



Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

SAÚDE DA MULHER: MOTIVOS DE ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA ÀS GESTANTES RESIDENTES NAS ÁREAS DE ATUAÇÃO DAS ESF NO SETOR HABITACIONAL DO SOL NASCENTE, CEILÂNDIA – DF, 2014-2015.

Jeane Kelly Silva Santos

Brasília, julho de 2016



Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

SAÚDE DA MULHER: MOTIVOS DE ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA ÀS GESTANTES RESIDENTES NAS ÁREAS DE ATUAÇÃO DAS ESF NO SETOR HABITACIONAL DO SOL NASCENTE, CEILÂNDIA – DF, 2014-2015.

Jeane Kelly Silva Santos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde (área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde).

ORIENTADORA: PROFA. DRA. PATRÍCIA MARIA FONSECA ESCALDA

CO-ORIENTADOR: PROF. DR. BREITNER LUIZ TAVARES

Brasília, julho de 2016

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

SSA237 Santos, Jeane
s Saúde da Mulher: motivos de atendimento no serviço
de atendimento obstétrico às gestantes residentes nas
áreas de atuação das equipes de Estratégia Saúde da
Família no Setor Habitacional Sol Nascente, Ceilândia
DF, 2014-2015. / Jeane Santos; orientador Patrícia
Escalda; co-orientador Breitner Tavares. -- Brasília,
2016.
80 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências e
Tecnologias em Saúde) -- Universidade de Brasília,
2016.

1. Saúde. 2. Gestação. 3. Urgência. 4. Atenção
Básica. I. Escalda, Patrícia, orient. II. Tavares,
Breitner, co-orient. III. Título.

Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Breitner Luiz Tavares – Presidente
FCE/Universidade de Brasília

Prof.^a DR.^a Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira
FCE/Universidade de Brasília

Prof.^a DR.^a Sílvia Maria Ferreira Guimarães
FCE/Universidade de Brasília

Prof.^a DR.^a Rosamaria Giatti Carneiro-Suplente
FCE/Universidade de Brasília

Brasília, julho de 2016

AGRADECIMENTOS

Ao meu DEUS porque esteve sempre ao meu lado não me deixando olhar para as dificuldades nem desanimar, Dele veio minha força para este trabalho;

Ao meu esposo, por ter sido sempre minha base de apoio, confiando que eu iria conseguir;

Ao meu amado e estimado filho, que sempre compreendeu minha rotina e me ajudou muito da maneira dele;

À minha família em especial meu amado e querido paizinho (in memorian), por sempre ter me ajudado nas horas mais difíceis, confiando nas minhas escolhas e proferindo palavras de benção e a minha mãe (in memorian);

À minha estimável professora e orientadora Patrícia Escalda por mais acreditar na concretização deste trabalho;

À parceria do estimado e amigo colaborador Rafael de Castro Catão por contribuir com a produção do mapa deste trabalho;

A todo corpo docente e em especial à banca examinadora da UnB - FCE, professor Breitner Tavares, as professoras Clélia Maria, Silvia Guimarães e Rosamaria que oportunizaram e contribuíram para minha titulação;

E por fim, aos amigos Karine Wlasenko Diogo Lemos, Mábila Milhomem, Patrícia Magna, Ludmila Silva, Fabiana Barbosa, Bárbara e Lilian de Paula que sempre estiveram ao meu lado me ajudando, acreditando, tendo paciência nos momentos de aflição dando palavras de ânimo e força.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	iv
LISTA DE TABELAS	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGAS	viii
LISTA DE FIGURA	x
RESUMO.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUÇÃO	12
1 REVISÃO DA LITERATURA	18
1.1 Sistemas de Saúde e Modelos de Proteção Social	18
1.2 Sistema Único de Saúde (SUS).....	20
1.3 Políticas de Saúde	21
1.3.1 Políticas de Saúde e Atenção Primária à Saúde	24
1.3.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) no contexto das Políticas de Saúde	26
1.3.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no contexto das Políticas de Saúde	29
1.4 Acesso na Utilização dos Serviços de Saúde	31_Toc453264380
1.5 A Importância da Territorialização	35
2 OBJETIVOS	37
2.1. Objetivo geral.....	37
2.2. Objetivos específicos	37
3 METODOLOGIA	38
3.1 Participantes da pesquisa	38
3.2 Tipo de estudo.....	38
3.3 Local do estudo	38
3.4 Organizações dos serviços de saúde	39
3.5 Fontes de dados e instrumentos de coleta	39
3.6 Processamento e análise dos dados.....	41
3.7 Considerações éticas	41
4 RESULTADOS.....	43
5 DISCUSSÃO	53
5.1 Motivos de atendimento os serviços de urgência às gestantes.....	53
5.2 Perfil sócio demográfica das gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS.....	55

5.3 Condições de saúde e acesso aos serviços de saúde das gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS.....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS.....	59
ANEXOS	66
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	67
ANEXO B - Parecer Consubstanciado de aprovação do CEP/FEPECS/SES-DF	68
ANEXO C – Parecer Consubstanciado de aprovação do CEP/FS - UnB.....	74
ANEXO D – Formulário Semiestruturado aplicado às gestantes residentes na área de atuação das UBS das equipes de ESF no SHSN	75

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos atendimentos de primeira e última consulta nos serviços de urgência obstétrica do Hospital Regional de Ceilândia, DF 2015	43
TABELA 2 - Distribuição sócio-demográfica das gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS das equipes de ESF segundo variáveis selecionadas, Ceilândia, DF 2015	45
TABELA 3 - Distribuição sócio-demográfica das gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS das equipes de ESF segundo variáveis selecionadas, Ceilândia, DF 2015	46
TABELA 4 - Distribuição das condições de saúde e acesso aos serviços de saúde das gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS das equipes de ESF segundo variáveis selecionadas, Ceilândia, DF 2015	47
TABELA 5 - Distribuição das condições de saúde e acesso aos serviços de saúde das gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS das equipes de ESF segundo variáveis selecionadas, Ceilândia, DF 2015	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGAS

- ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
- AIDPI – Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
- CEI – Campanha de Erradicação de Favelas
- CFM – Conselho federal de Medicina
- CS – Centro de Saúde
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- ITU – Infecção do trato Urinário
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NV – Nascido Vivo
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
- PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
- PAISM – Programa de Assistência à Saúde da Mulher
- PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
- PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
- PSF – Programa de Saúde da Família
- RAS – Redes de Atenção à Saúde
- RC – Rede Cegonha
- RMM – Razão de Mortalidade Materna
- SHSN – Setor Habitacional Sol Nascente
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade
- SINASC – Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
- SIPACS – Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- SIS – Sistema de Informação em Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

VAT – Vacina Antitetânica

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Espacialização das gestantes.....	52
--	----

