

VIVÊNCIA DE MULHERES FRENTE À PEREGRINAÇÃO PARA O PARTO

Andréa Lorena Santos Silva*

Lilian Conceição Guimarães de Almeida**

Resumo

O presente artigo objetivou descrever a vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto. Pesquisa qualitativa, exploratória, realizada em três maternidades públicas de Salvador-BA. As participantes do estudo foram 14 puérperas que estiveram internadas nessas instituições de saúde e foram entrevistadas com o auxílio de um formulário semiestruturado. Os dados produzidos foram organizados para análise com o auxílio da técnica de Análise de Conteúdo. Na busca por atendimento, a maioria foi transportada por meio de veículo de terceiros, sendo presente a vivência da violação de direitos. Os principais motivos para a não admissão imediata foi o falso trabalho de parto e a falta de vaga nas instituições. Sentimentos como raiva, medo, tristeza e humilhação foram frequentes nos discursos dessas mulheres. A peregrinação a que estiveram submetidas demonstrou o preocupante panorama da assistência obstétrica nesta cidade.

Palavras-chave

Saúde da Mulher. Acesso aos serviços de saúde. Trabalho de Parto.

1. Introdução

A assistência ao parto no Brasil é, eminentemente, hospitalar. Esse modelo de atenção à saúde, ao longo dos anos, vem passando por remodelamentos e reformulações no intuito de qualificar a atenção à saúde dispensada às mulheres e suas famílias no período gravídico-puerperal.

Iniciativas, como o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento – PHPN (2000), a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (2004), o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004) e a Rede Cegonha (2011), se complementam, na medida em que encampam ideias voltadas para a redução da mortalidade materna e neonatal, visando a qualificar a

* Mestra em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Atualiza Cursos. *E-mail:* lore_enfermeira@yahoo.com.br

** Doutora em Saúde Coletiva. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Atualiza Cursos. *E-mail:* liliancgalmeida@yahoo.com.br

assistência no parto e no nascimento. Fomentam, também, a definição de novos modelos de atenção à saúde, centrados na promoção da assistência à mulher e ao neonato até que este complete 24 meses de vida, além de buscar o favorecimento do acesso, o transporte seguro, o acolhimento e a resolutividade que requerem esses usuários quando inseridos na Rede de Atenção à Saúde. (CAVALCANTI, 2012; BRASIL, 2011).

A centralização dos cuidados nas necessidades individuais tem contribuído para que haja o redirecionamento na forma de atendimento ao parto, no entanto, a rede de atenção à saúde ainda mostra-se limitada e aquém de satisfazer às demandas geradas pelas usuárias.

A Organização da Atenção Primária à Saúde (APS), nos municípios brasileiros, viabilizada por iniciativas, como a implantação da Estratégia de Saúde da Família e o aprimoramento das práticas pelas equipes, tem favorecido o aumento da cobertura da assistência pré-natal, embora a qualidade das consultas esteja sendo questionada diante da avaliação dos indicadores de saúde que sinalizam para a manutenção das altas taxas de mortalidade materna e neonatal.

A proximidade entre as unidades de saúde e as residências das usuárias, sem dúvida, favoreceu o acesso delas à consulta pré-natal, mas não garantiu a continuidade da assistência nos níveis secundários e terciários. O aumento no número de unidades de saúde, de profissionais realizando o pré-natal e de gestantes não foi acompanhado pelo crescimento, na mesma proporção, de maternidades, unidades de tratamento intensivo e intermediário para mulheres, neonatos e crianças.

Desse modo, se estabelece uma desorganização no fluxo de atendimento às mulheres no período do anteparto, visto que existe uma lacuna entre o atendimento do pré-natal e o da maternidade. A peregrinação no anteparto protagonizada pelas gestantes, ou seja, a busca por atendimento no momento do parto é uma tônica nacional, inú-

meras mulheres seguem transitando entre as maternidades de diferentes bairros e municípios em busca de um cuidado.

O deslocamento das gestantes até as maternidades no anteparto é motivado por sensações desconhecidas ou até já vivenciadas anteriormente, mas que produzem temores e despertam nelas a necessidade da assistência. Ao final da gravidez, a mulher pode apresentar um quadro denominado de falso trabalho de parto, que se caracteriza por atividade uterina aumentada, mas com um padrão de contrações descoordenadas que, normalmente, não exercem efeito sobre o colo uterino (BRASIL, 2001).

Durante esse período, muitas mulheres procuram os serviços de saúde em busca de esclarecimentos, orientações ou até de cuidados, no entanto, quando ainda não estão recomendadas as internações, elas são obrigadas a abandonar as dependências do hospital e buscar um local para aguardar a hora do parto. No entanto, algumas mulheres residem em locais distantes da unidade de saúde hospitalar, não tendo transporte que as conduza a suas casas, entre outras situações que agravam a espera do parto sem assistência.

Sabe-se que a garantia de atenção à saúde imediata e qualificada até o final da gestação, momento de maior probabilidade de intercorrências obstétricas, é fator fundamental nos determinantes de saúde materno-infantis (PARADA, 2008).

