

Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil

Érida Zoé Lustosa Furtado^I, Keila Rejane Oliveira Gomes^{II}, Silvana Granado Nogueira da Gama^{III}

^I Hospital Universitário. Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI, Brasil

^{II} Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI, Brasil

^{III} Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Identificar os fatores que interferem no acesso de adolescentes e jovens à assistência ao parto na região Nordeste do Brasil.

MÉTODOS: Estudo seccional realizado com 3.014 adolescentes e jovens admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião da realização do parto na região Nordeste do Brasil. O desenho da amostra foi probabilístico, em dois estágios: o primeiro correspondeu aos estabelecimentos de saúde e o segundo às puérperas e seus conceptos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e consulta ao prontuário hospitalar, a partir de formulário eletrônico pré-testado. Utilizou-se estatística descritiva para análise univariada, teste Qui-quadrado de Pearson para análise bivariada, e regressão logística múltipla para análise multivariada. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, antecedentes obstétricos e aquelas relacionadas à assistência ao parto.

RESULTADOS: Metade das adolescentes e jovens entrevistadas não foi orientada sobre o local que deveria procurar para o parto, e entre aquelas que foram orientadas, 23,5% não realizaram o parto no serviço de saúde indicado. Além disso, 1/3 (33,3%) teve que peregrinar em busca de assistência ao parto, sendo que a maioria (66,7%) das puérperas chegou à maternidade por meios próprios. Na análise bivariada, as variáveis situação conjugal, trabalho remunerado, plano de saúde, número de gestações anteriores, paridade, localização do município e tipo de estabelecimento mostraram associação significativa ($p < 0,20$) com o acesso inadequado à assistência ao parto. Na análise multivariada, adolescentes e jovens que mantinham laços conjugais ($p < 0,015$), não possuíam plano de saúde ($p < 0,002$) e eram procedentes do interior ($p < 0,001$) tinham mais chance de acesso inadequado ao parto.

CONCLUSÕES: Adolescentes e jovens que mantêm laços conjugais, não possuem plano de saúde ou são procedentes do interior têm maior chance de apresentar acesso inadequado ao parto. A articulação entre o atendimento ambulatorial e a assistência ao parto pode melhorar esse acesso e, conseqüentemente, minimizar os riscos materno-fetais decorrentes da falta de planejamento sistêmico para a internação.

DESCRITORES: Gravidez na Adolescência. Tociologia. Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto. Acesso aos Serviços de Saúde. Desigualdades em Saúde.

Correspondência:

Érida Zoé Lustosa Furtado
Rua Jornalista Dondon, 2933 apto.
2004 Horto Florestal
64052-850 Teresina, PI, Brasil
E-mail: eridazoe@hotmail.com

Recebido: 19 fev 2014

Aprovado: 10 jun 2015

Como citar: Furtado EZL, Gomes KRO, Gama SGN. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. Rev Saude Publica. 2016;50:23.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Para satisfazer suas necessidades na área de saúde, o usuário precisa ultrapassar uma etapa essencial: o acesso aos serviços¹⁸. Estudos sobre o acesso aos serviços de saúde podem contribuir para a organização da assistência, ao permitir o estabelecimento de níveis de cobertura e a identificação de populações prioritárias para atenção à saúde. Além disso, auxiliam no estabelecimento de políticas públicas que assegurem acesso universal e igualitário e na reorganização dos sistemas, a fim de minimizar iniquidades em saúde¹⁰.

No Brasil, a década de 1990 foi caracterizada pela grande expansão da atenção primária à saúde, especialmente pela implantação dos programas Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família. Após o ano 2000, as desigualdades de renda entre pobres e ricos começaram a diminuir, o que pode ser atribuído, em grande parte, aos programas de transferência de renda e ao aumento dos salários da mão de obra pouco qualificada. Além disso, grandes investimentos na educação básica durante os anos 1990 resultaram na melhoria da educação das mães brasileiras em patamares nunca antes alcançados. Essas mudanças contribuíram para a melhoria da atenção ao parto e ao nascimento no País²².

