)	29 (4,0)	15 (4,6)	0 (0,0)
Liberdade	52 (4,8)	36 (5,0)	14 (4,3)	2 (4,7)
Pau da Lima	44 (4,0)	32 (4,4)	12 (3,6)	0 (0,0)
São Caetano / Valéria	98 (9,0)	69 (9,5)	23 (7,0)	5 (11,6)
Subúrbio Ferroviário	167 (15,3)	106 (14,7)	54 (16,4)	7 (16,3)
Outro município	138 (12,6)	94 (13,0)	41 (12,5)	3 (7,0)
Outro estado/país	1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)

Tabela 4 – Características da assistência pré-natal da amostra (variáveis qualitativas-1)

Característica	Realizou PN (n = 936)		Vinculada (n = 663)		Desvinculada (n = 273)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
6 ou + consultas	626	65,2	472	69,6	154	54,6	<0,001
Início do PN até 12 semanas	380	40,6	273	41,2	107	39,2	0,575
Início do PN até 16 semanas	618	66,0	444	67,0	174	63,7	0,343

Observações: N ajustados para N válido (já descartando *missing* e pacientes sem cartão PN)

Tabela 5 – Características da assistência pré-natal da amostra (variáveis quantitativas)

Característica	Realizou PN (n = 961)			Vinculada (n = 679)			Desvinculada (n = 282)			p
	Md	M	DP	Md	M	DP	Md	M	DP	
Número de consultas	7,0	6,6	2,5	7,0	6,9	2,5	6,0	5,8	2,5	<0,001
IG início do PN (semanas)	14,3	15,3	6,1	14,1	15,3	6,2	14,4	15,4	6,0	0,851
IG última consulta PN (semanas)	37,4	36,5	3,6	37,7	37,2	2,7	36,5	34,9	4,8	<0,001
Dias entre última consulta e parto	12,0	20,5	24,1	10,0	15,0	16,2	24,0	33,9	33,2	<0,001

Md = Mediana; M = Média; DP = Desvio Padrão

Tabela 6 – Características da assistência pré-natal da amostra (variáveis qualitativas-2)

Característica	Realizou PN (n = 1057)		Vinculada (n = 728)		Desvinculada (n = 329)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Convênio							0,151
SUS	945	90,2	658	91,3	287	87,8	
Convênio Particular	33	3,1	22	3,1	11	3,4	
	70	6,7	41	5,7	29	8,9	
Profissional							0,047
Enfermeira	236	24,6	155	22,8	81	29,1	
Médico	340	35,5	239	35,1	101	36,3	
Médico e enfermeira	382	39,9	286	42,1	96	34,5	
Sentiu-se acolhida							<0,001
Sim	812	84,8	595	89,6	217	73,8	
Não	146	15,2	69	10,4	77	26,2	

Tabela 7- Distritos Sanitários das APN das pacientes da amostra

Distrito Sanitário do PN	Total (n = 1052)	PN completo (n = 724)	Desvinculou-se do PN (n = 328)
Boca do Rio	10 (1,0)	6 (0,8)	4 (1,2)
Barra / Rio Vermelho	178 (16,9)	123 (17,0)	55 (16,8)
Brotas	74 (7,0)	40 (5,5)	34 (10,4)
Cabula / Beiru	62 (5,9)	43 (5,9)	19 (5,8)
Cajazeiras	16 (1,5)	10 (1,4)	6 (1,8)
Centro Histórico	309 (29,4)	251 (34,7)	58 (17,7)
Itapagipe	22 (2,1)	13 (1,8)	9 (2,7)
Itapuã	24 (2,3)	13 (1,8)	11 (3,4)
Liberdade	54 (5,1)	38 (5,2)	16 (4,9)
Pau da Lima	43 (4,1)	25 (3,5)	18 (5,5)
São Caetano / Valéria	43 (4,1)	31 (4,3)	12 (3,7)
Subúrbio Ferroviário	98 (9,3)	59 (8,1)	39 (11,9)
Outro município	119 (11,3)	72 (9,9)	47 (14,3)

Tabela 8 - Característica do desfecho do parto conforme vinculação ou não à APN

Característica	Iniciou PN (n = 1057)		Vinculada (n = 728)		Desvinculada (n = 329)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
Procurou outra maternidade	274	26,0	164	22,6	110	33,4	<0,001
Nº de maternidades peregrinadas							0,363
1 maternidade	203	76,0	124	78,0	79	73,1	
2 a 5 maternidades	64	24,0	35	22,0	29	26,9	
IG > 41 semanas (Capurro)	95	9,0	60	8,3	35	10,6	0,212
Cesareanas	c	46,1	322	44,2	165	50,2	0,074
Sofrimento fetal agudo	113	10,7	68	9,4	45	13,7	0,034
Óbito fetal	2	0,2	2	0,3	0	0,0	0,342

Tabela 9 – Peregrinação anteparto conforme DS da Assistência Pré-Natal

Característica	Peregrinou		Não Peregrinou		Valor p
	N	%	N	%	
DS do PN					< 0,001
Centro Histórico/ Barra-Rio Verm.	54	11,1	432	88,8	
Outro	218	38,6	346	61,3	

Tabela 10 - Características do acompanhamento pré-natal comparando os grupos das diferentes formas de desvinculação da APN

Característica	Vinculada (n = 679)			Alta (n = 169)			Abandono (n = 70)			Falha do Sistema de Saúde (n = 43)		
	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão
Número de consultas	7,0	6,9	2,5	6,0	6,6	2,2	4,0	4,7	2,6	4,0	4,7	2,3
IG início do PN (semanas)	14,1	15,3	6,2	14,1	14,8	5,3	16,0	15,6	6,1	15,0	17,3	7,7
IG última consulta PN (semanas)	37,7	37,2	2,7	37,4	36,9	2,5	32,6	31,3	5,9	34,8	32,9	5,8
Dias entre última consulta e parto	10,0	15,0	16,2	16,0	20,1	16,3	50,5	59,6	40,6	35,0	47,8	40,0

Observações: Valores de N corrigidos para o maior N de cada categoria considerando *missings*.

Tabela 11- Estudo dos subgrupos de profissionais assistentes e desvinculação da APN

Profissional do PN	Total (n = 1096)	Vinculada (n = 724)	Desvinculada do PN (n = 329)	Valor p
Enfermeira vs demais				0,039
Enfermeira	236 (25)	155 (23)	81 (29)	
Demais	722 (75)	525 (77)	197 (71)	
Médico vs demais				0,728
Médico	340 (36)	239 (35)	101 (36)	
Demais	618 (65)	441 (65)	177 (64)	
Isolado vs Conjunto				0,031
Isolados	576 (60)	394 (58)	182 (66)	
Conjunto	382 (40)	286 (42)	96 (35)	

Considerando a correção de Bonferroni para comparações múltiplas, o n crítico é de $0,05/3 = 0,016$.