Ao final da gravidez, a mulher experiencia desconfortos que podem ou não estar associados ao parto. Durante a gestação, as mulheres passam por mudanças psicológicas exacerbadas pelas alterações hormonais; pelas mudanças no corpo; pela falta de apoio familiar; mudanças fisiológicas, como aumento do peso, dores que as fazem perder o controle e sentir medo (VIEIRA; PARIZOTTO, 2013; BRASIL, 2001).

Na nossa experiência, como enfermeiras, temos observado que as contrações uterinas dolorosas são

um dos sintomas mais valorizados pelas mulheres, sendo, invariavelmente, relatadas como motivo para procura de atendimento nas maternidades. A dor física ou psíquica é uma motivação plausível para a busca de assistência, o incômodo gerado por essa sensação impulsiona as mulheres a seguirem por longas distâncias, horas afins, implorando por uma atenção. Tal peregrinação pode provocar riscos de intercorrências, complicações e até a morte da gestante e do feto.

Apesar de não se constituir em realidade recente no Brasil, a peregrinação vivenciada pelas gestantes em busca de vaga no momento do parto, em Salvador-BA, ainda carece de melhor descrição. Em verdade, pouco se sabe sobre o que acontece com as gestantes entre a avaliação de triagem para admissão e o momento em que a internação ocorre, bem como sobre os sentimentos que elas vivenciam perante essa problemática. Diante disso, surgiu o seguinte questionamento: Como as mulheres vivenciam a peregrinação em busca de atendimento no anteparto? Este artigo objetivou descrever a vivência de mulheres na peregrinação para o parto.

Espera-se que os resultados deste artigo contribuam para atribuir relevância cabível à problemática da assistência à mulher no período gravídico puerperal, dar visibilidade à peregrinação de mulheres no anteparto em busca de atendimento e que sirvam de porta-voz dessas que sofrem às portas das maternidades baianas e brasileiras.

2. Metodologia

Pesquisa qualitativa e exploratória tendo como cenário de estudo três maternidades públicas do município de Salvador-BA. Essas têm mais de 30 anos de funcionamento, atendem tanto à demanda espontânea quanto a gestantes referenciadas de outros serviços e, juntas, somam mais de 200 leitos de obstetrícia, atendendo, em média, 1.500 partos/mês.

As depoentes foram 14 puérperas que estiveram internadas nas maternidades pesquisadas, foram escolhidas de forma aleatória e atenderam aos critérios de inclusão: ter acima de 18 anos e ter sido admitida somente após a realização de, pelo menos, dois exames de triagem, sendo esses na mesma ou em outra instituição. A técnica utilizada para a coleta dos dados foi a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro contendo dados de identificação sócio-demográfica e antecedentes obstétricos da mulher, bem como questões relativas à trajetória de atendimentos.

Tendo em vista a permanência relativamente curta das parturientes, principalmente após o parto normal, as entrevistas foram realizadas sem agendamento prévio, mas respeitando sua disponibilidade e as rotinas dos serviços. Os dados foram coletados em janeiro de 2007, no entanto, permanecem atualizados, pois o problema da peregrinação das mulheres segue perpetuando-se, apesar de estratégias serem lançadas a fim de minimizar essa problemática, como é o caso da criação de um centro de parto normal, em 2011, nesta cidade, como alternativa para a assistência obstétrica. No entanto, o que se observa na mídia e nas nossas experiências profissionais nos serviços de saúde é que essa peregrinação continua.

Com vistas à análise, os depoimentos foram transcritos e posteriormente organizados para fins de leitura superficial e com profundidade, buscando atender aos passos previstos para a Análise de Conteúdo Temática (MINAYO, 2010). Tendo em vista a análise dos dados, emergiram quatro categorias que serão discutidas a seguir: A vivência da violação de direitos na busca por atendimento para o parto; A peregrinação e o falso trabalho de parto; A peregrinação e a falta de vaga; Raiva, medo e humilhação: sentimentos de mulheres na peregrinação para o parto.

O projeto de pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, através do CEPSESAB (Proto-

colo nº 87/2006). Foi respeitado o anonimato das participantes, de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo consideradas as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza sobre pesquisa em seres humanos.

3. Resultados e Discussão

A peregrinação de mulheres em busca de atendimento ao parto foi uma tônica no cenário estudado. A depender de algumas características atribuídas a essas usuárias, a peregrinação pode se tornar uma vivência comum, experienciada por diversos sujeitos de uma mesma família.

As mulheres que participaram do estudo eram jovens: quatro com idade de 15 a 19 anos; três, 20 a 24 anos; quatro, 25 a 29 anos; duas, 30 a 34 anos e uma, de 35 a 39 anos. Quanto à situação conjugal, treze eram casadas legalmente ou viviam em união estável e uma era solteira. Quanto ao quesito cor, uma depoente se declarou indígena; uma, amarela; duas, brancas; cinco, pretas e cinco, pardas, o que permite afirmar que a maior parte foi da raça negra.