RESUMO

A mortalidade materna e mortalidade infantil são considerados indicadores de saúde que caracterizam as condições de vidas da população. Estratégia Saúde da Família (ESF), foi a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde que contribuiu para o declínio dessa mortalidade. Sem o adequado acompanhamento, considerando a existência de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco tanto para a mãe quanto para o feto, gerando situações de urgência/emergência obstétrica. Para evitar esses processos, o pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades dessa população. Este estudo tem como objetivo avaliar os motivos de atendimento no serviço de urgência obstétrica às gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS das equipes de ESF no Setor Habitacional do Sol Nascente (SHSN), Ceilândia/DF. Foram 207 gestantes participantes da pesquisa com 18 a 43 anos de idade que procuraram o atendimento no serviço de urgência obstétrica no Hospital Regional de Ceilândia (HRC). Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo. Para obtenção das informações utilizou-se o banco de dados de 207 gestantes que frequentaram estes serviços no período de outubro de 2014 a fevereiro de 2015 pelo prontuário eletrônico e a aplicação um formulário semiestruturado. O estudo permitiu o uso do georreferenciamento para elaboração do mapa, elaborado com a base cartográfica de endereços da Secretaria de Estado de Gestão do Território e Habitação do Distrito Federal (SEDHAB/DF). Principais resultados: a infecção do trato urinário na primeira consulta, 11,1% de gestantes do CS08 e 17,3% da UBS, em relação à última consulta, que representou no CS08 6,3% de gestantes e 14,3% da UBS. As variáveis sócio-demográfica e epidemiológica exibiram os seguintes resultados: gestantes casadas representam 43,4% e 41,5% solteiras, com escolaridade 50,9% com ensino médio e ensino fundamental com 43,4%. Raça/cor teve distribuição de pretas/pardas com 79,3% e 20,7% para as demais raças/cor. A procura pela urgência durante a gestação identificou que 75,5% das gestantes procuraram esses serviços fora o parto. Os principais motivos foram infecção do trato urinário 65%, dor em baixo ventre 15% e sangramento transvaginal 12,5%. Urgência obstétrica é vista pelo Ministério da Saúde uma porta de entrada dos hospitais e das maternidades, mostrando como essa gestante está em relação à procura desses serviços de urgências. Mesmo sendo acompanhada durante o pré-natal muitas vezes a falta de informação clara e objetiva faz com que procure serviços de urgência e maternidade com frequência.

Palavras chaves: Saúde da Mulher; Atenção Básica; Gestação; Urgência Obstétrica

ABSTRACT

Maternal mortality and infant mortality are considered health indicators that characterize the conditions of life of the population. Estratégia Saúde da Família (ESF) was the main structuring of basic attention of local health systems that contributed to the decline this mortality. Without proper monitoring, considering the existence of previous medical conditions, the reproductive process becomes high risk for both the mother and the fetus, causing emergency situations / obstetric emergency. To avoid these cases, prenatal care should be organized to meet the real needs of this population. This study aims to evaluate the reasons of care in obstetric emergency service to pregnant women living in areas in which the UBS of FHS teams in the Setor Habitacional Sol Nascente (SHSN) Ceilândia / DF. There were 207 pregnant women participating in research 18-43 years who searched obstetric care in the emergency department at the Regional Hospital Ceilândia (HRC). This is a retrospective descriptive study. To obtain the information we used the database of 207 pregnant women who attended these services from October 2014 to February 2015 from the electronic medical record and was applied a semi-structured form. The study allowed the use of georeferencing for drawing up the map, drawn up with the cartographic base address of the State Department of Land Management and Housing of the Federal District (SEDHAB / DF). Main results: the urinary tract infection in the first consultation, 11.1% of CS08 of pregnant women and 17.3% of UBS, compared to the last visit, which represented the CS08 6.3% of pregnant women and 14.3% of UBS. The socio-demographic and epidemiological variables exhibited the following results: married mothers represent 43.4% and 41.5% single, 50.9% with education to high school and elementary school with 43.4%. Race/color distribution had black/brown with 79.3% and 20.7% for other race/color. The demand for emergency during pregnancy found that 75.5% of pregnant women searched these services in others moments than pregnancy. The main reasons were urinary tract infection 65% in the lower abdomen pain 15% and 12.5% transvaginal bleeding. Obstetric emergency is seen by the Ministry of Health a gateway of hospitals and maternity wards, showing how the pregnant woman is in relation to the demand for emergency services. Even being accompanied during prenatal the lack of clear and objective information makes search for emergency services and maternity frequently.

Key-words: woman health; basic attention; pregnancy; obstetric emergency

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna e mortalidade infantil são considerados indicadores de saúde que caracterizam as condições de vidas da população, sendo estimado como um problema de saúde pública no Brasil, pois ainda é encontrado dificuldades de diminuição desses indicadores, sejam pela subnotificação de dados ou por falhas nas políticas públicas implementadas com esse propósito ¹.

Precedendo a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil, a assistência em saúde era destinada apenas a um pequeno grupo da população, composta pela parte das classes trabalhadoras do país para usufruir dos serviços em saúde, sendo o mesmo controlado de forma centralizada. Efeitos positivos na melhora da mortalidade materno infantil foram evidenciados com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990, arquitetado de forma descentralizada originou grandes resultados na expansão do acesso aos serviços de saúde, notavelmente na Atenção Básica ². Essa mudança levou ao aumento expressivo da cobertura de serviços em saúde voltados à saúde materna e infantil no país ³.

A implantação da Saúde da Família poderá contemplar as modalidades com Saúde Bucal e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). O Pacs foi implantado em 1991 pela Fundação Nacional de Saúde em áreas rurais e periurbanas. A implantação do PACS teve caráter emergencial e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica, possibilitando a intervenção em grupos mais vulneráveis e desta forma contribuem para que os indicadores de saúde assumam patamares cada vez mais favoráveis em relação ao óbito materno e infantil ⁴¹.

Um dos principais programas instituído com objetivo de melhorar essa cobertura foi o Programa Saúde da Família (PSF) inicialmente como um programa vertical, que oferecia especialmente serviços de saúde materna e infantil às populações mais carentes ou de alto risco. Atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), foi a principal estratégia de estruturação da Atenção Básica dos sistemas locais de saúde e contribuiu para o declínio da mortalidade infantil no Brasil ⁴. As equipes de Estratégia Saúde da Família representam a porta de entrada do sistema de saúde local, buscando coordenar a atenção à saúde integrando com os serviços de apoio diagnósticos, assistência especializada e hospitalar. O uso dos serviços da ESF está associado a progressos de vários indicadores em saúde, dentre eles a diminuição da mortalidade materna e infantil ².

A evolução do sistema de saúde refletiu na melhoria da saúde dos grupos populacionais, como a saúde materna e infantil ⁵. Porém, determinados fatores são importantes para identificar

quais indivíduos no interior de um grupo estão submetidos a maiores riscos, merecendo assim um olhar mais apurado ⁶.

Buscando o aperfeiçoamento da atenção em saúde desse grupo populacional, foi implementado em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) alavancado pelo movimento social de Reforma Sanitária e de mulheres do movimento feminista. Esse programa incorporou os princípios e diretrizes do SUS na busca da integralidade e equidade da atenção em saúde ⁷.

Com a implementação do PAISM e o crescimento expressivo da ESF nos últimos anos, o Ministério da Saúde preconizou o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. Antes que a gestante acesse os serviços de saúde, a equipe de ESF deve iniciar as ações em saúde referentes aos cuidados materno-infantil buscando a integralidade da atenção em saúde ⁸.