Tabela 12 - Característica da assistência pré-natal comparando diferentes grupos por forma de desvinculação (variáveis qualitativas)

Característica	Vinculada (n = 728)		Alta (n = 194)		Abandono (n = 87)		Falha do Sistema de Saúde (n = 48)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Início do PN até 12 semanas	273	41,2	65	39,6	27	40,3	15	35,7
Início do PN até 16 semanas	444	67,0	113	68,9	37	55,2	24	57,1
6 ou mais consultas	472	69,6	113	66,9	25	35,7	16	37,2
Sentiu-se acolhida								
Sim	595	89,6	139	79,4	52	65,0	26	66,7
Não	69	10,4	36	20,6	28	35,0	13	33,3
DS residência igual ao do PN	317	48,5	109	63,4	36	53,7	26	60,5
Profissional								
Enfermeira	155	22,8	45	26,9	24	34,8	12	28,6
Médico	239	35,1	59	35,3	26	37,7	16	38,1
Médico e enfermeira	286	42,1	63	37,7	19	27,5	14	33,3
Convênio								
SUS	658	91,3	165	85,5	75	87,2	47	97,9
Convênio de Saúde	22	3,1	6	3,1	5	5,8	0	0,0
Particular	41	5,7	22	11,4	6	7,0	1	2,1

Tabela 13 - Característica do desfecho do parto comparando diferentes grupos por forma de desvinculação da APN

Característica	Vinculada (n = 728)		Alta (n = 194)		Abandono (n = 87)		Falha do Sistema de Saúde (n = 48)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Procurou outra maternidade	164	22,6	67	34,5	32	36,8	11	22,9
Nº de maternidades procuradas								
1 maternidade	124	78,0	47	71,2	24	77,4	8	72,7
2 a 5 maternidades	35	22,0	19	28,8	7	22,6	3	27,3
IG > 41 semanas (Capurro)	60	8,3	18	9,3	11	12,6	6	12,5
Cesareanas	322	44,2	96	49,5	46	52,9	23	47,9
Sufrimento fetal agudo	68	9,4	27	14,0	12	13,8	6	12,5

Tabela 14 – Perfil sociodemográficas dos diferentes grupos por forma de desvinculação da APN (variáveis qualitativas)

Característica	Vinculada (n = 728)		Alta (n = 194)		Abandono (n = 87)		Falha do Sist. de Saúde (n = 48)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cor								
Negra	313	43,4	80	41,2	41	47,7	22	45,8
Parda	340	47,2	94	48,5	38	44,2	20	41,7
Branca	59	8,2	17	8,8	6	7,0	5	10,4
Amarela	9	1,2	3	1,5	1	1,2	1	2,1
Estado civil								
Solteira	140	19,2	43	22,3	22	25,3	11	22,9
Casada	135	18,5	45	23,3	7	8,0	6	12,5
União estável	448	61,5	103	53,4	58	66,7	31	64,6
Viúva	3	0,4	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Separada	2	0,3	1	0,5	0	0,0	0	0,0
Gestação planejada								
Sim	250	34,5	68	35,4	22	25,3	17	36,2
Não	474	65,5	124	64,6	65	74,7	30	63,8
N. Educacional								
Até 2º grau incompleto	319	43,9	94	48,5	61	70,1	23	47,9
Acima	408	56,1	100	51,5	26	29,9	25	52,1
N. Educacional								
Analfabeto	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1º grau incompleto	152	20,9	33	17,0	33	37,9	10	20,8
1º grau completo	46	6,3	19	9,8	10	11,5	5	10,4
2º grau incompleto	120	16,5	42	21,6	18	20,7	8	16,7
2º grau completo	334	45,9	76	39,2	24	27,6	21	43,8
Curso técnico	5	0,7	3	1,5	0	0,0	1	2,1
Nível superior incompleto	41	5,6	14	7,2	1	1,1	2	4,2
Nível superior completo	26	3,6	7	3,6	1	1,1	1	2,1
Pós-graduação incompleta	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pós-graduação	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tabela 15 – Perfil sociodemográfico dos diferentes grupos por forma de desvinculação da APN (variáveis quantitativas)

Característica	PN completo (n = 728)			Alta (n = 194)			Abandono (n = 87)			Falha do Sistema de Saúde (n = 48)		
	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP
Idade	27,0	27,2	6,6	27,0	27,5	6,7	24,0	24,8	6,5	27,5	26,9	6,8
Gestações	2,0	2,1	1,3	2,0	2,2	1,4	2,0	2,3	1,7	2,0	2,5	1,8
Paridade	1,0	1,7	1,0	1,0	1,8	1,1	2,0	1,9	1,0	2,0	2,2	1,6
Abortos	0,0	0,3	0,7	0,0	0,4	0,6	0,0	0,5	1,0	0,0	0,4	0,6
Número de filhos vivos	1,0	1,7	1,0	1,0	1,8	1,1	2,0	1,8	1,0	2,0	2,1	1,5
Renda própria (SM)	0,14	0,59	0,79	0,42	0,68	0,86	0,00	0,45	0,77	0,49	0,63	0,73
Renda familiar (SM)	1,9	2,2	1,5	1,8	2,2	1,3	1,3	1,8	1,5	1,6	2,0	1,3
Renda per capita (SM)	0,67	0,82	0,63	0,63	0,80	0,64	0,47	0,57	0,43	0,56	0,73	0,60

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96- Conselho Nacional de Saúde

A Sra. está sendo convidada para participar da pesquisa:

VINCULAÇÃO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA EM SALVADOR - BA

Esta pesquisa está sob a responsabilidade dos pesquisadores Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima e Dra. Claudia Margaret Smith e tem como objetivo identificar a relação das pacientes internadas nesta maternidade com o seu pré-natal no final da gestação. Terá a duração de um ano, com término previsto para junho de 2014.

As informações coletadas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardadas em sigilo.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento a Sra. pode recusar-se a responder a qualquer pergunta, ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que você está internada, Maternidade Climério de Oliveira.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas da forma de entrevista, fornecer o cartão de pré-natal para que dados do pré-natal sejam copiados além de permitir o acesso ao seu prontuário e ao prontuário do seu filho recém-nascido para coleta de dados.

A Sra. não terá nenhum custo ou qualquer compensação financeira. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será em promover o conhecimento científico na área de assistência materno-infantil, possibilitando melhoria da assistência pré-natal.

Para qualquer outra informação, a Sra. poderá entrar em contato com o Dr. Bruno Gil, coordenador da pesquisa, através do telefone (71) 3276-8265, Avenida D. João VI, 275 Pavilhão II, 2º andar, Brotas ou Dra. Claudia Margaret Smith, telefone (71) 3334-6916, Avenida Garibaldi, nº 1.983, sala 201, Ondina, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa situado na Maternidade Climério de Oliveira, rua do Limoeiro, nº 137, Nazaré, telefone: (71) 3283-9275.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informada sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias de igual teor que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura e carimbo do(a) pesquisador(a)

Assinatura da participante

--

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Questionário

Nº: _____

Nome: _____ Leito: _____

Registro MCO: _____ Data da entrevista: ____/____/____

Realizada por: _____

1- Data de Nascimento (Mãe): ____/____/____

2- Cor da pele: N P B A

3- Paridade: G P A

4- Filhos vivos: _____

5- Data do último parto: ____/____/____

6- Realizou Pré-Natal? S N 7- Porque não? _____

8- Estado Civil: Solteira Casada União estável Viúva

9- Escolaridade: _____ 10- Coursou até que série? _____ 11- Profissão: _____

12- Profissão do Marido: _____

13- Renda familiar: R\$ _____

14- Renda própria: R\$ _____

15- Quantos vivem desta renda? _____

16- Endereço da residência: _____

Tel. () _____

17- Local onde realizou pré-natal: _____

Bairro: _____

18- Assistência pré-natal coberta pelo: SUS: Convênio: Particular:

19- A gestação foi oportuna? Sim Não

20- Em que mês do ano iniciou o pré-natal? _____

21- Estava com quantos meses? _____

22- Sentiu-se acolhida pelo Serviço de Pré-natal? S N

23- Se sim, Por quê?

a) O médico/enfermeiro era assíduo

b) O profissional me examinava bem

c) O profissional mostrava interesse nos meus problemas

d) O profissional tirava minhas dúvidas

e) O serviço era perto de casa

f) O serviço não era cheio

g) O serviço tinha grupos de informação

h) Outros: _____

24- Se não, Por quê?

a) O médico/enfermeiro faltava muito

g) Médico/enfermeiro chegava atrasado

b) O profissional não me examinava

h) Falta de estrutura do posto/falta de equipamentos

c) O profissional mal me olhava

i) Falta de profissionais

d) O profissional não tirava minhas dúvidas

e) O serviço era longe de casa

f) O serviço era cheio

j) outros: _____

25- Houve alta do pré-natal? S N

26- Quando? Data: _____ Idade gestacional? _____

27- Abandonou o PN? S N

28- Quando? Data: ____/____/____ Idade Gestacional? _____

29 - Por quê?

a) Falta de recursos financeiros:

b) Não tinha com quem deixar os filhos:

c) Não acha importante o acompanhamento PN

d) Não gostou do acompanhamento PN: Por quê?