Embora a cobertura do atendimento pré-natal e do parto seja elevada, essas etapas de atendimento à gestante permanecem mal integradas. Há dificuldade para se obter internação no momento do parto, fato ainda relevante para a morbimortalidade materna e infantil, refletindo a falta de organização do sistema de saúde quanto ao sistema de referência, contrarreferência, transporte e comunicação eficazes. Isso ocorre predominantemente nas instituições públicas, onde dificilmente se estabelece vínculo entre a gestante e o sistema de saúde, o que contribui para o desconhecimento da história da gestação e para a falta de planejamento da internação para o parto^{4,13,15}.

Na América Latina e Caribe, as maiores taxas de parto com assistência médica e hospitalar foram observadas na República Dominicana, Brasil e Colômbia¹⁹. Considerando-se que 95,0% dos partos que ocorrem no Brasil são hospitalares, é pertinente a discussão do acesso às maternidades. Quanto maior a distância a ser percorrida pela gestante, mais difícil é o acesso aos serviços e, em condições de peregrinação em busca de atendimento, o trabalho de parto em andamento torna-se complicado e de risco. Tal situação pode reduzir a chance de um atendimento adequado, visto que muitos serviços de saúde não dispõem de infraestrutura para atendimento de maior complexidade, especialmente na região Nordeste, que possui o menor número de estabelecimentos com unidade de terapia intensiva neonatal para cada 1.000 nascidos vivos²⁴.

Desse modo, a determinação do risco de uma gestante torna-se inútil se o acesso à maternidade de referência não ocorrer em tempo oportuno. Dentre os motivos para tal atraso destacam-se as longas distâncias a serem percorridas e a falta de um sistema de transporte eficaz, bem como de comunicação e referenciamento adequados¹⁵.

O presente estudo teve por objetivo identificar fatores que interferem no acesso de adolescentes e jovens à assistência ao parto na região Nordeste do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de estudo seccional, correspondente a recorte de pesquisa mais ampla realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), intitulada “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”. A metodologia está detalhada em Leal et al.¹⁴ (2012).

Os sujeitos da pesquisa foram as puérperas adolescentes e jovens, com idades de 12 a 24 anos, admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião da realização de parto, na Região Nordeste do Brasil. Essa faixa etária foi escolhida porque a gravidez nesses grupos, sobretudo na adolescência, está associada à maior vulnerabilidade social. Além disso, a ocorrência de gravidez na adolescência pode acarretar consequências negativas à saúde da mãe²⁰ e resultados

neonatais adversos, como baixo peso ao nascer e prematuridade, consideradas importantes causas de morte infantil e neonatal²³. Ademais, essa população apresenta barreiras de acesso, como geográficas, econômicas, oferta de serviços em horários incompatíveis com as necessidades do usuário e baixa disponibilidade de profissionais preparados para atender essa clientela⁶.

A amostra do estudo base foi estratificada por Grande Região Geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), por localização do município (capital e interior), e por tipo de estabelecimento (público, privado e misto), considerando que há variações na ocorrência de cesarianas. Os estabelecimentos de saúde foram classificados conforme informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, sendo categorizados como mistos os estabelecimentos privados conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, foram compostos 30 estratos amostrais que incluíram todos os estados brasileiros. Os estabelecimentos de saúde selecionados em cada uma das cinco macrorregiões constituíram cinco substratos: capital, interior, público, privado, e público e privado. A amostragem probabilística em dois estágios foi utilizada em cada estrato para definir, a princípio, a amostra correspondente aos estabelecimentos de saúde e, em seguida, as puérperas e seus conceitos (recém-nascido vivo ou natimorto).