A equipe precisa conhecer ao máximo a população adstrita de mulheres, pois quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe de ESF, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez, início precoce do pré-natal e acompanhamento do parto e puerpério ⁸.

Sem o adequado acompanhamento, considerando a existência de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco tanto para a mãe quanto para o feto ⁹. A sobrevivência da mulher depende, muitas vezes, do cuidado oferecido pelo serviço, com foco na qualidade da atenção obstétrica.

Estabelecidas por meio da Portaria nº 4.279 MS, de 30.12.2010 a Rede de Atenção à Saúde (RAS) teve como objetivo gerar a integração entre as ações e serviços de saúde, mudando o modelo de atendimento que era realizado de forma vertical para uma forma horizontal, oferecendo uma atenção contínua e integral, dando ênfase na humanização do atendimento ¹⁰. As RAS “não são simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações” ¹¹.

Dentro da arquitetura da RAS a porta de entrada do atendimento à gestante tem que ser preferencialmente pela ESF de forma territorializada, com objetivo de melhor acolher a gestante junto as suas necessidades em um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez, como exames, hospital de referência para o parto e orientação para as urgências/emergências obstétricas. Nas situações de urgência/emergência obstétrica, a equipe deve ser capacitada para dar a adequada continuidade do atendimento para os serviços de

referência e contra referência, garantindo a assiduidade da assistência pré-natal, conforme a exigência de cada caso ⁸.

A Resolução nº 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina (CFM) no § 1º define urgência como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência imediata. Já o Ministério da Saúde usa o termo urgência para todos os casos que necessitem de cuidados agudos ou crônicos ¹².

As urgências e emergências maternas permitem identificar os casos críticos e oferecem a oportunidade de interrupção do processo. Para isso, é fundamental o pronto atendimento e a precisa avaliação do quadro e das alternativas de suporte disponíveis no âmbito do serviço, pois os eventos maus sucedidos têm como desfechos, muitas vezes, a morte materna, incluindo o manejo da própria gestante com sua sintomatologia, o maior ou menor suporte familiar e social às suas necessidades, e, em especial, a resposta dos serviços de saúde ¹³.

A mortalidade por complicações da gravidez, parto ou puerpério, chamada de mortalidade materna, é considerada como uma causa de morte evitável tendo sido foco de esforços nacionais e internacionais para a sua redução ¹⁴. O valor máximo aceito pela Organização Mundial de Saúde em 2010 para as mortes maternas é de 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (NV) ¹⁵.

No Brasil, segundo os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, a razão de mortalidade materna (RMM) não corrigida foi de 52,7/100 mil NV em 2002. Em 2003, a RMM no Brasil obtida a partir de óbitos declarados foi de 51,7 óbitos maternos por 100 mil NV e a razão de mortalidade materna corrigida foi de 72,4 por 100 mil NV, correspondendo a 1.572 óbitos maternos ¹⁵.

Diminuir a mortalidade materna e infantil está listada entre as principais metas a serem atingidas pela Declaração do Milênio. Dois milhões de recém-nascidos morrem anualmente no mundo nas primeiras 24 horas de vida. Em relação às mulheres, aproximadamente 600.000 morrem anualmente de complicações relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério¹⁶. A mortalidade infantil tem sido usada historicamente como um indicador das condições de vida, sensível às condições de saúde, desenvolvimento e qualidade de vida de uma população ⁵.

O coeficiente de mortalidade infantil no Brasil vem declinando desde o final da década de 1980, devido às intervenções ambientais, imunização, melhoria de acesso aos serviços de saúde, diminuição da taxa de fecundidade, nível educacional mais elevado das puérperas e melhoria nutricional infantil¹⁷. No entanto, a mortalidade neonatal tem se configurado como crescente preocupação para a saúde pública no Brasil desde os anos 90, quando passou a ser o

principal componente da mortalidade infantil em decorrência da redução mais acentuada da mortalidade pós-neonatal¹⁸.

Para evitar esses processos evolutivos de complicações que dão como desfechos a mortalidade materna e infantil, o pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes com a utilização de conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos adequados e disponíveis¹⁹. Assim, a avaliação permanente da qualidade do pré-natal admite identificar problemas de saúde dessa população alvo, monitorando a qualidade do serviço. Os resultados poderão subsidiar tanto a manutenção das estratégias quanto as mudanças, com vistas a melhorar a qualidade da assistência²⁰.

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) visando a redução das taxas de mortalidade materna perinatal e neonatal e a garantia do acesso e cobertura dando destaque aos procedimentos clínicos e laboratoriais nos quais a gestante deve receber durante o pré-natal²¹.

No que diz respeito à atenção ao pré-natal o PHPN apresenta concordância com a proposta da OMS, que limita o número de consultas clínicas e restringe os exames e os procedimentos clínicos, buscando uma assistência mais integralizada e contínua, que por sua vez melhoram os resultados maternos e/ou perinatais²².

Para uma assistência pré-natal efetiva de acordo PHPN, deve-se procurar garantir no mínimo 6 consultas de acompanhamento pré-natal, sendo 1 no primeiro trimestre, 2 no segundo trimestre, 3 no terceiro trimestre de gestação e 1 no puerpério com no máximo quarenta e dois dias pós-parto; exames laboratoriais de hemograma; tipagem sanguínea e determinação do fator RH, urina I; teste anti-HIV; glicemia de jejum, sorologia para sífilis, realização do exame obstétrico durante o pré-natal, realização de atividades educativas, orientação quanto à amamentação e ao parto; vacinação antitetânica (VAT) e coleta de cito patológico de colo uterino⁸.

Além do PHPN a Rede Cegonha (RC) veio também para melhorar a qualidade dessa assistência, instituída pela Portaria de nº 1.459, de 24 de junho de 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde, com objetivo de proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças, incentivando a integralidade na atenção pré-natal, parto e puerpério e ações em torno do desenvolvimento da criança durante os primeiros dois anos de idade. A RC tem o foco estratégico na redução da morbimortalidade materna e infantil, especialmente em seu componente neonatal²³.

Com isso o sistema de saúde busca se organizar no território, o que significa que a distribuição espacial desses serviços, levando em conta a população e suas carências, segue

uma lógica que pode ter uma delimitação de áreas de abrangência coerentes com os níveis de atenção à saúde. As diretrizes estratégicas do Sistema Único de Saúde, pela lei n. 8.080, estabelecidas no processo de descentralização do poder e práticas de saúde, têm uma forte relação com a definição do território. Esse processo de descentralização favorece a integração das ações buscando promover a saúde, a prevenção e a cura ²⁴.

A concepção de território tem diferentes significados e aplicações, entre esses está o campo da saúde, considerando não só o conceito da geografia, mas dos diversos campos do conhecimento, como antropologia, sociologia, ciências políticas, ecologia, epidemiologia e outros. Pela vertente epidemiológica, o espaço se constitui como um conceito básico que está submetido a diferentes abordagens do processo saúde-doença. O território torna-se um elemento de síntese de indicadores epidemiológicos, ambientais e sociais utilizados como estratégia para a coleta e organização de dados que possibilitam identificar a situação de saúde dos diversos grupos populacionais ²⁵.

De forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais que ocasionem um impacto positivo na situação de saúde da população, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabelece que um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica é a territorialização ²⁶.

Assim, a territorialização representa um importante instrumento na organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, com ações implementadas em uma área delimitada e previamente determinada. A análise e o reconhecimento do território são um passo fundamental para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população, segundo Monken (2005) ²⁷.

A análise da situação de saúde de uma população descreve o conteúdo e o significado do território. A análise territorial implica em uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre a situação de problemas e necessidades em saúde dessa população. Esse processo de análise pode ser operacionalizado pela fase de informação, que faz parte do processo de obtenção de dados primários e de sua sistematização que pode ser realizado por meio dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) ²⁸.

Os SIS integram as estruturas organizacionais dos sistemas de saúde, com o propósito geral de facilitar a formulação e a avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomadas de decisão. Um dos objetivos do SIS, na concepção do SUS, é analisar a situação de saúde em nível local tomando como referência as microrregiões e considerando as condições de vida da população no processo de saúde e doença ²⁹.

O SIS também tem importante papel na construção dos indicadores para a descrição do perfil de saúde da população, de estratégias que acelerem o processo de consolidação dos sistemas de informações em saúde e permitam a obtenção de dados confiáveis a partir das estatísticas vitais como uma necessidade urgente ³⁰. Os SIS desenvolvidos e implantados pelo Ministério da Saúde têm se tornado ferramentas de gestão do sistema de saúde e vêm apresentando consolidação e qualificação progressivas ³¹.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família - PSF. Está inserido no contexto de reorganização do SUS com avanços concretos na informação da saúde. Pelo SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção, composição das equipes de saúde e o motivo da consulta ³².

O acompanhamento do pré-natal de risco habitual na unidade básica de saúde favorece o reconhecimento de alguma complicação clínica durante a gestação (desmaios, contrações uterinas, sangramentos e perdas de líquidos pela vagina, falta de ar, cefaleias, febre, queixas urinárias, paradas ou redução dos movimentos fetais por 10 a 12 horas, etc.) ou a gestação de alto risco (hipertensão, eclampsia, gestação gemelar e prolongada acima de 42^a semanas, hemorragias, trabalho de parto prematuro, portadoras de HIV/AIDS, etc.). Este acompanhamento da gestante poderá reduzir a procura pelo serviço de urgência obstétrica da Região Oeste ¹⁹.

Buscando dados mais territorializados e o entendimento de como é o acompanhamento e atuação das Unidades Básicas de Saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família no Setor Habitacional do Sol Nascente, Ceilândia - DF este estudo teve como objetivo analisar os motivos de atendimento no serviço de urgência obstétrica às gestantes residentes nas áreas de atuação das equipes de ESF, e descrever de acordo com o que estabelece o manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia ²³, a assistência durante o pré-natal na unidade básica de referência, considerando as complicações clínicas durante a gestação.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Sistemas de Saúde e Modelos de Proteção Social

Os sistemas de saúde podem ser entendidos como a resposta social organizada às condições de saúde da população e de sua dinâmica social. A associação entre sistema de saúde e dinâmica social gera com o tempo valores sociais a respeito da proteção à saúde, ou seja, a maneira como a sociedade concebe a saúde e o risco de adoecer e, como são tratados o processo de saúde-doença dessa população. A proteção à saúde está relacionada a sistemas de saúde universais, públicos e que incorporem direito à saúde como cidadania ³³.

O Estado é responsável pela garantia do direito à cidadania e saúde como bem público não comercializável. O direito à cidadania consiste como condição de igualdade entre todos da mesma sociedade, universalidade como indistinção entre os indivíduos e a noção de prestação pública ³³.

O sistema de saúde está relacionado com os modelos de proteção social, pois tratam das formas de organização e intervenção estatal para a toda área social, incluindo além da saúde, previdência e assistência social. O modelo de proteção social em saúde corresponde à intervenção governamental financeira, condução e regulação dos setores assistenciais e prestação dos serviços de saúde. Podem ser entendidos a partir da modalidade de proteção social que provê os critérios de organização dos sistemas e de incorporações das demandas sociais, por meio de uma institucionalidade específica ³⁴.

O modelo de proteção social em vários países da América Latina apresenta traços semelhantes que em geral se expressam no sistema de saúde, como trajetória histórica corporativa e fragmentada vinculada à lógica de seguro, centrado nas políticas de combate à pobreza e às limitações das políticas sociais para superação das desigualdades ³⁵.

No Brasil a década de 1960 foi marcada por um crescimento significativo da atenção médica da Previdência Social. Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que estabeleceu a atuação do complexo médico-industrial apoiado pelo governo militar, onde refletiu não compromisso ético para com o direito à saúde ³⁶.

Após o período ditatorial repressivo que se estendeu de 1964 até o final década de 1980, pode-se observar a ascensão de uma nova abordagem no campo da saúde com a constituição de um ideário determinado a lutar por uma Reforma Sanitária no país ³⁶.

Assim a formação dos sistemas de proteção social tem origem nas necessidades das sociedades de impedir ou diminuir o impacto de determinados riscos sobre os indivíduos ou

grupos sociais. Tais riscos decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, como a velhice, a infância, a doença, a invalidez, as privações, o desemprego, dentre outros ³⁷.

No Brasil, a primeira forma de proteção social surgiu por meio da organização de categorias de trabalhadores na forma de associações de auxílio mútuo em regime privado e facultativo destinado à resolução de problemas referentes à invalidez, doença e morte ³⁶. Após a Constituição Federal de 1988, que incluiu a saúde como parte da seguridade social, o padrão de proteção social brasileiro se caracterizou pela universalidade na cobertura, reconhecimento dos direitos sociais, afirmação do dever do Estado, subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços e o arranjo organizacional descentralizado ³⁴.

O Sistema Único de Saúde (SUS) que conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil foi resultado de um longo processo social que gerou, ao longo do tempo, valores sobre proteção à saúde, tendo como modelo de proteção a seguridade social como forma de garantir à saúde de seus cidadãos ³³.

A articulação do movimento sanitário se deu por uma mudança na área política da saúde durante o governo Geisel em 1974, o que contribuiu para o surgimento de um movimento com uma conformação coletiva para uma nova força política, trazendo em sua base propostas transformadoras. Foi chamado de movimento sanitário por ter na sua composição movimentos de profissionais de saúde e de pessoas vinculadas ao setor. Este movimento compartilhava o mesmo referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde, em busca da transformação da melhoria das condições e atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania ³⁸.

A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária defendia a saúde não somente como uma questão biológica, mas sim como uma questão social e política. Professores de saúde pública, alunos de movimentos estudantis universitários, pesquisadores e profissionais de saúde aderiram às lutas dos movimentos de base e dos sindicatos. Fundado em 1976 o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), organizou o movimento da reforma sanitária e, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) foi formada. Ambas proporcionaram a base institucional para impulsionar as reformas ².