Quanto ao grau de escolaridade, sete mulheres concluíram o ensino médio, três tinham o ensino médio incompleto e quatro, o ensino fundamental incompleto. No tocante à ocupação, quatro se declararam donas de casa e as demais trabalhavam fora nas seguintes funções: caixa de supermercado (1), manicure (1), diarista (2), cozinheira (1), cabeleireira (1), babá (1), empregada doméstica (1) e auxiliar administrativa (1), uma informou ser estudante. Esses dados corroboram os encontrados em uma pesquisa realizada em Salvador, em que foi constatado que a maioria das mulheres que frequentam os serviços públicos de pré-natal e parto possui baixos indicadores socioeconômicos, sendo que a maior parte dessas usuárias tem renda de até dois salários mínimos (RODRIGUES; DOMINGUES; NASCIMENTO, 2011).

Podemos caracterizar as depoentes como mulheres em condição de vulnerabilidade, pois a condição social coloca este grupo em situação de desfavorecimento, existindo uma relação direta entre situação econômica, nível de escolaridade e o quesito raça/cor. Em diversos municípios brasileiros, as pessoas com menor renda e graus mais baixos de escolaridade são da raça/cor negra, logo, para esse grupo, são poucas as oportunidades de educação, informação, instrução e acesso. As baixas condições socioeconômicas oferecem risco de morte às mulheres, visto que o atendimento que lhes é dispensado pode estar comprometido com o pré-natal, de baixa qualidade, quantitativo reduzido de leitos obstétricos, transporte público deficiente para conduzi-las ao serviço, entre outros.

Devido às peculiaridades das relações de gênero predominantes em nossa sociedade, o exercício de atividade remunerada fora da residência implica, invariavelmente, sobrecarga de trabalho para as mulheres. O trabalho fora do lar não as exime das obrigações de donas de casa, configurando a subordinação das mulheres ao fenômeno da dupla jornada de trabalho. Assim, observa-se intensa desigualdade de gênero em relação ao trabalho doméstico, soma-se a isso o período puerperal em que as mães têm a sua carga de trabalho aumentada, pois necessitam cuidar de si e do recém-nascido (NASCIMENTO; RODRIGUES; ALMEIDA, 2007). Como se observa, trata-se de mulheres cujas características de gênero, raça/cor e classe social podem subjugar-las a uma situação socioeconômica desfavorável.

Em relação aos antecedentes obstétricos, sete entrevistadas eram primíparas; cinco, secundíparas e duas, múltíparas. Com referência à última gestação, sete depoentes realizaram entre seis e dez consultas de pré-natal, seis realizaram de uma a cinco e uma mulher referiu não ter realizado nenhum acompanhamento. Essas características remetem à constatação de que o grupo estudado foi composto, em sua maioria, por primigestas, e que elas realizaram, pelo menos, seis consultas de pré-natal, visto que esse é o número mínimo de consultas

recomendadas, de acordo com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Pressupõe-se, então, que muitas dessas mulheres teriam oportunidade suficiente para receberem orientações capazes de reduzir o fenômeno da peregrinação ao final da gestação, caso os serviços públicos de saúde reprodutiva fossem organizados, de modo a atender às especificidades de grupos socialmente vulneráveis.

As gestantes devem ser cuidadas, acompanhadas, examinadas e, juntamente com o(a) acompanhante, receberem orientações claras e objetivas sobre a gestação, a evolução do trabalho de parto, as características fisiológicas e os sinais/sintomas de risco, conforme preconiza o Programa de Humanização no Parto e Nascimento (PHPN). Muitas gestantes seguem percorrendo os serviços de saúde, até serem internadas.

Durante todo o período em que estiveram em busca de uma vaga, a maior parte delas contou com a companhia do marido, seguida por mãe, sogra, tia ou irmãos. Outras mulheres tiveram ao seu lado cunhado(a), amiga, vizinha, filha e enfermeira.

Os dados apontam ainda que o transporte da maioria das mulheres nesses percursos foi viabilizado por carros: de vizinhos, cunhados, irmãos e amigos, seguido pelo uso de ônibus. Foram também citados, com menor expressão, táxi, ambulância, carro próprio e a pé. Vale ressaltar que algumas mulheres precisaram de mais de um meio de transporte para chegar ao local do internamento, apenas uma foi transportada de ambulância.

O transporte da gestante e do feto precisa ser seguro. É mister garantir-lhes a vida, assim, o transporte precisa oferecer segurança no deslocamento da mulher até à rede de atenção à saúde, o fluxo da gestante deve ser organizado através do sistema de referência e contrarreferência para que, assim, possa ser diminuído o intervalo de tempo entre o trabalho de parto e o parto assistido na maternidade.

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro, foi verificado que, das 6.652 mulheres investigadas, 33,5% delas buscaram atendimento em mais de uma maternidade, 70% escolheram a maternidade para parir em virtude da falta de vaga em outra e apenas 1/5 das pacientes que peregrinaram foi transportada de ambulância, o que ratifica o encontrado neste estudo (MENEZES et. al., 2006).