I) O médico/enfermeiro faltava muito:

II) O profissional não me examinava:

III) Mal me olhava:

IV) Muito longe de casa:

V) muito cheio:

VI) Outros: _____

e) Outros: _____

30 - Houve encaminhamento do PN para o internamento em maternidade? S N

31 - Qual dispositivo de encaminhamento?

a) via regulação

b) referência / contra-referência

c) carta/bilhete

d) contato telefônico

e) orientação inespecífica

f) Rede Cegonha

32 - Data do encaminhamento: ___/___/___

33 - Data do internamento: ___/___/___

34 - Indicação do encaminhamento: _____

35 - Procurou outra maternidade antes de conseguir este internamento? S N

36 - Quantas? _____

37 - Quais? _____

38 - Tem cartão de Pré-Natal? S N

39 - Trouxe o cartão de pré-natal no momento do internamento? S N

Avaliação do Cartão de Pré- Natal

40 - N° Consultas: _____

41 - Profissional: Enfer. Médico

42 - Data da 1ª consulta PN: ___/___/___

43 - Data da última consulta PN: ___/___/___

Dados do Prontuário

44 - Data internamento: ___/___/___ 45 - DUM: ___/___/___ 46 - IG : _____

47 - US 1° trim. ___/___/___ 48 - IG: _____ 49 - IG no Internamento: _____

50 - Hora do internamento: ____:____

51 - Indicação do internamento: _____

52 - Data do parto: ___/___/___ 53 - Hora: ____:____

54 - Via de Parto: Vaginal Cesareano Fórceps

55 - Indicação cesárea/ fórceps: _____

56 - Peso ao nascer: _____ g 57 - Índice Capurro: _____ sem _____ dias.

58 - Apgar 1°/5°/10° min: ___/___/___

59 - Presença de líquido meconial? S N

60 - Necessidade de reanimação: S N

61 - Internamento UTIN: S N

62 - Evolução: Alta UTIN Óbito Fetal Óbito Neonatal 63 - Data: ___/___/___

ANEXO 4 – CARTA À DIRETORIA DA INSTITUIÇÃO PARA PERMISSÃO DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Salvador, 27 de maio de 2013.

Exma. Sra. Dra. Mônica Neri

Diretora da Maternidade Climério de Oliveira,

Venho por meio desta, solicitar a vossa permissão para a realização da coleta de dados nesta maternidade para a pesquisa: “Vinculação à Assistência Pré-Natal em uma Maternidade Pública em Salvador-BA”, que tem como objetivo principal verificar qual o status de vinculação da paciente com a sua assistência pré-natal no momento do internamento no final da gestação, de forma a identificar a integralidade da assistência pré-natal até o parto. Constará de entrevista com as pacientes nas enfermarias além de coleta de dados do cartão de pré-natal e dos prontuários da paciente e do seu recém-nascido após a mesma compreender e concordar com o termo de consentimento livre e esclarecido. Esta pesquisa será objeto para a dissertação de Mestrado Acadêmico em Tecnologias em Saúde em curso na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Atenciosamente,



Claudia Margaret Smith

ANEXO 5 – PARECER DA ASSESSORIA DE ENSINO E PESQUISA SOBRE EXECUÇÃO NA MCO DO PROJETO DE PESQUISA



Da: Assessoria de Ensino e Pesquisa

Para: Dr. Paulo Roberto Tavares Gomes Filho – Vice- Diretor

Em: 16 de julho de 2013

Parecer nº. 006/2013

Parecer sobre execução na MCO de Projetos de Pesquisa

Nome do Projeto: “Vinculação à Assistência Pré- Natal em uma Maternidade Pública em Salvador” apresentado pelos pesquisadores Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima e Dra Claudia Margaret Smith.

Parecer:

*O projeto é do interesse da MCO.
Encaminhado ao Comitê de Ética para
avaliação e encaminhamento.*

Atenciosamente,


JAMES JOSÉ DE CARVALHO CADIDÊ
Assessor da Diretoria para Ensino e Pesquisa

ANEXO 6 – DE ACORDO DA DIRETORIA DA MCO PARA ENCAMINHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA PARA O CEP


	<p>SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA Fundada em 30 de Outubro de 1910</p> <p>Gabinete da Diretoria</p> <p>Tel. (55) (71) 3283-9211 FAX: (55) (71) 3283-9217 www.mco.ufba.br diretoria@mco.ufba.br</p>	
---	--	---

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Diretoria da Maternidade Climério de Oliveira concorda com o encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa desta Maternidade do projeto intitulado “Vinculação à Assistência Pré-Natal em uma Maternidade Pública em Salvador” apresentado pelos pesquisadores Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima e Dra Claudia Margaret Smith.

Salvador, 17 de julho de 2013

Atenciosamente,


Paulo Roberto Tavares Gomes Filho
Diretor em exercício

UFBA - Maternidade Climério de Oliveira
Paulo Roberto Tavares Gomes Filho
Vice - Diretor
Mat. SIAPE nº 53754