O movimento da reforma sanitária cresceu e formou uma aliança com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais ². Em 1978 a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata ficou estabelecido o plano mundial, a Declaração de Alma-Ata, que declarou a participação dos Estados na saúde

da sua população por meio da promoção de políticas de saúde que visassem o bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais ³⁹.

A Reforma Sanitária foi contemporânea à reestruturação da política social brasileira, que direcionou para um modelo de proteção social abrangente, equilibrado, justo e democrático. A saúde foi definida constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado com acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação mediante políticas sociais e econômicas visando a redução de doenças e outros agravos ⁴¹.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais, os quais estabeleceram os alicerces para a construção do SUS ².

A criação do SUS foi o maior movimento de inclusão social já visto na história do Brasil e representou em termos constitucionais uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos ³⁹. A consolidação do SUS permanece como um dos grandes desafios para assegurar a sustentação política do Sistema. O SUS passou a ser o sistema público de saúde organizado em moldes regionais, com autoridades sanitárias locais que administram orçamentos próprios, planejam, organizam e controlam todos os serviços que funcionam em seus territórios, com comando único em cada esfera de governo ⁵³.

1.2 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS), assegurado pela Constituição Federal de 1988 especificamente no artigo 194, conceitua e estabelece os princípios da seguridade social compreendendo um conjunto de ações de iniciativa pública e social, destinados a garantir os direitos relativos à saúde, à previdência e a assistência social, regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990 ⁴⁰.

Legalmente para a organização do SUS também foram fixadas na Constituição de 1988 os princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização no atendimento e a participação social complementadas nas Leis Orgânicas da Saúde de 1990, as quais criaram o Fundo Nacional de Saúde, e o Conselho Nacional de Saúde ⁴¹.

A Lei Orgânica 8.080/90 define atribuições de cada esfera de governo no desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na saúde com direção única nos três níveis de gestão federal, estadual e municipal, exercida, pelo Ministério da Saúde e

pelas secretarias de Saúde ou órgão equivalentes ⁴⁰. Já a Lei Orgânica 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, instituindo as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo ⁷.

Logo, o modelo de Atenção à Saúde no Brasil representado pelo SUS consolida atualmente a construção das políticas públicas em saúde que devem visar às melhorias e necessidades da população, seguindo os princípios e diretrizes norteadores do SUS, avaliando a concepção de saúde e sua conformação na Constituição Federal para compreender os processos em saúde e efetuar mudanças e elaboração de políticas em saúde ⁴².

1.3 Políticas de Saúde

Para todas as políticas há uma análise específica e a percepção da realidade de cada Estado. Ao analisar uma política é preciso considerar a realidade de sua história geral e depois específica, ou seja, no seu contexto de política nacional. Nos estudos de política segundo Mattos (2015) à compreensão de que são os sujeitos que fazem a história e parte-se do reconhecimento de que nenhuma política prescinde da participação de sujeitos e que existem diferentes inserções dos mesmos no debate político ⁴³.

Na saúde, aumentaram os espaços de negociação e consenso e de controle social com o processo de descentralização, mas estes não se tornaram efetivamente os principais espaços de negociação das políticas, ainda que sejam reconhecidos e tenham importância no debate político. O conteúdo de uma política apresenta-se nos documentos institucionais, nos discursos oficiais, nas falas de sujeitos participantes do debate político, na mídia e em outros veículos ⁴³.

Os primeiros estudos dedicados à análise de políticas de saúde na visão internacional, surgem a partir de estudos de análise das políticas públicas na década de 1970, o que estão diretamente associados ao processo de construção dos sistemas de proteção social, tendo como principal pano de fundo os respectivos contextos sociais, políticos e econômicos ³³. No Brasil, até essa época, as políticas públicas definidas pelo Estado estavam voltadas para a parcela da população com vínculo trabalhista formal.

A partir da década de 1970, ocorreram algumas mudanças na condução da política de proteção social brasileira com a incorporação de outros grupos populacionais (rurais, autônomas e domésticas), beneficiários da previdência social. Nesse contexto, a saúde era entendida como uma política de Estado, que teve esforço para estabelecer elos entre modelo econômico, política social e saúde. Somente a partir da Constituição Federal de 1988, que se definiu legalmente uma política de proteção social de caráter universal não excludente,

possibilitando a expansão das políticas sociais em todo território nacional, integrando as políticas de saúde ³³.

Para Paim (2013) a análise empreendida entre saúde e proteção social parte do pressuposto de que as políticas de saúde integram as políticas sociais, do mesmo modo que o sistema de saúde é um dos componentes dos sistemas de proteção social ⁴⁴.

O processo de construção das políticas de saúde no caso do Brasil, se deu no contexto de implicações básicas que se configurou efetivamente “como um direito de todos e dever do Estado” como reza a constituição brasileira de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação ⁴⁵.

A construção da política de saúde como política social ³⁴ envolve vários aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológico, teóricos e culturais. Como atividade de proteção social, a política de saúde está na fronteira de diversas formas de relação social.

Portanto a política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado. A sociedade financia com impostos e contribuições, tem atitudes e preserva valores em relação ao corpo e bem-estar, comporta-se de forma que afeta a saúde coletivamente e/ou individualmente. Já o Estado define normas e obrigações, recolhe recursos e os aloca em programas e ações, cria serviços de atenção, define leis que sancionam o acesso, desenvolve tecnologias e forma recursos humanos. O mercado produz insumos, oferece serviços e participa da formação de recursos humanos ³⁴.

O conceito mais difundido de política de saúde internacionalmente adotado pela Organização Mundial de Saúde (1998), enfatiza seu caráter oficial organizado em ações setoriais de acordo com normas legalmente construídas e com objetivo maior a qualidade de vida da população, assim afirma que:

Um posicionamento estabelecido por instituições oficiais competentes, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde e aos recursos disponíveis. A política de saúde é estabelecida frequentemente por lei e outras formas de normatização que definem as regras e os incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, assim como o acesso a esses. (...). Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir

de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis ⁴⁶.

Outra definição usada pelo Ministério da Saúde (1988) sobre a política de saúde:

Entende-se por políticas de saúde as decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de ação do governo e a orientar o planejamento (...). As políticas visam tornar transparente a ação do governo, reduzindo o efeito de descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis. O cerne de uma política é constituído pelos seus propósitos, diretrizes e definição de responsabilidade das esferas de governo e dos órgãos envolvidos ⁴⁷.

A partir das definições mencionadas a respeito das políticas de saúde é possível identificar algumas convergências que levam a entender que o Estado é o principal responsável pelo cumprimento das políticas de saúde por meios de direitos sociais fundamentados na cidadania baseada na Constituição Federal de 1988. A partir dessas políticas de saúde é que se desenvolveu outras políticas para grupos específicos, com valores para a condução das atividades governamentais para cada setor da população com o objetivo maior de reduzir as desigualdades, melhorar a qualidade de vida e conduzir o bem-estar da sociedade ³⁴.