O uso de transporte pertencente a terceiros pode ser problemático para as mulheres, pois, ao serem examinadas e liberadas da primeira maternidade procurada, poderão não contar mais com a presença de um carro à sua espera. Estabelece-se um dilema, como relatado:

Eu não tinha como voltar para casa, fiquei sem saída. Minha irmã e meu cunhado vieram de Sussuarana... a gente ligou para eles virem agora de carro para a maternidade para poder vir me buscar, mas esse percurso é grande! (E.6, percorreu 2 maternidades).

Ao longo da trajetória em busca de uma maternidade onde possam ser internadas, muitas mulheres vivenciam as expectativas do final da gravidez, tendo alguns de seus direitos reprodutivos violados. Além disso, esbarram no problema da falta de vagas nas instituições e desconhecem se o que, de fato, sentem trata-se de um verdadeiro trabalho de parto. O desfecho final até ser admitidas é traduzido em um misto de sentimentos, como raiva, medo e humilhação. As categorias que se seguem discutem essas assertivas.

3.1 A vivência da violação de direitos na busca por atendimento para o parto

A assistência à parturiente deve estar centralizada no atendimento das suas necessidades bio-psico-espirituais. Cada mulher, diante do estado gravídico, vai responder de maneira particular, com base em experiências anteriores, cultura, orientações, histórias de vida, entre outros aspectos. Então, para o profissional, não deve existir uma fórmula, mas sim um protocolo de atendimento que possibilite

organizar a assistência e direcionar o cuidado, no entanto, sem deixar de lado as particularidades e as singularidades de cada mulher que deve ser a protagonista do parto.

Os protocolos de atendimento orientam o manejo no atendimento. Sua implementação é importante para efetivação da integralidade da assistência ao parto, podendo agilizar o atendimento, favorecer a identificação de situações de risco, ajudar a estabelecer prioridades e organizar o fluxo de atendimento e encaminhamento das demandas. Os protocolos podem ser considerados tipos de regras que servirão para direcionar a comunicação entre as partes envolvidas na assistência (ALENCAR, 2014).

Verificou-se que dez depoentes realizaram dois exames de triagem, incluindo o atendimento que gerou a internação. Para quatro gestantes, a internação se efetivou após três ou quatro exames.

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

[...] Eu fiz o pré-natal e tinha o direito de me internar em qualquer maternidade. (E.3, percorreu 2 maternidades).

No estudo, verificou-se que, embora sete tivessem realizado o mínimo de consultas necessárias, não houve garantia de acesso imediato ao internamento. “Os serviços de saúde que prestam assistência durante o pré-natal e aqueles que prestam assistência ao parto parecem não estar integrados, não oferecendo referência e segurança às suas pacientes” (CUNHA et al., 2010, p. 446).

Verifica-se que os direitos reprodutivos estabelecidos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida no Cairo, em 1994, e reafirmada no ano seguinte, em Beijing, na

Conferência Mundial sobre a Mulher, mesmo tendo sido incorporados aos direitos humanos, ainda não são acessíveis para parte significativa da população estudada (BARBIERI, 2007).

Embora o Brasil e outros 178 países tenham assinado, durante a CIPD, um plano de ação sobre população e desenvolvimento para os próximos 20 anos, o que se verifica hoje é que o direito de ter filhos e dispor de meios para tal, bem como o “direito de alcançar o nível mais elevado de sua saúde sexual e reprodutiva”, carece de investimentos por parte do Poder Público (BARBIERI, 2007, p. 64). Neste sentido, é preciso ter em mente que o problema da peregrinação durante o trabalho de parto desvela, além de fragilidades de comunicação, informação e aconselhamento nos serviços de saúde, a insuficiência de leitos obstétricos na rede pública e o despreparo de alguns profissionais. Lacunas importantes que podem repercutir nos índices de mortalidade materna.

Na trajetória em busca de vaga, ao serem examinadas e orientadas a procurar outra instituição, apenas uma mulher teve encaminhamento por escrito. Tal fato demonstra que o encaminhamento formal para outro serviço não foi valorizado pelo profissional que a atendeu.

O registro, caso fosse efetivado pelo profissional, seria uma prova, um documento, que, apesar de não garantir o atendimento, demonstraria segurança e seriedade na lida com a mulher. Esse documento auxiliaria na determinação do fluxo, da trajetória da mulher na rede, poderia ser acompanhado por uma documentação que caracteriza a referência e contrarreferência.

O sistema de referência e contrarreferência é um instrumento de comunicação entre as equipes dos diferentes serviços, um dispositivo de diálogo importante para viabilizar a implantação da integração do SUS, a partir de sua estruturação, o fluxo de encaminhamento das mulheres aos diversos níveis de atenção seria facilitado, seguindo uma lógica de hierarquização do cuidado a ser prestado (DIAS,

2012). Apesar do encaminhamento formal não ser uma garantia de vaga, ele reforça a necessidade de internação, facilitando o acesso às vagas das maternidades. Um sistema de regulação funcional seria uma estratégia para se evitar a peregrinação, de forma que a referência a uma unidade garantiria leito na hora do parto, através das Centrais Estaduais e Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal, conforme preconizado pelo PHPN (BRASIL, 2002).