O tamanho da amostra em cada estrato foi calculado com base na taxa de cesariana no Brasil no ano de 2007, obtendo-se amostra mínima de 341 mulheres por estrato. Como a amostragem realizada foi por conglomerados, utilizou-se um efeito de desenho de 1,3, totalizando amostra de aproximadamente 450 puérperas por estrato. Quanto aos estabelecimentos de saúde, o total de 266 hospitais foram amostrados para o estudo base, sendo que o número de estabelecimentos sorteados variou de cinco a 39, dependendo do tamanho do substrato. Dentro de cada substrato, por sua vez, os estabelecimentos tiveram uma probabilidade de seleção proporcional ao tamanho. Portanto, cada hospital incluído no estudo teve o mesmo tamanho amostral, igual a 90 pares de puérperas e seus conceitos¹⁴.

Para assegurar que as estimativas obtidas fossem semelhantes ao número de nascimentos da população amostrada em 2011, realizou-se procedimento de calibração, em que a ponderação dos dados foi calculada pelo inverso da probabilidade de inclusão de cada puérpera na amostra. Assim, os resultados obtidos são estimativas da população de puérperas estudadas (337.451), baseados na amostra de 3.014 adolescentes e jovens entrevistadas.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, realizada por entrevistadoras previamente treinadas pela coordenação central do estudo base.

Foram elegíveis para a amostra do estudo as instituições de saúde que registraram 500 partos/ano ou mais. Nesses estabelecimentos, participaram do estudo puérperas que conceberam recém-nascidos (vivos ou natimortos) com idade gestacional ≥ 22 semanas gestacionais ou peso ao nascer ≥ 500 g. Foram excluídas mulheres que realizaram parto fora daqueles estabelecimentos de saúde, com distúrbio mental grave, desabrigadas, estrangeiras que não compreendiam a língua portuguesa, surdas ou mudas, e as que estavam impedidas por ordem judicial.

Para a coleta de dados do estudo-base foram utilizados três formulários eletrônicos: o primeiro foi aplicado à puérpera, pelo menos seis horas após o parto; o segundo foi preenchido com base em dados do prontuário clínico, e o terceiro, aplicado por telefone à mãe entre o 45º e 60º dia pós-parto. Para este estudo selecionaram-se questões de interesse contidas no primeiro e no segundo formulários.

As variáveis selecionadas foram relativas a dados sociodemográficos (faixa etária, situação conjugal, escolaridade, trabalho, classe econômica e plano de saúde), antecedentes obstétricos (número de gestações anteriores e paridade) e as variáveis referentes à assistência ao parto (orientação sobre o local do parto, fez o parto no local indicado, procurou atendimento em outro local, como chegou à maternidade, e presença do acompanhante).

Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 17.0. Para a análise univariada foi usada estatística descritiva. Na bivariada, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) ou o teste exato de Fisher, conforme adequação. Para explicar o efeito conjunto das variáveis independentes sobre a variável dependente acesso à assistência ao parto, utilizou-se a Regressão Logística Múltipla. O critério para inclusão de variáveis no modelo logístico foi a associação com as características socioeconômicas e aspectos reprodutivos em nível de $p < 0,20$ na análise bivariada¹¹. No modelo, por sua vez, considerou-se associação com valor de $p < 0,05$.

O termo “acesso” foi usado para designar o ato de ingressar nos serviços de assistência ao parto em tempo oportuno, visto que a dificuldade de acesso prejudica a obtenção de atenção adequada e pode causar o adiamento do cuidado em saúde, contribuindo para a ocorrência de problemas adicionais à saúde da mulher e do conceito. Dessa forma, considerou-se que as

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e antecedentes reprodutivos das puérperas adolescentes e jovens da região Nordeste do Brasil, 2012.

Variável	n	%
Caracterização sociodemográfica		
Faixa etária (anos)		
12-19	1.320	43,8
20-24	1.694	56,2
Situação conjugal		
Não mantém laços conjugais	674	22,4
Mantém laços conjugais	2337	77,6
Escolaridade		
Ensino Fundamental completo e menos	1.642	54,6
Ensino Médio incompleto e mais	1.363	45,4
Trabalha		
Não	2.511	83,3
Sim	502	16,7
Classe econômica		
A + B + C	1.474	49,3
D + E	1.516	50,7
Tem plano de saúde		
Não	2.735	90,9
Sim	274	9,1
Origem		
Interior	2.401	79,7
Capital	613	20,3
Tipo de estabelecimento		
Sistema Único de Saúde	1.599	53,1
Misto	1.276	42,3
Privado	139	4,6
Antecedentes reprodutivos		
Número de gestações anteriores		
Primigesta	1.749	58,1
Uma	748	24,8
Duas ou mais	515	17,1
Paridade		
Primípara	1.956	64,9
Um parto anterior	687	22,8
Dois ou mais partos anteriores	371	12,3