Por isso discutir acesso relacionado a políticas voltadas para grupos específicos é procurar apreender a concepção de equidade. Equidade em saúde é compreendida como diretriz de organizar ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente, com forte traço para superar estas desigualdades injustas de formulação e implementação de determinadas ações ⁴⁸.

Políticas de saúde para os grupos específicos como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, Política Nacional de Saúde da População Negra, Política Nacional de Saúde Indígena, servem para compreender que as políticas de saúde, suas estratégias institucionais e operacionais, instrumentos e planos produzem ação não apenas do campo da saúde, mas em outros aspectos da dinâmica social (econômica, política, cultural), além do objetivo básico de resolver problemas de saúde ³⁴.

1.3.1 Políticas de Saúde e Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é denominada em geral como a atenção ambulatorial de primeiro nível e de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir afecções e condições comuns e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população ⁴¹. A expressão primeiro contato implica acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários e pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde ⁴⁹.

Na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão a APS é afirmada central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, com cooperação de outros setores para o desenvolvimento social e socioeconômico⁴¹.

O Relatório Mundial da Saúde, publicado pela OMS em 2008, reconhece a importância da APS para os sistemas de atenção à saúde de qualidade:

[...] na interface entre uma população e o seu sistema de saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Os cuidados primários têm por finalidade colocar as pessoas no centro dos cuidados de saúde, de forma a torná-los mais efetivos, eficientes e equitativos ⁵⁰.

No Brasil, com o surgimento dos Centros de Saúde Escola nos anos 1920 até a atualidade, demonstrou-se a várias tentativas de se organizar a APS. Vários modelos foram configurados em diferentes regiões do país, de interesses e concepções distintas. Com a Constituição Federal de 1988 observou-se a permanência de várias iniciativas de estados e municípios em relação à APS. Com a municipalização do SUS no início da década de 1990 começou a haver uma estruturação mais consistente da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros motivados pelo Ministério da Saúde por meio de suas normatizações e financiamento ⁵¹.

A opção pelo combate às iniquidades em saúde elevou a APS à condição de reordenadora do sistema de atenção à saúde brasileira. No Brasil, foi adotada a designação Atenção Básica⁴⁹.

No Brasil a PNAB define Atenção Básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos ⁸.

Para a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do SUS, surge o PSF que vai contribuir para o processo de reorganização de modelo de atenção. O PSF possibilitou experiências municipais de ampliar sua cobertura e melhorar os indicadores de saúde, ao valorizar ações de promoção e proteção integral e contínua da saúde ⁴¹.

Em seguida surgiu a concepção de Estratégia Saúde da Família, que preconiza equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento, acompanhamento da população residente na área de atuação e organização dos serviços de saúde na AB ⁴¹. A organização dos serviços de saúde da AB por meio da ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada ⁴⁹.

A ESF em território nacional é definida por um conjunto de ações e serviços, com base no reconhecimento das necessidades da população e com vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato constante com o território. Propõe a atenção à saúde centrado na família, a partir do ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo assim uma compreensão ampliada do processo saúde-doença ⁴⁹.

Ao instituir a ESF, o Brasil trouxe inovações e avanços na configuração de um modelo de Atenção Primária à Saúde altamente custo-efetivo, baseado numa equipe multiprofissional

básica e uma equipe interdisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para apoio e interface imediata, ampliando a capacidade resolutiva ⁵².

O desafio mencionado por Giovanella e Mendonça (2008) é que o PSF ao ser assumido como estratégia difunde uma perspectiva inovadora para a APS no país, voltado para a família e comunidade com potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial existente, através de um modelo hierarquizado e regionalizado que garanta acesso a outros níveis de atenção, efetivando assim o direito à saúde cotidianamente ⁴¹.

Para compor a organização e a integração à rede de serviços de saúde em conformidade com a ESF, o Ministério da Saúde utiliza alguns programas assistenciais que contemplam as demandas preferenciais da comunidade adstrita à unidade básica de saúde e permitem que as políticas públicas se tornem efetivas. Dentre os programas de atenção à saúde está o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que oferece assistência integral à população feminina em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, dentro da política da atenção básica, objetivando atingir os principais conteúdos ligados à assistência integral à mulher ⁵⁴.

1.3.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) no contexto das Políticas de Saúde

A partir das primeiras décadas do século XX e até meados da década de 1970, a atenção à saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde no Brasil. A mulher era assistida de forma restrita, reducionista e fragmentada, com ações voltadas ao ciclo gravídico-puerperal. Foi nessa abordagem que o movimento feminista reivindicou com o objetivo de incorporar às políticas de saúde da mulher outras questões como gênero, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis ⁵⁵.

No início dos anos de 1980, como parte do processo de redemocratização do país, surge o primeiro órgão do governo destinado a atuar em prol dos direitos das mulheres: o Conselho Estadual da Condição Feminina do Estado de São Paulo. Nesse período, o tema da saúde ganhou destaque entre as feministas, como ilustra a criação do PAISM, primeiro programa governamental direcionado integralmente ao atendimento da saúde das mulheres ⁵⁶.

Em 1983, o governo brasileiro implementou o PAISM que adotava, com dificuldade, políticas e medidas para permitir o acesso da população feminina aos meios de contracepção e buscava integralizar essa assistência, incorporando medidas educativas, preventivas, de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação nos âmbitos da ginecologia; pré-natal, parto e puerpério; climatério; planejamento familiar; doenças sexualmente transmissíveis e câncer de

mama e colo uterino. O Movimento da Reforma Sanitária, na década de 1980, influenciou a implementação do PAISM que se caracterizou pelas propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços ⁵⁵.

Em 2004, o Ministério da Saúde considerando o cenário em relação à saúde da mulher, foi elaborado um documento denominado: “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) - Princípios e Diretrizes”, o qual reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis ⁷. Foi a partir de um diagnóstico epidemiológico sobre a situação da saúde da mulher no Brasil que houve o reconhecimento da importância de contar com diretrizes que orientassem as políticas de Saúde da Mulher, tendo como base o PAISM em 1983 ⁵⁷.

As mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do SUS, assim são as que mais frequentam os serviços de saúde para o seu atendimento ou acompanhando outras pessoas. Diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, como também a padrões distintos de adoecimento e morte. A partir desse pressuposto, é indispensável a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher ⁷.

Na análise da PNAISM foi proposto que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher. As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos ⁷.

Considerando ainda que 70% das mulheres são usuárias do SUS e que cerca de 65% dos óbitos maternos ocorrem no momento do parto, é provável que, apesar do sub-registro e da subinformação, o declínio observado a partir de 1999, da razão de mortalidade materna, calculada com base nos dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC) seja possível. A RMM assume uma situação atual aquém do aceitável, comparada aos países desenvolvidos, em que a RMM está entre 6 a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Mesmo com o aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência é precária, o que pode ser atestado pela alta incidência de

sífilis congênita, estimada em 12 casos/1.000 nascidos vivos, como também pelo fato da hipertensão arterial ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil ⁷.

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas. A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis ⁷.