Diante das falhas do sistema de regulação das gestantes, estas, normalmente, buscam duas alternativas: ou se dirigem a uma unidade de saúde próxima de sua residência, o que não significa que serão atendidas, ou procuram por atendimento em maternidades de maior complexidade, porque elas entendem que abrigam mais recursos (MENEZES et al., 2006).

As depoentes relataram ter recebido diversas orientações dos profissionais na trajetória até a internação, ao serem questionadas sobre a orientação recebida do profissional da unidade na qual foram atendidas, mas não puderam ser internadas nas instituições procuradas. Verificou-se que, na maioria das vezes, as gestantes foram orientadas a voltar para casa por estarem em falso trabalho de parto, além de procurarem outra maternidade por falta de vaga ou problemas institucionais.

Ela (a médica) sabia que eu estava para ter o meu filho e ela só queria me mandar para outro hospital [...] (E.2, percorreu 2 maternidades, sendo atendida 3 vezes na primeira).

Para a entrevistada E2, a peregrinação teve uma conotação de falta de humanização atribuída à profissional que a atendeu na primeira instituição, mas que reflete uma problemática mais abrangente, pois a mesma havia sido examinada por três vezes na primeira maternidade que procurou e só foi admitida após o quarto exame de toque, realizado na segunda maternidade procurada.

Houve atendimentos que resultaram na solicitação para realizar ultrassonografia obstétrica visando a ajudar a definir a conduta. A prescrição de fármacos para o alívio das dores e a recomendação de aguardar algumas horas nos arredores da maternidade para serem examinadas posteriormente, quando os sinais e sintomas fossem mais explícitos, foram condutas adotadas pelos profissionais das maternidades, segundo as depoentes. Entretanto, promoveram sensação de impotência.

Porque eu sabia que a criança já não estava bem, estava sem líquido, e eu não podia fazer nada. A única coisa que eu podia fazer eu já estava fazendo, que era procurando um médico, procurando ajuda, e não estava conseguindo. (E.10, percorreu 2 maternidades, sendo atendida 3 vezes na segunda).

Já tendo obtido a internação, a quase totalidade das depoentes relataram ter ouvido dos profissionais que elas já estavam próximas do período expulsivo, motivo que justificava estarem sendo internadas naquele momento.

3.2 A peregrinação e o falso trabalho de parto

O falso trabalho de parto foi um dos motivos mais relatados pelas depoentes por não conseguirem ser admitidas, de imediato, nas instituições. Pode-se considerar que muitas gestantes têm dificuldade para reconhecer o momento propício de procurar atendimento profissional na hora de parir. “As informações errôneas sobre o parto resultam em situações de crise e de ansiedade, interferindo no desenrolar deste processo” (MOTA et al., 2011, p. 695). A ansiedade também toma conta das pessoas que estão por perto:

A minha família também pensou assim, que não estava na hora (E.11, percorreu 2 maternidades).

O maior número de primíparas no estudo revela que a maioria delas, por não ter experiência em partos anteriores, apresentava dúvidas em relação

aos seguintes aspectos: sinais e sintomas do trabalho de parto; qual instituição devia procurar; como seria a trajetória no processo de internamento. Em alguns casos, as dúvidas presentes nesse período levaram as gestantes a procurarem as maternidades por várias vezes, antes mesmo do trabalho de parto ter sido iniciado.

A insegurança das mulheres que vivenciam o parto é justificada pela falta de conhecimento em relação à dinâmica do trabalho de parto. O espaço de nove meses nem sempre é suficiente para que a gestante adquira todos os conhecimentos necessários que lhe tragam segurança na hora do parto, principalmente quando a mesma é primípara.

Uma entrevistada primigesta relatou:

Eu estava com um pouquinho de sangramento e eu achei que não era normal. Aí, me mandaram ir para casa [...] (E.13, percorreu 2 maternidades).

Duvidosas quanto a estarem ou não em trabalho de parto, algumas gestantes se dirigem precocemente aos serviços na maioria das situações, o que contribui para deslocamentos desnecessários no período de aproximação do parto, compartilhado pelas pessoas mais próximas.

Há que se comentar a insuficiência de informações trazidas do pré-natal realizado por essas mulheres, pondo em relevância o processo de comunicação entre profissionais e usuárias. Os profissionais de Enfermagem, de modo especial, os enfermeiros, considerando que possuem habilidades e conhecimentos para que exerçam a profissão de forma qualificada, são responsáveis pela troca de informações com as usuárias, buscando proporcionar a criação de vínculos e a participação ativa das mulheres durante o período gravídico-puerperal (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Verifica-se que o pré-natal encontra-se deficiente, destacando-se também o pré-natal em gestantes adolescentes, necessitando de maior empenho para

a melhora do atendimento e do planejamento das ações no serviço de saúde (MEDEIROS et al., 2012).

Muitas vezes, os enfermeiros apresentam dificuldades para exercer suas atividades nos serviços de saúde e acabam esbarrando em obstáculos pessoais e/ou institucionais no cotidiano laboral. Isso impede, muitas vezes, que esses profissionais realizem um atendimento adequado, fazendo com que muitas mulheres se afastem das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, com isso, recebam poucas informações para vivenciarem o anteparto e o pós-parto com segurança (NARCHI, 2010). Além disso, sabe-se que o comparecimento às consultas de pré-natal implica despesas e sacrifícios: a gestante precisa afastar-se de sua residência, de seu local de trabalho e até mesmo precisa ter alguém que fique cuidando de seus filhos (BUCHABQUI; ABECHÉ; BRIETZKE, 2011).