puérperas adolescentes e jovens que peregrinaram em busca de assistência ao parto tiveram acesso inadequado, enquanto as demais obtiveram acesso adequado ao serviço de saúde.

Como ponto de corte para o diagnóstico de multicolinearidade, foi adotado um fator de inflação da variância acima de quatro^a. Contudo, o teste não detectou multicolinearidade entre as variáveis independentes estudadas.

A realização deste estudo como um recorte do estudo base foi autorizada pela coordenação central, mediante análise do projeto e de termo de responsabilidade de informações para a utilização de parte do banco de dados. O estudo base foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fiocruz (Parecer 92/10) e das instituições de saúde em que se coletaram os dados, obedecendo aos princípios ético-legais norteadores de pesquisas envolvendo seres humanos, dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A idade das participantes deste estudo variou de 12 a 24 anos, com média aproximada de 20 anos (DP = 2,84) e predomínio da faixa etária de 20 a 24 anos (56,2%). A maioria das adolescentes e jovens referiu ter laços conjugais (77,6%), escolaridade de até o ensino fundamental (54,6%) e pertencer às classes econômicas D e E (50,7%). Menos de 1/5 das entrevistadas tinha trabalho remunerado (16,7%) e quase a totalidade (90,9%) não possuía plano de saúde. Parcela significativa das adolescentes e jovens estudadas era procedente do interior (79,7%) e mais da metade recebeu atendimento pelo SUS (53,1%). Quanto aos aspectos reprodutivos, 58,1% das entrevistadas eram primigestas e, entre aquelas que já haviam engravidado, 22,8% tinham apenas um parto (Tabela 1).

O acesso inadequado ao parto ocorreu para 32,2% das puérperas adolescentes e jovens. Quanto à caracterização da população no que se refere ao acesso à assistência ao parto, observou-se que 50,0% das entrevistadas não foram orientadas sobre o local que deveriam procurar para o parto. Entre aquelas que foram orientadas, 23,5% não realizaram o parto no serviço de saúde que foi indicado e 1/3 (33,3%) teve que peregrinar em busca de assistência ao parto. Duas em cada três puérperas (66,7%) chegaram à maternidade por meios próprios ou outros e 76,7% referiram a presença do acompanhante durante a internação (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das puérperas segundo variáveis relacionadas ao acesso ao local do parto. Região Nordeste do Brasil, 2012.

Variável	%	IC95%
Acesso inadequado ao parto	32,2	
Fez o parto no local indicado*		
Sim	76,5	71,3–81,0
Não	23,5	19,0–28,7
Orientada sobre o local do parto		
Sim	50,0	46,6–53,9
Não	50,0	46,6–53,9
Procurou atendimento em outro local		
Sim	33,3	28,1–38,9
Não	66,7	61,1–71,9
Como chegou à maternidade		
Meios próprios ou outros	67,6	63,0–71,8
Ambulância ou viaturas oficiais	32,4	28,2–37,0
Teve acompanhante		
Sim	76,7	70,0–82,3
Não	23,3	17,7–30,0

* Pergunta feita apenas às entrevistadas que afirmaram ter recebido orientação sobre o local do parto.

^a Garson GD. Statnotes: topics in multivariate analysis. Reliegh: NC State University; [s.d.] [citado 11 jul 2013]. Disponível em: <http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/pa765/statnote.htm>

Tabela 3. Análise bivariada e modelo de regressão logística múltipla para o acesso inadequado à assistência ao parto de puérperas adolescentes e jovens. Região Nordeste do Brasil, 2012.