Desse modo, as abordagens nas políticas de saúde da mulher resultaram no conceito integral que não só enfatizar a ligação do colo, do útero e das mamas, mas também de outros aspectos não físico-biológicos da vida das mulheres ⁵⁸. Ou seja, o atendimento em saúde deve estar norteado por uma abordagem das mulheres como seres completos, não apenas como partes isoladas de um corpo, mas pessoas que vivem um momento emocional específico e estão inseridas em um determinado contexto socioeconômico.

A Lei nº 11.108, de 7/4/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418, de 2/12/2005, garante às parturientes o direito à acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, no âmbito do SUS. Além dos direitos mencionados pela referida Lei, as mulheres deveriam ter mais acesso a acompanhamento psicológico para lidar com as questões de gênero, que contrapõe a tradicional ideia de que as necessidades de saúde das mulheres só podem ser resolvidas a partir de intervenções técnico-científicas, desconsiderando-se muitas vezes a importância de ações de cunho político e social. A situação atual aponta para avanços na expectativa da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que vem sendo implementada, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das mulheres através de um Sistema de Saúde pautado em todo ciclo de vida da Mulher ⁵⁹.

Tendo como base a qualidade de vida das mulheres, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), visa superar as expectativas de atuação da ESF na estruturação de planos de ação que contemplem os vários objetivos da PNAISM, de forma interdisciplinar e no formato de apoio matricial. Assim, atenção integral à saúde da mulher constitui-se como uma das prioridades no processo de trabalho das equipes ⁶⁰.

No âmbito da Saúde da Família, a atenção integral à saúde da mulher engloba e integra estratégias, como a prevenção do câncer de colo e da mama, pré-natal, ações relacionadas à

redução de DST/Aids e trabalho com vulnerabilidades e especificidades dessa população, sendo a abordagem de gênero um referencial importante para melhor compreensão dos agravos à saúde da mulher na construção de ações de prevenção de agravos e promoção de saúde, além de propiciar o empoderamento da comunidade e das mulheres em particular, especialmente nos campos da violência doméstica, do planejamento familiar e da saúde mental ⁶⁰.

Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde trabalham as equipes ESF destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama. Em 2008, ocorreram 1.384.155 casos novos de câncer da mama em todo o mundo, o que torna o tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Nesse mesmo ano, foram registrados cerca de 530 mil casos novos de câncer do colo do útero ⁵⁰. No Brasil, para o ano de 2012, são estimados 52.680 casos novos de câncer de mama feminino e 17.540 casos novos de câncer do colo do útero. O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma Atenção Básica qualificada e organizada, conexas com os demais níveis de atenção à saúde. Dessa forma é possível combater essas morbidades e diminuir a mortalidade, ampliando a sua capacidade para atuar sobre essa frequente condição de saúde da população feminina ⁶¹.

1.3.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no contexto das Políticas de Saúde

A atenção à saúde da criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde das populações. No Brasil, as ações de puericultura tiveram espaço assegurado na política de atenção à saúde da criança, entretanto, os perfis de morbimortalidade infantil resistiam às ações realizadas, o que explica que as condições de saúde estavam intimamente relacionadas às condições de vida dessa população ⁶².

O Ministério da Saúde adotou em 1995 a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), como política de atenção à saúde da criança menor de cinco anos. A estratégia incorporou as ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), introduzindo o conceito de integralidade e propondo um novo modelo de abordagem à saúde da criança no primeiro nível de atenção, sistematizando o atendimento clínico e integrando ações curativas com medidas preventivas e de promoção da saúde ⁶².

A implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), na década de 1980, foi o marco inicial na luta para melhoria das desfavoráveis condições de saúde da população infantil brasileira, assim esse instrumento vem sendo aprimorado ao longo dos

anos com o objetivo de integrar as diversas ações de promoção da saúde da criança, com a monitoramento do crescimento e desenvolvimento ⁶³.

Com base no PAISC a Portaria GM de 5 de agosto de 2015 institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o art. 227 da Constituição Federal de 1988, que define:

O dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão ⁴⁵.

A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida, com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento ⁶⁴.

Os princípios da PNAISC conduzem: o direito à vida e à saúde; prioridade absoluta da criança; acesso universal à saúde; integralidade do cuidado; equidade em saúde; ambiente facilitador à vida; humanização da atenção; gestão participativa e controle social orientam e favorecem para o pleno desenvolvimento da saúde integral da criança, tendo também como base diretrizes para a elaboração de planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças, como: gestão interfederativa das ações de saúde da criança; organização das ações e serviços na rede de atenção; promoção da saúde; fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; qualificação da força de trabalho do SUS; planejamento e desenvolvimento de ações; incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; monitoramento e avaliação e intersetorialidade ⁶⁴.

Os princípios e diretrizes supracitados favorecem para que os serviços de saúde se organizem a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos para articular ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial as desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica ⁶⁴.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é composta por médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico

internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitaria, propõe e discute com as equipes de ESF às quais está vinculado o planejamento das ações de saúde da criança e do adolescente na Atenção Básica à Saúde, contribuir para seu aperfeiçoamento, em consonância com as prioridades da Política Nacional de Saúde da Criança, incluindo ações de promoção da saúde integral da criança, promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno, atenção à saúde do recém-nascido, prevenção da violência e promoção da cultura de paz, além de investigação de óbitos infantis. Apóia a realização das ações planejadas relativas à gestão dos serviços e assistência, com vistas a melhorar a resolutividade clínica, abrangendo o atendimento, visitas domiciliares e ações comunitárias no território de abrangência, cobertura vacinal, assistência ao recém-nascido saudável, puericultura com acompanhamento do crescimento, estímulo ao aleitamento materno e investigação dos óbitos infantis ⁶⁰.

Em cumprimento dos princípios e diretrizes da PNAISC as ações mencionadas apontam para a diminuição da taxa de mortalidade infantil, que passou de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 ⁸⁶. Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais ⁶⁵.

A saúde da criança é operada pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, que tem como objetivo elaborar, desenvolver e apoiar as diretrizes políticas e técnicas para a atenção integral à saúde da criança de zero a 10 anos de idade juntos aos estados e municípios da União. As políticas públicas de saúde direcionadas a essa população oferecem cobertura integral, focando principalmente na diminuição da mortalidade que, em sua maioria, pode ser evitado ⁶⁶.

1.4 Acesso na Utilização dos Serviços de Saúde

A Lei Orgânica da Saúde (8080/90) dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, refere-se aos princípios e às diretrizes do SUS. As ações e os serviços que compõem o SUS devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo aos princípios (universalidade, equidade e integralidade) e diretrizes (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social ⁶⁷.

O princípio de universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania, ao ser definido pela Constituição Federal como um direito de todos e um dever do Estado. Neste sentido, abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS. A integralidade caracteriza-se como princípio que atribui à população o direito de atendimento de forma plena

em função das suas necessidades. Já por meio da equidade objetiva-se diminuir as diferenças sociais, proporcionando atendimento desigual para necessidades desiguais, caracterizado como o princípio de justiça social ⁶⁷.