A consulta de pré-natal é um espaço no qual gestante e profissional de saúde devem estabelecer um diálogo esclarecedor de dúvidas e promotor de elementos que instrumentalizem para o autocuidado e no cuidado ao seu conceito. No entanto, constatou-se que a assistência pré-natal nos serviços públicos de saúde, no município de Salvador-BA, tendo em vista o PHPN, caracteriza-se por baixa cobertura pelas unidades de saúde da rede básica, tanto de consultas pré-natais quanto de exames básicos quando comparados com outros municípios do Brasil (NASCI-MENTO; RODRIGUES; ALMEIDA, 2007).

Essa situação periclitante não é exclusiva da região Nordeste. Uma pesquisa realizada no Sudeste evidenciou que, com base no PHPN e na Rede Cego-nha, a assistência pré-natal é inadequada na rede do Sistema Único de Saúde, principalmente para as gestantes que possuem menor renda (MARTI-NELLI et. al., 2014).

Embora a quase totalidade das entrevistadas tenha frequentado o pré-natal, sendo que sete tiveram, pelo menos, 6 consultas, as possíveis lacunas existentes no pré-natal de cada uma delas não foram focalizadas no presente estudo.

3.4 A peregrinação e a falta de vaga

A segunda explicação encontrada para o adiamento da admissão à maternidade foi a ausência de vagas no momento do atendimento.

Depois de três tentativas na maternidade a que eu fui, na terceira, que já estava em trabalho de parto para me internar, eu recebi um não, que não tinha vaga (E.4, percorreu 2 maternidades).

Eu tive que ficar sentada no banco lá no meio da praça da maternidade esperando chegar a minha hora de parir, porque não tinha vaga (E.6, percorreu 2 maternidades).

Ao ter sido negada a admissão nas maternidades por falta de vaga, houve entrevistadas que optaram por não retornar para os seus lares por dificuldades de locomoção, financeiras e medo de parir em via pública. Essa problemática assume conotação preocupante, considerando que muitas gestantes, durante a evolução do trabalho de parto, podem requerer intervenções para minimizar problemas e melhorar o seu bem-estar e do conceito. Em um estudo no Rio de Janeiro, a falta de vaga em outro estabelecimento foi o principal motivo para a escolha da maternidade, correspondendo a 70% das mulheres declarantes (MENEZES et al., 2006).

Uma alternativa dirigida para superar, dentre outros problemas, a falta de vagas nas maternidades brasileiras, seria a Lei Maternidade Certa. Em março de 2012, aconteceu uma audiência pública promovida pela Câmara de Vereadores de Salvador, com o objetivo de discutir a regulamentação da Lei Maternidade Certa (Lei Municipal nº 7.851), visando a que toda mulher do município de Salvador saiba, com antecedência, em qual maternidade terá o seu filho. A referida lei foi aprovada em 2009, porém, só foi regulamentada em 2013 (SALVADOR, 2012). Urge a necessidade de implantação real dessa lei com vistas ao princípio da integralidade das ações e serviços, em prol da saúde da mulher em todo o seu ciclo reprodutivo, do pré-parto ao puerpério.

A proposta da Rede Cegonha, lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde e que tem o apoio da Lei Maternidade Certa, é uma estratégia que almeja garantir o acolhimento das gestantes, desde o diagnóstico de gravidez até depois do parto, sob a ótica da humanização da assistência (BRASIL, 2011). A proposta de humanização da assistência ao parto vem ao encontro das mulheres e da sociedade através da oferta, pelo sistema público de saúde, de um serviço que não seja utilizado apenas por quem não tem qualquer outra opção, mas um serviço que devolva, com qualidade, às mulheres o direito de parir em condições que proporcionem sua segurança e a de seu bebê.

Mesmo depois do lançamento nacional da Rede Cegonha e da regulamentação da Lei nº 7.851, em Salvador, a problemática da falta de vagas ainda é realidade na Bahia, uma vez que muitos municípios ainda não aderiram a esse sistema. Além disso, pode-se observar que, na mídia, continuam aparecendo relatos de mulheres que necessitaram percorrer dois ou mais hospitais/maternidades na busca por atendimento e internação para o parto. Daí, o sentido atribuído aos depoimentos das entrevistadas nesta pesquisa.

Estudo realizado no Rio de Janeiro-RJ identificou que 1/3 das mulheres busca assistência em mais de um hospital para parir, não sendo raro transitarem por três ou mais unidades (MENEZES et al., 2006). Já em São Luís-MA, um estudo evidenciou que 40,6% das mulheres receberam atendimento após terem percorrido mais de um serviço de saúde e 40% foram a, pelo menos, duas maternidades. O principal motivo foi a não disponibilidade de leitos para 60% dos casos (CUNHA et al., 2010).