Variável	Acesso inadequado ao parto				
	Bivariada		p ^a	Multivariada	
	Sim (%)	Não (%)		ORa (IC95%)	p ^b
Faixa etária (anos)					
12-19	34,6	65,4	0,362	-	-
20-24	32,3	67,7			
Situação conjugal					
Não mantém laços conjugais	28,5	71,5	0,016	1	0,015
Mantém laços conjugais	34,7	65,3		1,34 (1,05–1,71)	
Cor da pele relatada					
Branca	33,2	66,8	0,975	-	-
Não branca	33,3	66,7			
Sabe ler e escrever					
Não	36,1	63,9	0,673	-	-
Sim	33,3	66,7			
Escolaridade					
Ensino Fundamental completo e menos	33,2	66,8	0,952	-	-
Ensino Médio incompleto e mais	33,4	66,6			
Trabalha					
Não	34,1	65,9	0,062		-
Sim	29,2	70,8			
Classe econômica					
A + B + C	31,8	68,2	0,241	-	-
D + E	35,1	64,9			
Plano de saúde					
Não	34,7	65,3	< 0,001	1	0,002
Sim	20	80		0,45 (0,28–0,73)	
Origem					
Capital	31,5	68,5	< 0,001	1	< 0,001
Interior	40,5	59,6		1,26 (1,42–3,58)	
Tipo de estabelecimento					
SUS	26,9	73,1	< 0,001	-	-
Misto	44,1	55,9			
Privado	9,4	90,6			
Nº gestações anteriores					
Até uma	34,4	65,6	0,060		-
Duas ou mais	28	72			
Paridade					
Até um	34	66	0,179	-	-
Dois ou mais	28,2	71,8			
Aborto anterior					
Não	30,1	69,9	0,542	-	-
Sim	33,2	66,8			
Nº de abortos anteriores					
Até um	30,7	69,3	0,519	-	-
Dois ou mais	37,7	62,3			
Gravidez desejada					
Não	31,2	68,8	0,280	-	-
Sim	33,2	66,8			

^a Teste Qui-quadrado ou de Fisher, significativo p < 0,200.

^b Regressão logística múltipla, significativo p < 0,05.

Valores estatisticamente significativos estão apresentados em negrito.

Os dados da Tabela 3 mostram que houve associação significativa ($p < 0,05$) entre manter laço conjugal, não possuir plano de saúde e ser procedente do interior com o acesso inadequado à assistência ao parto.

DISCUSSÃO

Adolescentes e jovens que mantinham laços conjugais, não possuíam plano de saúde ou eram procedentes do interior tiveram maior chance de apresentar acesso inadequado ao parto. Além disso, metade das puérperas não foram orientadas sobre o local do parto, e entre as que foram orientadas, parcela significativa não conseguiu atendimento no local indicado. Gravidez na adolescência é mais frequente entre as populações de menor renda familiar e com baixa escolaridade. Esse grupo inicia a vida sexual, engravida e pari mais precocemente quando comparado aos demais grupos de mulheres^{12,16}. A região Nordeste é considerada uma das mais pobres e de mais difícil acesso aos serviços de saúde do País¹⁶, o que pode explicar a elevada incidência de gravidez na adolescência, bem como as precárias condições socioeconômicas das participantes desta pesquisa.

As demandas por serviços de saúde resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais da população. A utilização desses serviços tem entre seus determinantes as características sociodemográficas dos indivíduos³. No Brasil, observa-se que grupos que mais apresentam necessidades de saúde são justamente aqueles que têm maior dificuldade de acessar e utilizar os serviços de atenção à saúde²¹.

Verificou-se neste estudo que as puérperas adolescentes e jovens que mantinham laços conjugais apresentaram maior propensão de inadequação no acesso à assistência ao parto. O que pode ter contribuído para essa associação é o fato de que certas condições sociais, como o compromisso conjugal e familiar, aliados ao baixo nível socioeconômico e à falta do exercício de atividade remunerada, não permitem que elas possam pagar alguém para cuidar da casa e das crianças que já possuem, o que influencia negativamente o autocuidado à saúde dessas mulheres.