ANEXO 7 -

MAPA DE VINCULAÇÃO DA REDE CEGONHA PARA A CIDADE DE SALVADOR

- SESAB -



MAPA DE VINCULAÇÃO DAS GESTANTES DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA AS MATERNIDADES DE SALVADOR

DS ITAPUA	DS CABULA-BEIRU	DS SÃO CAETANO-VALÉRIA	DS BROTAS	DS BARRA-RIO VERMELHO	DS SUBURBIO
R. HABITUAL - ALBERT SABIM/ C. P. Mansão do Caminho	RISCO HABITUAL- HGRS/CPN ALTO RISCO - MAT. HGRS	RISCO HABITUAL - MATERNIDADE JOSE MARIA DE MAGALHAES NETO ALTO RISCO - M. JOSE MARIA M. NETO	RISCO HABITUAL - MTB ALTO RISCO - M. JOSE MARIA M. NETO	RISCO HABITUAL IPERBA ALTO RISCO - M. JOSE MARIA M. NETO	RISCO HABITUAL-HGIBC ALTO RISCO - M. JOSE MARIA M. NETO
UBS DR. EDUARDO MAMEDE (13ª C. DE SAÚDE)/	USF BARREIRA	USF ALTO DO CABRITO	UBS MARIO ANDREA	9º CENTRO PROF SABINO SILVA	USF NOVA CONSTITUINTE
C. S. DR. ORLANDO IMBASSAHY (BAIRRO DA PAZ)	UBS BARREIRAS	USF BOA VISTA DO LOBATO	RISCO HABITUAL - IBERBA ALTO RISCO - M. JOSE MARIA M. NETO	UBS DR OSVALDO C. CAMPOS/ SANTA CRUZ	UBS Paripe
USF ALTO DO COQUEIRINHO COQUEIRINHO	USF CARLOS SANTANA (DORON)	USF ANTONIO LAZZAROTTO	UBS CARDEAL DA SILVA	RISCO HABITUAL - Mat. Climério de Oliveira ALTO RISCO -	USF CONGO
UBS PROFª JOSÉ MARIANE (7ª C. DE SAÚDE)	USF FERNANDO FILGUEIRAS (CAB VI)	USF RECANTO DA LAGOA	USF CANDEAL PEQUENO	5ª CENTRO DR. CLEMENTINO FRAGA	USF VISTA ALEGRE
R. HABITUAL - Menandro de Farias/ C. P. Lauro de Freitas	UBS EUNÍSIO TEIXEIRA (11ª CENTRO)	UBS 18ºCS	USF SANTA LUZIA	USF CALABAR	USF ALTO DE COUTOS II
UBS SÃO CRISTÓVÃO	R. HABITUAL - M. TSYLLA /CPN ALTO RISCO - Mat. HGRS	UBS JAQUEIRA DO CARNEIRO	DS LIBERDADE	USF GARCIA	USF BATE CORAÇÃO
USF ARISTIDES MALTEZ	UBS EDSON TEIXEIRA (PA PERNAMBUCOS)	UBS FREI BENJAMIN	RISCO HABITUAL ALTO RISCO - ALTO RISCO - M. JOSE MARIA M. NETO	USF FEDERAÇÃO	USF SÃO TOMÉ
USF NOVA ESPERANÇA	UBS SUSUARANA	UBS MARECHAL RONDON	16ª C. DE S. CONCEIÇÃO IMBASSAY	USF ALTO DAS POMBAS	USF ALTO DE COUTOS
ALTO RISCO - MAT. HGRS	CSU PERNAMBUCOS	USF FIAIS	USF SAN MARTIN		USF ESTRADA DA COCISA
Todas as Unidades.	UBS ARENOSO	USF ALTO DO PERU	USF SANTA MÔNICA		USF ILHA DE MARÉ
	USF GUILHERME RODRIGUES (ARENOSO)	DS CAJAZEIRAS	UBS BEZERRA LOPES (3ª CS)		USF SERGIO AROUCA
	UBS RODRIGO ARGOLA (6ª CS)	RISCO HABITUAL - M. ALBERT SABIN E CPN MARIETA DE SOUZA PEREIRA ALTO RISCO - M. JOSE MARIA M. NETO			USF FAZENDA COUTOS III
DS CENTRO HISTORICO	UBS MATA ESCURA	USF CAJAZEIRAS IV	DS BOCA DO RIO	DS PAU DA LIMA	USF FAZENDA COUTOS II
RISCO HABITUAL - MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA ALTO RISCO - M. JOSE MARIA M. NETO	UBS CALABETÃO	USF CAJAZEIRAS V	RISCO HABITUAL - IPERBA ALTO RISCO - M. JOSE MARIA M. NETO	RISCO HABITUAL ALBERT SABIN E CPN ALTO RISCO - M. JOSE MARIA M. NETO	USF R. HABITUAL- MADRE DE DEUS
UBS RAMIRO DE AZEVEDO	UBS SANTO INÁCIO	USF CAJAZEIRAS X	UBS ALFREDO BUREAU	UBS PIRES DA VEIGA	USF BOM JESUS DOS PASSOS
UBS DR. PERICLIS (BARBALHO)	USF DR. HUMBERTO DE CASTRO (PERNAMBUEZINHO)	USF CAJAZEIRAS XI	UBS DR. CÉSAR DE ARAÚJO	UBS CECY ANDRADE	DS ITAPAGIPE
UBS CARLOS GOMES	RISCO HABITUAL - IPERBA/CPN ALTO RISCO - Mat. HGRS	USF JARDIM DAS MANGABEIRAS	USF PARQUE DE PITUAÇU	UBS 20ª CENTRO	RISCO HABITUAL - M. SAGRADA FAMÍLIA ALTO RISCO - M. JOSE MARIA M. NETO
UBS PELOURINHO	USF DEP. CRISTÓVÃO FERREIRA (SARAMANDAIA)	USF PALESTINA	USF DE PITUAÇU	UBS DOM AVELAR	USF VIRGÍLIO DE CARVALHO
UBS SANTO ANTÔNIO		USF BOCA DA MATA	USF ZULMIRA BARROS	UBS NOVA BRASÍLIA;	UBS MINISTRO ALKIMIM
USF GAMBOA		USF YOLANDA PIRES		USF CANABRAVA;	USF JOANES LESTE
USF TERREIRO DE JESUS		UBS NELSON P. DOURADO		SETE DE ABRIL;	USF JOANES CENTRO OESTE
				COMPLEXO VIDA PLENA	
				MANSÃO DO CAMINHO	

MATERNIDADES DE REFERÊNCIAS PARA ALTO RISCO

UTI MATERNA E NEONATAL

HOSPITAL GERAL ROBERTTO SANTOS
MATERNIDADE PROFESSOR JOSÉ MARIA DE MAGALHÃES NETO - MPJMMN

UTI / UCI NEONATAL

MATERNIDADE ALBERT SABIN
MATERNIDADE TSYLA BALBINO
IPERBA
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA (UFBA)
HOSPITAL JOÃO BATISTA CARIBÉ
HOSPITAL SAGRADA FAMÍLIA

MATERNIDADES DE REFERÊNCIAS PARA RISCO HABITUAL

MATERNIDADE ALBERT SABIN, MATERNIDADE TSYLA BALBINO, IPERBA, MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA (UFBA), CPN MANSÃO DO CAMINHO, CPN LAURO DE FREITAS, HOSPITAL JOÃO BATISTA CARIBÉ, HOSPITAL SAGRADA FAMÍLIA, HOSPITAL GERAL ROBERTTO SANTOS E MATERNIDADE PROFESSOR JOSÉ MARIA DE MAGALHÃES NETO - MPJMMN.

ANEXO 8 – COMPROVANTE DE ENVIO DO ARTIGO PARA SUBMISSÃO PARA PUBLICAÇÃO NOS CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

Login: cmsmith [Português](#) [English](#) [Español](#)



SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) [Autor](#) [Consultor](#) [Editor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

CSP_0349/15

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Título	Desvinculação da Gestante da Assistência Pré-natal
Título corrido	Desvinculação da Gestante da Assistência Pré-natal
Área de Concentração	Epidemiologia
Palavras-chave	Cuidado Pré-natal, Saúde Materno-Infantil, Serviços de Saúde Materno-Infantil, Alta do paciente
Sugestão de consultores	Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino <estela@ufba.br> Silvana Granado Nogueira da Gama <granado@ensp.fiocruz.br> Milena Bastos Britto <milenabastos22@yahoo.com.br>
Autores	Claudia Margaret Smith (Universidade Federal da Bahia) Bruno Gil de Carvalho Lima (Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública)

DECISÕES EDITORIAIS: [\[Exibir histórico\]](#)

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
1		Em avaliação. Artigo enviado em 05 de Março de 2015.		

ANEXO 9 – ARTIGO:**DESVINCULAÇÃO DA GESTANTE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

Claudia Margaret Smith
Bruno Gil de Carvalho Lima

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal (APN) é uma ferramenta que oportuniza as melhores condições para o desenvolvimento do conceito assim como para o preparo da mãe por meio de ações educacionais, preventivas e terapêuticas juntamente com o apoio psicoemocional. É considerada um dos pilares da maternidade segura, constituindo o acesso a essa assistência, um dos principais indicadores do prognóstico ao nascimento, estando associada à redução do risco tanto materno quanto perinatal (grau de recomendação B) ¹⁻³.

Em trabalho recente, foi identificado que 98,7% das gestantes no Brasil foram submetidas à APN e 73,1% realizaram seis ou mais consultas⁴. Tais indicadores deveriam estar associados a um cenário positivo em relação à saúde materno-infantil do país. Porém, o Brasil persiste com elevadas taxas de mortalidade materno-infantil por causas evitáveis⁵⁻⁹. Esta realidade frente à quase universalidade da cobertura pré-natal no Brasil, aponta para a necessidade de incrementar a qualidade dessa assistência.

Em relação à APN, o MS orienta a captação precoce da gestante, a realização de pelo menos seis consultas e a garantia da continuidade com a assistência ao parto. Apesar de pouco relatado na literatura, estudos apontam a ocorrência da desvinculação da gestante da sua APN antes do parto^{10,11} o que potencialmente pode impactar na efetividade dessa assistência. Ao fragmentar-se a assistência pré-natal, desarticula-se também a continuidade com a assistência ao parto, expondo a mulher ao risco de peregrinação e, conseqüentemente, aos riscos das complicações da assistência tardia ao parto.