3.5 Raiva, medo, tristeza e humilhação: sentimentos de mulheres na peregrinação para o parto

Deslocar-se do domicílio à maternidade pode ser muito difícil para mulheres pobres e pode ser agravado pelas sucessivas idas e vindas. Tendo em vista todo o desconforto e insegurança experi-

mentados pelas entrevistadas referentes à peregrinação anteparto, elas declararam sentimentos de raiva, medo, tristeza e humilhação diante de toda essa problemática.

O depoimento a seguir exemplifica o sentimento de raiva pelo fato de não ter sido internada de primeira e por que a maternidade em que conseguiu atendimento não era a de sua preferência.

Me deu um pouco de raiva, sim, por não ter conseguido me internar até porque eu preferia (outra instituição), era a minha maternidade de preferência. (E.12, percorreu 2 maternidades).

Muitas mulheres escolhem a instituição aonde irão ser internar por vários motivos, tais como: a localização perto de suas residências e por terem recebido indicação de profissionais de saúde, amigos, vizinhos ou parentes. Porém, quando não conseguem internamento no seu local de preferência, elas ficam sem opção e não sabem em quais instituições devem procurar atendimento e, devido a isso, sentem raiva por ter que peregrinar por outra(s) instituição(ões) em busca de vaga.

Por outro lado, o medo do seu conceito nascer na rua e/ou morrer também foi expresso pelas mulheres que não foram internadas após o primeiro exame de triagem.

Fiquei com medo de meu filho nascer lá, nascer no meio da rua [...] (E.03, percorreu 2 maternidades).

No depoimento abaixo, a entrevistada referiu ter sentido medo, tendo relatado que, na primeira maternidade que procurou, recebeu a orientação de ir para casa e apenas voltar à instituição se a dor ou as contrações aumentassem, o que a deixou mais preocupada. Há situações em que essa pode não ser a orientação mais adequada, entretanto, pode também ocorrer que a gestante/família não receba a informação de forma clara, objetiva e completa o suficiente para tranquilizá-la(s) sobre a permanência ou não do internamento naquela hora, induzin-

do-a a uma trajetória que produz uma peregrinação sofrida e desnecessária.

Eu fiquei com medo da criança morrer [...], e os efeitos vêm depois do parto (E.10, percorreu 2 maternidades, sendo atendida 3 vezes na segunda).

Neste estudo, o fato de algumas mulheres procurarem o internamento, mas não conseguirem vaga, e então receberem a orientação de voltar para casa e esperar a evolução do trabalho de parto, bem como a situação de não ter condições de voltar para casa por motivos financeiros, por falta de acompanhante, pela distância ou pela insegurança de sair da instituição, levam a relatar sentimento de tristeza. Em contrapartida, as que conseguiram voltar para casa se sentiram humilhadas. Esses casos podem ser exemplificados através dos discursos que se seguem:

Eu fiquei triste, eu não tinha como voltar para casa, fiquei sem saída (E.08).

Eu me senti humilhada, muito... de ter voltado para casa (E.6, percorreu 2 maternidades).

Os sentimentos de raiva, medo, tristeza e humilhação, relatados pelas depoentes, expressam o contexto de desamparo e de falta de referência institucional a que ficaram submetidas as gestantes no período compreendido entre a última consulta de pré-natal e o trabalho de parto. Os motivos elencados para tais sentimentos evidenciam o preocupante panorama da assistência obstétrica nesta cidade.

4. Conclusão

A realização do estudo nos possibilitou identificar que os desfechos perinatais podem ser influenciados por determinantes sociais, econômicos e culturais. Assim, a situação de saúde das mulheres de classes sociais desfavorecidas pode ser pior. Essas mulheres, que são usuárias dos serviços públicos de saúde, podem ter o acesso à assistência limitado, visto que esses serviços nem sempre dispõem de vagas suficientes para atender toda a demanda

e, dificilmente, são capazes de oferecer alternativas ao internamento hospitalar nessa fase da gestação.

A peregrinação de mulheres no anteparto é marcada pela vivência de sofrimento e preocupações. A desorganização do sistema de saúde e a desestruturção da rede de atenção são condições que contribuem para que as mulheres vivenciem sentimentos negativos.

A inclusão de alguns elementos na assistência pode favorecer a melhoria do cuidado prestado, tais como: o estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e gestante, com a manutenção de um canal de comunicação que viabilize a escuta ativa, o acolhimento, o acesso, o aprendizado e as ações educativas; a realização de consultas que se estendem até o momento do parto, com encaminhamento da mulher para a maternidade portando o documento de referência, o cartão da gestante e os exames realizados no pré-natal. Essas são algumas das medidas que podem favorecer a organização do fluxo de atendimento ao parto.

Detectou-se a necessidade de reforço ao potencial educativo e informativo do acompanhamento pré-natal e sua capacidade de preparar a gestante para as manifestações comuns ao final da gravidez e a melhor conduta a ser adotada. Sem esse reforço, as gestantes perdem oportunidades para explicitarem seus saberes, trocarem conhecimentos e obterem orientações sobre o período gravídico-puerperal, o que poderia torná-las mais seguras na vivência desse período. Para isso, os enfermeiros devem continuar lutando para estimular as gestantes a frequentarem as consultas de pré-natal e para for-

necer uma consulta qualificada no atendimento, utilizando as suas habilidades e competências.