Não possuir plano de saúde apresentou relevante associação com o acesso inadequado aos serviços de atenção ao parto. Tem sido mostrado que a utilização de planos de saúde está diretamente relacionada à renda familiar⁵ e que os serviços de saúde públicos são majoritariamente utilizados por indivíduos com condições socioeconômicas desfavoráveis, tendo o SUS assistido a mais de 80,0% das parturientes adolescentes^{7,16}.

Estudo que investigou o acesso aos serviços de saúde de adolescentes e adultos na cidade de Pelotas, RS, observou a presença de demanda reprimida, em especial na população sem plano de saúde, e concentração dessa demanda entre os grupos mais pobres. Essa evidência sugere que a desigualdade no acesso aos serviços de saúde no Brasil tem origem no arranjo institucional que permite duplo acesso ao sistema para os indivíduos que têm capacidade de pagamento. De modo semelhante, a evidência empírica internacional corrobora a presença de iniquidades em sociedades que optam por sistemas de saúde mistos no financiamento¹⁷.

Adolescentes e jovens residentes no interior apresentaram maior chance de acesso inadequado ao parto. No Brasil, os serviços de saúde se concentram nas áreas urbanas, capitais e zonas centrais, em detrimento das zonas rurais, das áreas mais pobres e periféricas. Com isso, quanto menor o tamanho populacional, maior o deslocamento da parturiente, provavelmente pela concentração de estabelecimentos com leitos obstétricos nas grandes cidades. Adicionalmente, fatores socioeconômicos e culturais contribuem para grande desigualdade na oferta e maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde².

Desse modo, os resultados constatados reforçam o pressuposto de que a possibilidade de usar determinada assistência está associada, dentre outros fatores, à renda do indivíduo e à cobertura por plano de saúde. Esse cenário reproduz as desigualdades sociais no interior do sistema, na medida em que as chances de escolha dos serviços estão limitadas por esses fatores³.

Contudo, embora nas últimas décadas tenham sido implementadas várias políticas direcionadas à saúde materno-infantil, com avanços importantes nos indicadores de saúde do País, ainda persistem iniquidades a serem superadas. Exemplo dessas iniquidades é o acesso inadequado à assistência ao parto significativamente associado a não utilização de plano de saúde observado neste estudo. Desse modo, é premente a necessidade de assegurar o acesso de todas as cidadãs a ações de saúde pública resolutivas e de boa qualidade, especialmente quando se consideram as mulheres dos estratos mais vulneráveis econômica e socialmente e das regiões mais pobres do país, na maioria usuárias do SUS.

Quanto à orientação da gestante durante o pré-natal sobre a unidade hospitalar a ser procurada no momento do parto, apenas metade das mães a receberam. Esse percentual foi inferior ao verificado em pesquisa nacional realizada em 2009, quando cerca de 60,0% das mães informaram ter recebido essa orientação e quase 90,0% dos nascimentos ocorreram na primeira maternidade procurada no momento do parto¹⁶. O presente resultado reforça o observado em pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro⁸ e denuncia a fragilidade ou até a inexistência de sistema regionalizado de atenção ao parto, além da inadequação da oferta de leitos à demanda, podendo potencializar riscos maternos e neonatais, pois na vigência de intercorrências obstétricas contribui para a perda do momento oportuno da assistência que poderia evitar complicações fatais.

A região Nordeste é a que apresenta o menor percentual em relação a essa orientação, embora o seu fornecimento seja responsabilidade dos profissionais que assistem a mulher¹⁶. Todavia, a elaboração de um sistema de atenção à gestação e ao parto que defina este fluxo depende da organização das autoridades competentes. No entanto, isso só faz sentido em cidades ou microrregiões onde existe mais de uma maternidade, pois a inexistência dessa organização transfere às mulheres o ônus de procurar e encontrar maternidades que tenham disponibilidade de vagas quando entram em trabalho de parto¹⁶.