Dentre os diferentes indicadores de processo da APN utilizados para avaliação da qualidade dessa assistência pelo MS, nenhum destes possibilita a identificação da desvinculação da gestante da sua assistência PN. Não havendo o diagnóstico da mesma, estratégias para evitá-la também não serão implantadas. Esse trabalho objetiva identificar a

ocorrência de desvinculação da gestante de sua APN, secundariamente, objetiva identificar fatores de risco para desvinculação da gestante da APN e verificar a ocorrência de peregrinação da parturiente desvinculada da APN.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo exploratório em uma população de puérperas internadas na Maternidade Climério de Oliveira, no período entre dezembro de 2013 a maio de 2014. Foram incluídas mulheres que pariram com 36 ou mais semanas de gestação, e excluídas aquelas que pariram fora da referida maternidade, ou que não haviam sido submetidas à assistência pré-natal.

A Maternidade Climério de Oliveira (MCO) é uma maternidade-escola pública vinculada à Universidade Federal da Bahia. Atende à demanda espontânea sendo referência para assistência ao parto de dois dos 12 distritos sanitários (DS) da cidade de Salvador (Centro Histórico e Barra/Rio Vermelho).

O tamanho amostral foi calculado tomando-se como base a média anual de 3.200 partos que ocorrem na MCO e a frequência esperada de 40% do objeto do estudo ¹¹, aceitando-se a variação, para mais ou para menos, de até dez pontos percentuais de diferença para a frequência e o nível de confiança de 95%, foi calculado o tamanho amostral de 900 pacientes. Para esse cálculo, foi utilizado o programa StatCalc do *freeware* EpiInfo, versão 7. Prevendo-se perdas no processo de coleta, optou-se por ampliar esse número para 1.100 puérperas.

Para a coleta das informações, foi utilizado um questionário semiestruturado dividido em quatro partes. A primeira, incluindo dados sociodemográficos da paciente; a segunda, questões sobre a assistência pré-natal; a terceira parte, dados do cartão da gestante e a quarta, dados do internamento extraídos no prontuário.

Para caracterização da população estudada, foram coletados dados tais como: idade, paridade, número de filhos vivos, cor, grau de instrução, estado civil, renda familiar, própria e *per capita* familiar, número de dependentes, endereço da residência e do serviço de pré-natal.

Informações da assistência PN, tais como: número de consultas, data da primeira e da última consulta foram extraídas do cartão da gestante. Dessa forma, só foram computadas para essas informações as gestantes que forneceram seus cartões para compilação dos dados.

Quanto às características da relação entre a gestante e o seu pré-natal, as pacientes foram inquiridas sobre as suas percepções de acolhimento, assim como a ocorrência de quebra do seu vínculo com a assistência pré-natal.

Inicialmente, foram previstas duas formas de quebra do vínculo entre a gestante e sua APN. A “alta do pré-natal” foi identificada nos casos em que, após a última consulta de pré-natal, não houve agendamento para retorno, assim como não houve encaminhamento específico para uma maternidade para internamento de urgência. Já o “abandono” foi caracterizado quando, apesar da APN estar disponível, a paciente não mais retornou.

No decorrer da coleta, foram observadas situações de quebra de vínculo entre a APN e a paciente, que não se encaixaram nas duas categorias descritas. Identificando-se que, nesses casos, foi vedada à gestante a possibilidade de manter-se no pré-natal por desorganização do serviço (ex.: férias do profissional sem substituto, reforma da unidade sem transferência da paciente para outro serviço de pré-natal, impossibilidade de marcação de retorno), ou por desorganização da rede (ex.: posto entrou em reforma e encaminhou para outra Unidade Básica de Saúde - UBS que não tinha vaga), essas pacientes passaram a integrar um terceiro grupo, denominado “falha do sistema de saúde”.

A ocorrência do fenômeno de “peregrinação antenatal” foi identificada quando ao ser questionada, a puérpera referiu ter recorrido a outra maternidade previamente à MCO, sem retornar para casa. Não foram considerados casos de peregrinação quando houve transferência da paciente de outra(s) unidade(s) de internamento via Central de Regulação.

Por fim, as informações referentes às condições de internamento, do parto e da evolução do recém-nascido foram obtidas nos prontuários hospitalares. As idades gestacionais foram baseadas no índice de Capurro calculado pelo neonatologista assistente no nascimento, registrado no prontuário. Nos casos de óbitos fetais, em que não foi possível o cálculo do índice de Capurro, utilizou-se a data da última menstruação para cálculo da IG.

A coleta de dados ocorreu diariamente nas enfermarias e foi realizada por uma equipe composta por uma obstetra e cinco estudantes de medicina previamente treinados. Para a coleta das informações, realizou-se entrevista individual com cada paciente, em ambiente reservado, anotando-se as respostas imediatamente no questionário, assim como se compilaram as informações existentes no cartão da gestante e nos prontuários da puérpera e do seu recém-nascido.

Após a coleta dos dados, eles foram inseridos numa planilha Excel e transferidos para o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), mediante o qual foram feitas as análises. Foram realizados os

cálculos para caracterização sociodemográfica, aspectos da APN, desvinculação ou não e modalidades, e peregrinação anteparto ou não, empregando-se proporções para variáveis qualitativas e medidas de tendência central e de dispersão para as quantitativas.

A descrição das características sociodemográficas e assistenciais pré-natais foi feita segundo o desfecho principal estudado (desvinculação da APN), testando-se a associação entre cada atributo e a desvinculação por intermédio do qui-quadrado ou teste de Fisher para variáveis qualitativas, *t* de Student para variáveis quantitativas e Mann-Whitney para as ordinais ou quando variáveis com distribuição não-normal apresentavam condições inadequadas para aproximação de normalidade pelo teorema do limite central, aceitando-se como significantes quando $p < 0,05$ (bicaudal) e aplicando-se a correção de Bonferroni, quando os grupos em comparação eram subconjuntos de uma mesma totalidade. Em razão da natureza exploratória do estudo, variáveis independentes quantitativas foram convertidas em faixas de variação (qualitativas ordinais) para a finalidade de teste de associação.

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira/Universidade Federal da Bahia e aprovado em 10 de outubro de 2013 (CAAE nº 18883513.8.0000.5543). Foram respeitados os princípios da Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial e a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde brasileiro.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 1.100 pacientes, dentre as quais, 43 não realizaram pré-natal. Assim, foram aproveitadas as informações coletadas de 1.057 pacientes para o presente estudo. A média de idade foi 27 anos, variando de 13 a 48 anos. Dez por cento dessa amostra tratava-se de mães adolescentes (13 a 18 anos). Em relação aos antecedentes obstétricos, o número de gestações variou de um a dez, com mediana de duas gestações, o número de partos variou de um a nove (mediana - 1) e o número de abortos de nenhum a oito (mediana - 0). A mediana de número de filhos vivos foi um, variando de nenhum a oito. Aproximadamente 79% referiram viver com companheiro e 90,4% autodenominaram-se pardas ou negras (Tabela 1). O nível de escolaridade variou do analfabetismo à pós-graduação, sendo que 43,1% da amostra completou o ensino médio (Tabela 1). A gestação foi planejada em 34% das pacientes (Tabela 1).

A média da renda familiar foi de 2,13 salários mínimos (SM) (DP = 1,49). Já a média da renda da puérpera foi de apenas 0,6 SM (DP = 0,8) e a renda *per capita* familiar média foi de 0,79 SM (DP = 0,62). Chama à atenção, que quase metade das mulheres referiu não ter renda própria (46,8%). Em relação à residência, 26% moravam nos DS que têm a MCO como maternidade de referência (Centro Histórico e Barra – Rio Vermelho), sendo que houveram mulheres de provenientes de todos os 12 DS de Salvador.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e da assistência ao parto da amostra segundo *status* de vinculação à Assistência Pré-natal no final da gestação

Característica	INICIOU PRÉ-NATAL	Manteve-se Vinculada (n= 728)	Desvinculou do Pré-natal (n = 329)	Valor p
	(n = 1057)	(n= 728)	(n = 329)	
	%	%	%	
Conjugalidade				
Sem companheiro	21,3	19,9	23,8	0,155
Com companheiro	78,9	80,1	76,2	
Cor				0,749
Negra/Parda	90,4	90,6	89,9	
Branca/Amarela	9,6	9,4	10,1	
Nível educacional				0,014
Ensino Fundamental	25,4	22,8	31	
Ensino Médio	43,1	45,9	36,8	
Gestação planejada	34,0	34,5	32,8	0,589
Sentiu-se acolhida	84,7	89,6	73,8	<0,001
Peregrinação	26,0	22,6	33,4	<0,001
Cesárea	46,1	44,2	50,2	0,074
Sofrimento Fetal Agudo	10,7	9,4	13,7	0,034

Aproximadamente 85% das pacientes referiram percepção de acolhimento pelo serviço de pré-natal (Tabela 1). Entre as 961 pacientes que apresentaram o cartão para compilação dos

dados, foi identificado que 65,2% realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal. O início do PN deu-se dentro das primeiras 12 semanas de gestação em 40,6%.