A relevância do estudo se confirmou pela oportunidade de conhecer, com maior propriedade, esse fenômeno produtor de desconforto, uma vez que implicou deslocamentos desnecessários, desgaste pessoal e familiar e risco de não obter o atendimento necessário em tempo hábil. Dessa forma, deu-se maior visibilidade à peregrinação anteparto.

Ao dar voz às mulheres, a pesquisa permitiu obter dados sobre a (des)assistência à que muitas delas são submetidas na busca por um leito de internação, bem como fez emergir a temática da vivência de violação de direitos. No contexto estudado, observou-se que as instituições pesquisadas ainda mostravam-se praticando uma rotina distante dos fundamentos do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, como política norteadora da atenção obstétrica. Espera-se que, com a efetiva implantação da Rede Cegonha, estratégia de caráter estruturante, o fenômeno da peregrinação deixe, progressivamente, de fazer parte da vivência das mulheres ao final da gestação.

O funcionamento efetivo da Central de Regulação de Leitos e a implementação da Lei Maternidade Certa se constituem forças para garantir o direito das gestantes de serem atendidas, encaminhadas e orientadas em suas necessidades. Assim, elas poderão conhecer, antecipadamente, a maternidade à qual estarão vinculadas, aumentando a segurança na assistência integral no processo de parturição e assegurando o exercício dos direitos reprodutivos livres de imprudência, imperícia ou negligência.

EXPERIENCE OF WOMEN FACING THE PILGRIMAGE FOR CHILDBIRTH

Abstract

This article aimed to describe the experience of women across the pilgrimage for delivery. Qualitative, exploratory study conducted in three public maternity hospitals in Salvador, Bahia. Study participants were 14 mothers who had been interned in these health institutions and were interviewed with the aid of a semi-structured questionnaire. The data produced were organized for analysis with the help of the content analysis technique. In the search for care most were trans-

ported through third-party vehicle, and present the experiences of violation of rights. The main reasons for non-immediate admission was false labor and lack of beds in institutions. Feelings such as anger, fear, sadness and humiliation were common in the speeches of these women. The pilgrimage to which they were submitted demonstrated the disturbing panorama of obstetric care in this city.

Keywords

Women's Health. Health Services Accessibility. Labor Obstetric.

Referências

ALENCAR, C. **Protocolos de Rede**. Conceitos. Disponível em: <<http://www.cristianoalencar.com.br>>. Acesso em: 9 nov. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://abenfo.rede.sindical.com.br/arqs/manuais/066.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>. Acesso em: 15 mar. 2013.

BARBIERI, M. Direitos sexuais e reprodutivos. In: FERNANDES, R.A.Q.; NARCHI, N.Z. **Enfermagem e Saúde da Mulher**. Barueri: Manole; 2007, p. 62-81.

BUCHABQUI, J.A.; ABECHÉ, A.M.; BRIETZKE, E. Assistência pré-natal. In: FREITAS et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CAVALCANTI, P.C.S. **O modelo lógico da rede cegonha**. 2012.

CUNHA, S.F. et al. Peregrinação no anteparto em São Luís-Maranhão. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 441-447, 2010.

DIAS, V.A. **Referência e Contrarreferência: um importante sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência**. Monografia apresentada ao XIV Curso

de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2012.

MARTINELLI, K.G et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 36, n. 2, p.56-64 57, 2014.

MEDEIROS, C.B et al. Prenatal care: perceptions of pregnant adolescents. **Journal of Nursing UFPE** [online], v. 6, n. 3, p. 634-641, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2299>>. Acesso em: 15 set. 2013.

MENEZES, D. et. al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 553-559, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOTA, E.M. et al. Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. **Revista Rene**, v. 12, n. 4, p. 692-698, out./dez. 2011.

NARCHI, N.Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na zona leste da cidade de São Paulo- Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 44, n. 2, p. 266-273, 2010.

NASCIMENTO, E.R.; RODRIGUES, Q.P.; ALMEIDA, M.S. Prenatal care quality indexes of public health services in Salvador, Bahia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 311-315, set. 2007.

PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Es-

tado de São Paulo em 2005 jan./mar. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 1, p. 113-124, 2008.

RODRIGUES, Q.P.; DOMINGUES, P.M.L.; NASCIMENTO. E.R. Perfil sociodemográfico de puérperas usuárias do sistema único de saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 2, p. 242-248, abr./jun. 2011.

SALVADOR. Câmara Municipal. **Lei Maternidade Certa**. 12 dez. 2012. Disponível em: <http://www.cms.ba.gov.br/noticia_int.aspx?id=5044>. Acesso em: 15 set. 2013.

SOUZA, V.B.; ROECKER, S.; MARCON, S.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 199-210, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a06.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

VIEIRA, B.D.; PARIZOTTO, A.P.A.V. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 79-90, jan./jun. 2013.