Mesmo entre aquelas que foram orientadas, expressivo número de adolescentes e jovens não conseguiu realizar o parto no serviço de saúde indicado, tendo cerca de 1/3 dessas que deslocar-se a outro serviço para procurar atendimento. Desse modo, a continuidade da atenção ao pré-natal e ao parto, embora de suma importância e a despeito de seu amparo legal, por meio da Lei 11.634 de 27 de dezembro de 2007^b, não tem sido efetivada. Mesmo quando a gestante busca os hospitais que lhe são indicados, o binômio pré-natal-parto nem sempre é contemplado pelos serviços, uma vez que as unidades básicas realizam encaminhamentos formais aos hospitais de referência, que não se concretizam¹.

A situação é ainda mais crítica quando as pacientes que peregrinam têm de buscar assistência em outro estabelecimento pelos próprios meios^{4,15}. Nesse estudo, pouco menos de 1/3 das entrevistadas foram transportadas por ambulância, tendo as demais que recomeçar a sua busca por local adequado para o parto por conta própria, o que reforça a falta de hierarquização da rede também com um sistema de transporte e comunicação adequados no Nordeste. Além de qualquer expectativa de internação não atendida mostrar as fragilidades na atenção ao parto, pode ainda ser prejudicial às parturientes, que muitas vezes estão em trabalho de parto ou em situações de risco e as longas caminhadas à procura de vagas para parir constitui risco potencial para o desfecho materno-fetal^{4,15}.

Outro ponto relevante a se considerar na assistência ao parto de adolescentes e jovens é o suporte afetivo à mulher durante o trabalho de parto e o parto, crescentemente enfatizado, seja para romper com a solidão imposta a ela por rotinas institucionais tradicionalmente estabelecidas, seja por propiciar resultados obstétricos e neonatais mais favoráveis⁹. Esses motivos levaram à promulgação da Lei 11.108 em abril de 2005^c, que garante a presença de acompanhante no parto e pós-parto nas maternidades do SUS.

A presença de acompanhante aumentou substancialmente quando comparada à observada no ano de 2009, quando a região Nordeste obteve a menor frequência dessa variável em relação aos percentuais obtidos no restante do País. Entretanto, a frequência dessa variável ainda mostrou-se aquém do desejado. Acredita-se que limitações na infraestrutura de

^b Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial Uniao*. 28 dez 2007.

^c Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial Uniao*. 8 abr 2005.

grande parte das maternidades brasileiras para acolher um acompanhante escolhido pela mulher, sem comprometer a privacidade de outras, tem dificultado a implementação desta medida. Há também resistência por parte das instituições, por temerem que a presença de acompanhante venha a atrapalhar a rotina de trabalho estabelecida¹⁶.

Portanto, o sistema de saúde é constantemente desafiado a não considerar a prática de atenção ao parto como procedimento isolado, desvinculado da atenção pré-natal, e a criar estratégias de articulação dos diferentes níveis de complexidade da atenção. Essa dificuldade de acesso aos serviços de saúde leva a mortes evitáveis que ocorrem nas regiões Norte e Nordeste, tanto maternas quanto fetais e neonatais, ainda que a taxa de nascimentos institucionalizados no País tenha aumentado de 91,0% para 98,0%¹⁶.

Desse modo, a indissociabilidade entre assistência pré-natal e parto é de extrema importância e deve ser levada em consideração pelos gestores em saúde, haja vista a elevada vulnerabilidade desse grupo populacional. Nesse sentido, com a implantação do programa governamental Rede Cegonha, espera-se ampliar e qualificar, especialmente nas regiões mais carentes, a assistência à gestante e ao recém-nascido, proporcionando dignidade, humanidade e segurança ao parto e ao nascimento^d.