Tabela 2– Características do acompanhamento pré-natal da amostra segundo *status* de vinculação à Assistência Pré-natal no final da gestação

Característica	INICIOU PRÉ-NATAL (n = 1057)		Manteve-se Vinculada (n = 728)		Desvinculou (n = 329)		Valor p
	Md	DP	Md	DP	Md	DP	
Número de consultas	7,0	2,5	7,0	2,5	6,0	2,5	<0,001
IG início do PN (semanas)	14,3	6,1	14,1	6,2	14,4	6,0	0,851
IG última consulta PN (semanas)	37,4	3,6	37,7	2,7	36,5	4,8	<0,001
Dias entre última consulta e parto	12	24	10	16	24	33	<0,001

Md=Mediana DP= Desvio padrão

A assistência pré-natal foi realizada exclusivamente por profissional médico em 35,5% dos casos, exclusivamente por profissional de enfermagem em 24,6% e em 39,9%, a assistência foi realizada por médicos e enfermeiros (Tabela 3). Em 90,2% dos casos, a assistência pré-natal foi realizada no âmbito do SUS, 6,7% em consultório particular e 3,1% por convênio de saúde (Tabela 3).

Realizaram APN nos DS que têm a MCO como maternidade de referência (Centro Histórico e Barra/Rio Vermelho), 46,3% das pacientes arroladas nesse estudo. Porém houve pacientes que realizaram APN de todos os 12 DS de Salvador.

Das pacientes incluídas na pesquisa, 26% peregrinaram antes do internamento na MCO por uma a cinco maternidades (Tabela 1). Das que peregrinaram, 24% o fizeram por duas a cinco maternidades. A peregrinação ocorreu três vezes mais frequentemente quando a APN foi realizada em outro DS que não os de referência da MCO (11% X 37,6%; $p < 0,001$). A taxa de parto cesariano foi 46,1%, sendo que 23,2% dessas cesáreas foram indicadas devido a sofrimento fetal agudo (Tabela 1).

Tabela 3 - Característica da amostra comparando diferentes grupos por forma de desvinculação

Característica	INICIOU	VINCULADA	DESVINCULADA	DESVINCULADA	DESVINCULADA
	PRÉ-NATAL (n = 1.057)	(n = 728)	Alta (n = 194)	Abandono (n = 87)	Falha Sistema (n = 48)
	%	%	%	%	%
Escolaridade					
1 a 8 anos estudos	29,23	27,4	26,8	49,4	31,3
9 a 11 anos estudos	60,83	62,4	60,8	48,3	60,4
Gestação não oportuna	66	65,5	64,6	74,7	63,8
Não se sentiu acolhida	15,2	10,4	20,6	35,0	33,3
Profissional					
Médico	35,5	35,1	35,3	37,7	38,1
Enfermeira	24,6	22,8	26,9	34,8	38,1
Médico e enfermeira	39,9	42,1	37,7	27,5	33,3
Convênio					
SUS	90,2	90,4	85,1	86,2	97,9
Convênio de Saúde	3,1	3,0	3,1	5,7	0,0
Particular	6,7	5,6	11,3	6,9	2,1

A desvinculação da gestante da sua assistência PN foi identificada em praticamente um terço das pacientes analisadas (31,1%). A principal forma de desvinculação foi pela modalidade de alta do pré-natal (58,9%). O abandono do PN por iniciativa da paciente ocorreu em 26,4% dos casos. Por fim, em 14,5% dos casos, as pacientes foram abandonadas por falha do sistema de saúde.

Comparando-se os perfis das pacientes que se mantiveram vinculadas ao pré-natal até o parto com as que se desvincularam, foi observado que não houve diferenças entre esses dois grupos em relação às variáveis: cor autodeclarada, estado civil, idade materna, paridade, número de filhos vivos, planejamento da gestação, assim como não houve diferença de renda entre esses dois grupos. Porém, identificou-se menor escolaridade no grupo desvinculado (não completaram ensino médio: 54% X 43,7%; $p < 0,05$).

Em relação à assistência pré-natal, observou-se menor número de consultas, menor idade gestacional na última consulta, maior período entre a última consulta e o parto no grupo das pacientes que se desvincularam ($p < 0,001$). A idade gestacional na primeira consulta não apresentou diferenças entre os dois grupos ($p = 0,851$).

A desvinculação ocorreu em 41,4% das pacientes assistidas no PN por clínicas particulares e 30,3% das pacientes assistidas pelo SUS (Tabela 3). Contudo, devido ao pequeno tamanho da amostra dos subgrupos, principalmente nos subgrupos não SUS, não é possível avaliar a significância estatística. Em relação ao profissional assistente, a desvinculação foi relativamente menos frequente no grupo acompanhado pelas duas categorias profissionais simultaneamente (enfermeiro - 34,3%; médico - 29,7%; médico e enfermeiro - 25,1%), embora não se tenha alcançado significância estatística após a correção de Bonferroni.

A percepção de não acolhimento do PN foi 2,5 vezes maior no grupo de pacientes desvinculadas, quando comparado com as pacientes que não se desvincularam do PN (26,2% X 10,4%; $p < 0,001$).

A peregrinação anteparto ocorreu em 33,4% das pacientes que se desvincularam do pré-natal sendo mais frequente do que entre as pacientes que se mantiveram vinculadas à APN por toda a gestação, que foi de 22,6% ($p < 0,001$) (Tabela 1). No grupo de pacientes desvinculadas, houve também maior percentagem de partos cesarianos devidos a sofrimento fetal agudo (13,7% X 9,4%; $p < 0,05$) (Tabela 1).

Das pacientes desvinculadas da APN, 194 deram-se por meio de “alta do pré-natal”, configurando-se a forma mais frequente de desvinculação da gestante do seu pré-natal. O perfil da assistência PN desse grupo apresentou mediana de seis consultas. A IG mediana na primeira consulta foi de 14,1 semanas e de 37,4 semanas na última consulta. O período mediano entre a última consulta e a data do parto foi de 16 dias (Tabela 4). Identificou-se que 37,7% das altas ocorreram em PN realizados por médicos e enfermeiros, 26,9% por enfermeiros e 35,3% por médicos (Tabela 3).

A peregrinação anteparto ocorreu em 34,5% das pacientes que receberam alta do pré-natal, sendo que 28,8 % dessas peregrinaram por duas a cinco maternidades. A média de maternidades procuradas previamente ao internamento na MCO foi de 1,5 (DP = 0,9). A taxa de partos cesarianos neste subgrupo foi de 49,5%, sendo que desses, 14% devido a sofrimento fetal agudo.