Diante do exposto, infere-se que reformas importantes devem ser efetuadas na atenção ao parto na região Nordeste. Assim, toda gestante, ao ingressar na assistência pré-natal, deve ser informada sobre a maternidade que deve procurar no momento do parto. Na ausência de vagas na maternidade procurada, a gestante deve ser encaminhada para outra maternidade via central de leitos e jamais deve peregrinar em busca de vaga por conta própria, como ainda se observou para percentual significativo das puérperas deste estudo.

Portanto, a hipótese deste estudo se confirmou, restando como desafio para o sistema de saúde a articulação entre o atendimento ambulatorial e a assistência ao parto, especialmente nas instituições públicas, onde dificilmente se estabelece vínculo entre a gestante e o sistema de saúde, o que leva à falta de planejamento da internação para o parto.

REFERÊNCIAS

1. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectivas das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Saude Publica*. 2009;43(1):98-104. DOI:10.1590/S0034-89102009000100013
2. Almeida WS, Szwarcwald CL. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2012;46(1):68-76. DOI:10.1590/S0034-89102012005000003
3. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(11):2865-75. DOI:10.1590/S1413-81232012001100002
4. Barbastefano PS, Girianelli VR, Vargens OMC. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. *Rev Gaucha Enferm*. 2010;31(4):708-14. DOI:10.1590/S1983-14472010000400014
5. Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2011;45(3):475-84. DOI:10.1590/S0034-89102011005000024
6. Carvacho IE, Mello MB, Morais SS, Silva JLP. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Rev Saude Publica*. 2008;42(5):886-94. DOI:10.1590/S0034-89102008000500014
7. Cesar JA, Mendonza-Sassi RA, Gonzáles-Chica DA, Mano PS, Gourlat-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(5):985-94. DOI:10.1590/S0102-311X2011000500016
8. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):425-37. DOI:10.1590/S0102-311X2012000300003

^d Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diario Oficial Uniao*; 27 jun 2011.

9. Enkin MW, Keirse M, Neilson JP, Crowther CA, Duley L, Hodnett ED et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.
10. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):595-603. DOI:10.1590/S0034-89102009005000040
11. Hosmer DW Jr, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 2004.
12. Kassab SB, Lima MC, Albuquerque MFM, Barbieri MA, Gurgel RQ. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2006;6(4):397-403. DOI:10.1590/S1519-38292006000400006
13. Leal MC, Gama SG, Campos MR, Cavalini LT, Garbato LS, Brasil CL et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Suppl 1):S20-33. DOI:10.1590/S0102-311X2004000700003
14. Leal MC, Silva AAM, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012;9:15. DOI:10.1186/1742-4755-9-15
15. Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saude Publica*. 2006;22(3):553-9. DOI:10.1590/S0102-311X2006000300010
16. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006; dimensões do processo reprodutiva e da saúde da criança. Brasília (DF): 2009. (Série G. Estatística e informação em saúde).
17. Paris V, Devaux M, Wei L. Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. *OECD Health Working Papers*. 2010;(50). DOI:10.1787/5kmxfq9qbnr-em
18. Santos L, Andrade LOM. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(11):2876-8. DOI:10.1590/S1413-81232012001100003
19. Souza JP, Parpinelli MA, Amaral E, Cecatti JG. Assistência obstétrica e complicações graves da gestação na América Latina e Caribe: análise das informações obtidas a partir de inquéritos demográficos de saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(6):396-401. DOI:10.1590/S1020-49892007000500008
20. Usta IM, Zoorob D, Abu-Musa A, Naasan G, Nassar AH. Obstetric outcome of teenage pregnancies compared with adult pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(2):178-83. DOI:10.1080/00016340701803282
21. Victora CG, Matijasevich A, Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan*. 2010;25(4):253-61. DOI:10.1093/heapol/czp065
22. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4
23. Viellas EF, Gama SGN, Theme Filha MM, Leal MC. Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(3):443-54. DOI:10.1590/S1415-790X2012000300001

Financiamento: Fundação para Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – edital 057/2009).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: EZLF e KROG. Análise e interpretação dos dados: EZLF e KROG. Redação do manuscrito: EZLF; KROG e SGNG. Revisão crítica: EZLF; KROG e SGNG. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.