Tabela 4 – Características sociais e do acompanhamento pré-natal comparando diferentes grupos por forma de desvinculação

	VINCULADA (n = 679)		DESVINCULADA Alta (n = 169)		DESVINCULADA Abandono (n = 70)		DESVINCULADA Falha do Sistema (n = 43)	
	Md	DP	Md	DP	Md	DP	Md	DP
	Nº de consultas	7,0	2,5	6,0	2,2	4,0	2,6	4,0
IG início do PN (sem)	14,1	6,2	14,1	5,3	16,0	6,1	15,0	7,7
IG última consulta PN (semanas)	37,7	2,7	37,4	2,5	32,6	5,9	34,8	5,8
Última consulta e parto (dias)	10,0	16,2	16,0	16,3	50,5	40,6	35,0	40
Idade	27	6,6	27	6,7	24	6,5	27,5	6,8
Renda Própria (Salário Mínimo)	0,14	0,79	0,42	0,86	0,00	0,77	0,49	0,73
Renda Familiar (Salário Mínimo)	1,9	1,5	1,8	1,3	1,3	1,5	1,6	1,3

Oitenta e sete puérperas referiram ter abandonado a sua APN. Devido ao pequeno número de indivíduos nos subgrupos das diferentes formas de desvinculação, não foi possível realizar cálculos de significância estatística entre as variáveis estudadas. Apesar disso, percebe-se que, dentre as pacientes desvinculadas da APN, este foi o grupo de pacientes que apresentou menor grau de escolaridade (48,4% não completaram ensino médio), maior frequência de gestações não planejadas (74,7%), além de maior frequência da percepção do não acolhimento pelo serviço de pré-natal (35%) (Tabela 3). Tanto a idade materna, quanto a renda foram as menores de todos os subgrupos (Tabela 4). Em relação à assistência PN, foi o subgrupo que se desvinculou mais precocemente, apresentando a maior mediana de tempo sem assistência pré-natal no final da gestação (50,5 dias) (Tabela 4). Para a assistência ao parto, foi o subgrupo que mais peregrinou (36,8%) e que apresentou maior taxa de parto cesariano (52,9%).

Com 48 pacientes (4,3% da amostra) houve desvinculação da assistência pré-natal devido à falha do sistema de saúde. O número mediano de consultas de pré-natal foi de quatro e a IG na última consulta foi de 34,8 semanas. O período sem assistência pré-natal foi de 35 dias, o dobro do tempo encontrado no grupo de pacientes desvinculadas por alta do PN (Tabela 4). A percepção de acolhimento pela APN foi quase tão baixa quanto o grupo que abandonou a APN (não acolhimento: 33,3%) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Os princípios da integralidade e da humanização na assistência obstétrica têm sido reiteradamente reforçados nos últimos 30 anos nas políticas de saúde da mulher no Brasil¹⁰⁻²⁰. A identificação da fragmentação da assistência da gestante por meio da quebra do seu vínculo com o serviço de PN e com a maternidade de referência para o parto aponta a dificuldade da institucionalização desses princípios básicos.

Os indicadores da APN mais frequentemente utilizados pelos órgãos públicos são a taxa de cobertura, a taxa de gestantes que iniciaram a APN no primeiro trimestre e a taxa de gestantes que realizam seis ou mais consultas de PN na gestação. Contudo não é possível garantir que gestantes que realizam seis ou mais consultas, obtiveram uma APN integral e articulada à assistência ao parto.

Este trabalho, apesar de ter identificado uma taxa de cobertura de APN de 96% na amostra, detectou que, apenas 66,1% das 1.100 mulheres foram submetida a APN integral (até o final da gestação) e que um quarto das mulheres peregrinaram antes de conseguirem internamento na maternidade. A percepção da quase universalidade de cobertura pré-natal é desconstruída quando se percebe a fragmentação dessa ação.

A desvinculação da gestante da sua assistência pré-natal ocorreu em praticamente um terço das pacientes que iniciaram a APN nesta pesquisa, sendo a alta, a forma de desvinculação mais frequente. Quase 1/5 de todas as pacientes que realizou pré-natal obtiveram alta. A constatação da ocorrência de desvinculação do pré-natal e de que a “alta do pré-natal” ainda é persistente e frequente no nosso meio são importantes achados desta investigação.

A “alta do pré-natal” é característica do modelo tecnocrático, em que o foco da atenção é limitado à consulta. Sem acompanhamento no final da gestação, período em que patologias obstétricas são mais frequentes, a grávida e o seu conceito ficam expostos a suas complicações. Essa prática é categoricamente desaconselhada pelo MS.^{1,12-14}

...Não existe alta do pré-natal...¹

...Outra questão crítica da atenção pré-natal é a chamada “alta” do pré-natal, com a falta de acompanhamento ambulatorial no fim da gestação, momento em que é maior a probabilidade de intercorrências obstétricas...¹³

Os achados da menor escolaridade ($p < 0,001$) e da menor percepção de acolhimento ($p < 0,001$) entre as pacientes desvinculadas, quando comparadas com as pacientes que se mantiveram vinculadas à APN, foram concordantes com achados de outros estudos^{10,15-17}. Para que a gestante se vincule e se mantenha vinculada à APN, é necessário o entendimento da importância dessa ação.

Existem dois momentos cruciais em que o entendimento é construído: o primeiro ocorre com o nível de esclarecimento que uma pessoa normalmente atinge por meio da educação formal e o segundo é oportunizado na própria APN, quando a importância dessa assistência é esclarecida à gestante por meio das ações educativas¹⁸. Entende-se que falhas na educação, assim como na assistência no serviço de saúde expõem a gestante à desvinculação da sua APN e às suas consequências.

O grupo de gestantes desvinculadas da APN apresentou maior frequência de peregrinação ($p < 0,001$), tendência a peregrinar por maior número de maternidades e maior frequência de indicação de parto cesariano de urgência devido a sofrimento fetal agudo ($p < 0,05$). A política da Rede Cegonha instituiu ações com o intuito de inibir a peregrinação anteparto.

Uma vez inserida na APN, a gestante deve ser informada sobre a maternidade de referência a que deverá recorrer em casos de urgência. Por meio da “política vaga sempre”, o seu internamento deve ser garantido nessa maternidade mesmo na ausência de vagas. Uma visita da gestante à maternidade de referência deve ser realizada durante a APN. A menor quantidade de consultas entre as pacientes desvinculadas, pode ter influenciado a menor oportunidade dessas ações.

Entre as mulheres desvinculadas do PN, as que o abandonaram, constituíram o subgrupo com maior frequência de fatores pessoais, tais como: ausência de companheiro (25,3%), menor escolaridade (70,1% nível fundamental), menor renda, maior proporção de gestações não oportunas (74,7%) e ainda, menor percepção de bom acolhimento (65%). Outros estudos identificaram que gestações não planejadas estiveram mais associadas com APN inadequada^{19,20}, sugerindo que fatores pessoais e emocionais podem interferir no estabelecimento de um bom vínculo entre a gestante e a assistência PN, contribuindo até mesmo, para a adesão da gestante ao PN^{10,21}.

Apesar de identificar fatores pessoais entre as pacientes que abandonaram o PN, não se pode responsabilizá-las por essa desvinculação. Cabe ao serviço de PN, seja pelo acolhimento, seja pela conscientização da importância da APN ou ainda, pela busca ativa, assegurar o cuidado até o final do ciclo gravídico-puerperal. É diretriz da assistência PN pelo SUS realizar busca ativa das pacientes faltosas pela Equipe de Saúde de Família, com visitas domiciliares nos casos em que a gestante encontra-se impossibilitada de sair de casa ¹. Cerca de 10% das pacientes que abandonaram o PN nesse estudo, assim o fizeram por dificuldade de sair de casa.

No grupo identificado como falha do sistema foi percebida a falta da humanização da APN pelos gestores dos serviços de saúde. A organização do serviço deve ser desenhada de forma a melhor assistir a todas as gestantes que a ele recorrem, garantindo sua acessibilidade. As reformas nas unidades, férias ou licenças dos profissionais assistentes foram as causas mais frequentes da desvinculação da gestante pela falha do sistema de saúde.

Por se tratar de situações previsíveis, o bom gerenciamento delas se faz necessário de forma a não prejudicar a clientela de cada serviço. Foram identificados casos em que a gestante foi agendada para consulta PN e, ao chegar à unidade de saúde, soube que esta se encontrava fechada para reforma ou que não seria atendida por falta de profissional assistente. A gestante, que saiu de casa, pagou transporte e esforçou-se apesar dos incômodos de final da gestação para manter-se acompanhada, foi desvinculada da sua assistência PN por falta de humanização na gestão desses serviços.

Em outras situações, a Unidade Básica de Saúde que iria entrar em reforma, encaminhou as gestantes para outra UBS, porém, ao chegar nessa outra unidade, o acompanhamento não se deu por falta de estrutura para absorção de mais pacientes (agenda cheia dos profissionais). Reconhece-se, nesses casos, a necessidade de melhor articulação entre os serviços, conforme orienta a Rede Cegonha. As pacientes que foram desvinculadas do PN por falha do sistema de saúde também apresentaram importante proporção de percepção de mau acolhimento (33,3%).

A instituição do novo paradigma no cuidado à gestante por toda a rede assistencial se faz necessário. O Programa de Humanização do Parto e Nascimento foi instituído há uma década. No modelo de cuidado humanizado, baseado em conceitos humanistas, ²² tem-se a gestante como ser integral, dentro da esfera biopsicossocial e como protagonista da ação, deixando de ser identificada como máquina reprodutora fora de qualquer contexto. A relação com o profissional cuidador torna-se democratizada, em que as decisões são discutidas e compartilhadas frente às diferentes conjunturas de cada paciente.

Nesse modelo, têm importante papel as ações educativas para as grávidas, possibilitando o entendimento dos processos do ciclo gravídico-puerperal e trazendo autonomia às gestantes, além de reimprimir o caráter fisiológico da gestação. A mudança da postura do profissional de saúde abre espaço para a escuta qualificada, entendendo seus receios, angústias e sentimentos. A corresponsabilização dos profissionais assistentes pela gestante proporciona uma atitude mais resolutiva por parte daqueles. O profissional e o serviço que acolheram a grávida são percebidos como responsáveis pelo seu cuidado por toda a gestação²³.

O modelo humanista privilegia o bem estar da gestante e do concepto, utilizando tecnologias apenas quando apropriadas, aplicando condutas baseadas em evidências científicas. Em um estudo qualitativo sobre humanização no cuidado pré-natal, uma frase citada por uma gestante revela de forma eloquente a sua demanda: *Eu não quero uma receita, eu quero atenção!*²¹.

Este trabalho demonstra que o acolhimento esteve associado à manutenção da vinculação da gestante na assistência, sem nenhum hiato entre o pré-natal e o parto, protegendo-a da peregrinação anteparto e do parto cesariano devido a sofrimento fetal agudo. Esses achados demonstram que os princípios de humanização e integralidade estão associados à melhor efetividade da APN.

Achados deste estudo permitem, também, a percepção de que as diretrizes das políticas de assistência à saúde da mulher ainda não estão plenamente incorporadas, nem pelo sistema de saúde, nem pela população. Apenas 26% das mulheres internadas na MCO eram residentes nos DS de sua referência e apenas 46% eram provenientes de unidade de assistência pré-natal desses distritos. Pelo mapa de vinculação da Rede Cegonha, era esperado que a grande maioria fosse residente e proveniente de serviços de pré-natal dessas regiões. No geral, foi identificada a ocorrência de peregrinação anteparto em 26% das parturientes.

As mulheres com assistência pré-natal em unidades dos DS de referência da MCO peregrinaram menos. A comodidade da APN perto da residência da gestante, sua vinculação com a maternidade de referência e o cumprimento da política “vaga sempre” pelo profissional assistente no setor de emergência, são estratégias traçadas para evitar a peregrinação.

Para evitar a migração da gestante para APN de outro DS, é importante que haja acessibilidade, qualificação e uniformização no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal em todas as unidades básicas^{20,24}.

A fidelização da gestante à APN do seu respectivo DS permite o melhor fluxo proposto pela Rede Cegonha. Também na assistência ao parto, respeitando-se a vinculação

entre a UBS e a maternidade de referência, a otimização dos leitos obstétricos se viabiliza. Do contrário, o ciclo pernicioso entre a desorganização das vagas das maternidades e a peregrinação anteparto se perpetua.

A identificação de desvinculação em 1/3 das gestantes da sua APN e a peregrinação anteparto em 1/4 delas demonstra a lacuna na integralidade da assistência obstétrica. O abandono e a alta do pré-natal são emblemáticos da falta de humanização da APN. Para que humanização na atenção obstétrica seja uma realidade, faz-se necessária a mudança de postura do profissional e dos serviços de saúde. Nesses últimos, a acessibilidade a consultas de pré-natal, a exames propedêuticos com resultados em tempo oportuno e a assistência ao parto deve ser viabilizada.

A unidade de saúde deve ser estruturada de forma a viabilizar a qualidade da assistência, cuidando das condições de trabalho, da ambiência, oferecendo assistência com equipe multiprofissional e estimulando o processo educativo permanente entre seus profissionais, orientações presentes no Manual do MS¹. Uma vez incorporados esses princípios por todos os atores, a redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil será uma consequência natural.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, Scorza WE, Knuppel RA. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. *AM J Obstet Gynecol*. 2002 May; 186(5):1011-6
3. Galvis YT, Vélez PM, Tamayo JDC, Gómez JJO. Factores asociados a mortalidad maternal – estudio de casos y controles. Medellín 2001-2003. *Ver CES Med*. 2005; (2): 19-45.
4. Viellas EF, Augusto M, Dias B, Viana J, Bastos MH. Assistência pré-natal no Brasil – Pesquisa Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2014; 30:85-100.
5. Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. Situação Mundial da Infância 2006- Caderno Brasil. Brasília: UNICEF; 2006.
6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Objetivos de desenvolvimento do milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: IPEA, 2005.
7. Souza JP. Mortalidade Materna no Brasil: a necessidade de fortalecer o sistema de saúde. *Rev Bras Ginecol Obs*. 2011; 33(10): 273-9.
8. Fundo das Nações Unidas para a Infância- UNICEF. Situação Mundial da Infância 2008 – Caderno Brasil. Brasília: UNICEF; 2008.
9. França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: Situações, tendências e perspectivas. *Inf Situação e Tendências Demogr e Saúde*. 2008; 3:1-29.
10. Munares-Garcia O. Factores asociados al abandono al control prenatal em um hospital del Ministerio de Salud Perú. *Rev Peru Epidemiol*. 2013; 17(2):1-8.

11. Lima BGC. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e Sífilis na Assistência Pré-natal [doutorado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.
12. Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal: Manual Técnico. 3^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
13. Ministério da Saúde. Manual Técnico Pré-natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Direitos Sexuais e Reprodutivos – Caderno 5).
14. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Risco – Manual Técnico. 5^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
15. Ribeiro ERO, Guimarães AMDN, Bettiol H, Lima DDF, Almeida MLD, Souza L, Silva AAM *et al.* Risk factors for inadequate prenatal care use in metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009 Jan; 9-31.
16. Faneite AP, Rivera C, Rodrigues F, Amato R, Moreno S. Consulta prenatal: motivos de inassistência, se justifica? *Rev Obs Ginecol Venez.* 2009; 69(3): 147-51.
17. Bernardes ACF, Silva AR, Coimbra LC, Alves MTSSB, Queiroz RJCS, Batista RFL *et al.* Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14(266):1-12.
18. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção Básica – Atenção ao pré-natal de Baixo Risco. N° 32. Brasília; 2013.
19. Bassani DG, Surkan PJ, Olinto MT. Inadequate use of Prenatal services Among Brazilian Women: the Role of Maternal Characteristics. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2009 Mar; 35(01):15-20.
20. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo de coorte de primigestas. *Cad saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2004; 20(2):220-30.
21. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* Recife. 2010; 10(3):359-67.
22. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2005; 10(3): 561-71.
23. Ministério da Saúde. Manual Prático para a Implantação da Rede Cegonha. 1^a Ed. Brasília; 2012.
24. Silva TG, Antunes TKT, Gramacho RCCV. Razões que levam adolescentes grávidas a permanecerem nas consultas pré-natais numa maternidade pública de Salvador. *Ver Enferm Contemp.* 2014; 3(1):51-60.