No fluxo de eventos que resultam na utilização dos serviços de saúde, a percepção de uma necessidade de saúde pelo indivíduo pode originar desejo de obter cuidados, que poderá implicar ou não a decisão de procurar os serviços para a obtenção de atendimento. Assim o acesso é o fator que faz intermédio com a relação entre a procura e a entrada nos serviços por meio da oferta, que facilitam ou dificultam a utilização por parte dos usuários e, da capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população. A utilização dos serviços de saúde corresponde a todos os contatos diretos com médicos e outros profissionais envolvidos em procedimentos preventivos, diagnósticos, terapêuticos ou reabilitação, resultando na interação entre o comportamento do indivíduo e os serviços a ele disponíveis ⁶⁸.

Com a utilização dos serviços de saúde as desigualdades sociais no acesso variam de modo expressivos entre os países, em função da configuração de seus sistemas de saúde. No Brasil as desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde, indicam injustiça social que representam iniquidades no uso dos serviços de saúde, gerados pela necessidade das pessoas que mais necessitam e se concentram nos grupos sociais com menos privilégios e que tem menos probabilidade de usar os serviços. Já as pessoas de maior renda, mais escolaridade, com cobertura de planos de saúde, utilizam mais os serviços de saúde quando necessitam ⁶⁸.

Outro ponto a ser mencionado e que gera iniquidade é a dificuldade de acesso que se deve pela distribuição desigual da oferta de serviços entre as Regiões, Estados e Municípios, muitas vezes os pacientes não encontram em sua localidade ou em localidades próximas os serviços necessários. A baixa oferta dos serviços nos grandes centros populacionais do país, a longa espera na marcação de consultas e de exames bem como a recorrente falta de vagas em hospitais constitui um problema estrutural do SUS em vários dos grandes centros populacionais brasileiros ⁶⁹.

Apesar da Constituição Federal Brasileira de 1988 assegurar a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao SUS. A garantia na legislação brasileira foi apenas mais uma etapa alcançada na construção do SUS, para se concretizar o direito à saúde é necessário ter como alicerce um modelo social fundamentado na solidariedade humana e na igualdade social ⁴⁸.

A Estratégia Saúde da Família é constituída como o primeiro nível de atenção às pessoas com o encargo de reestruturar a atenção prestada pelo SUS em todo o território nacional e como estratégia de implantação do SUS em localidades onde não avançou a política de saúde. A sua implantação tem contribuído para a diminuição das iniquidades em saúde e ampliação do acesso aos serviços de saúde, reorientando as práticas e ações de saúde de forma integral e contínua ⁴⁸.

A ESF oportuniza a ampliação do acesso e a reorientações das práticas e ações de saúde, a assistência pré-natal é uma importante ação de saúde componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal (Viellas et al. 2014). Prática rotineira durante a assistência pré-natal contribui para desfechos maternos mais favoráveis ao permitir a detecção precoce e o tratamento oportuno de afecções, controlando alguns fatores de risco que complicam a saúde materna infantil ⁷⁰.

Diante da situação relacionada à qualidade da assistência pré-natal prestada e o impacto na mortalidade materna, o Ministério da Saúde no ano de 2000 preconizou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, com objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde materna, com ações de redução da mortalidade materna e garantia do direito da gestante de acesso a um atendimento de qualidade durante a gestação, parto e puerpério, pois até então, não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil ⁷¹.

Os óbitos decorrentes à gravidez foram considerados durante muito tempo como fatalidades, pois foram entendidos como marcadores do nível de desenvolvimento social, em sua maioria, de mortes precoces que poderiam ter sido evitadas pelo acesso aos serviços de saúde qualificados oportunamente em seu tempo. A mortalidade materna por complicações da gravidez, parto ou puerpério é considerada como uma causa de morte evitável e constituiu no Brasil um dos focos da quinta meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, indicando redução dos óbitos em 3/4 no período de 1990 a 2015 ⁷².

Esse programa não estabeleceu apenas o aumento do número de consultas e idade gestacional de ingresso, mas elegeram também, exames laboratoriais, ações de educação em saúde e a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, de acordo com os modelos empregados mundialmente ⁹⁸. Mesmo com o aumento da cobertura da assistência pré-natal e do número de consultas, ainda persiste um elevado número de mortes de mulheres e crianças por complicações da gravidez e do parto ⁷¹.

O Ministério da Saúde recomenda que a assistência pré-natal deva acontecer por condutas acolhedoras, ações educativas e preventivas, descoberta precoce de patologias que gerem risco gestacional, estabelecimento de um elo entre o pré-natal e o local do parto, fácil acesso a serviços de saúde, desde o atendimento básico até o atendimento de alto risco ⁷³.

No Brasil, as taxas de mortalidade infantil têm decrescido nos últimos anos, essa diminuição é desigual entre os estados, municípios e dentro de áreas do próprio município. Para melhorar os indicadores e acabar com essas diferenças regionais, o governo tomou várias medidas para ampliar o acesso das mulheres ao acompanhamento pré-natal, para qualificar as ações nele desenvolvidas e para modificar o modelo de atenção ao parto e puerpério ⁷⁰.

Um estudo em 2010 utilizando a lista de mortes evitáveis por intervenções do SUS, elaborada por Malta et al. avaliou os óbitos em menores de um ano no Brasil no período 1997-2006, encontrou redução de todas as mortes evitáveis, exceto daquelas relacionadas a uma adequada atenção pré-natal, sugerindo baixa qualidade dessa assistência ⁷⁴.

Estudos de abrangência nacional certificam falhas na assistência pré-natal, como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos sugeridos, afetando sua qualidade e efetividade. Outro problema identificado é a falta de vínculo entre os serviços de saúde de assistência pré-natal e a referência do local do parto, levando a gestante peregrinar na busca de uma vaga para internação durante o trabalho de parto, trazendo riscos à própria saúde e do recém-nascido ⁷³.

Neste contexto é importante que o serviço de atendimento de urgência e emergência esteja arquitetado de forma que atenda às demandas das gestantes, proporcionando um acolhimento com responsabilidade e integralidade resultando na resolutividade das demandas e garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário ⁷⁵.

Define-se por urgência a ocorrência de agravos à saúde, com risco real e iminente à vida, cujo paciente necessita de intervenção rápida e efetiva, estabelecida por critérios médicos previamente definidos, mediante procedimentos de proteção, manutenção ou recuperação das funções vitais acometidas; emergência é definida como a ocorrência imprevista, com risco potencial à vida, cujo paciente necessita de atenção imediata, a fim de se garantir a integridade das funções vitais básicas, esclarecer se há agravos à saúde, ou providenciar condições que favoreçam a melhor assistência médica ⁷⁶. Para Montenegro, alega que as urgências e emergências obstétricas são situações que põem em risco a vida da grávida e do feto e cuja resolução exige uma resposta quase imediata por toda a equipe de saúde ⁷⁷.

Considerando esse risco iminente é importante analisar os motivos de atendimento nos serviços hospitalares de urgência obstétrica e, averiguar se as gestantes estão recebendo assistência de qualidade durante o pré-natal na sua unidade básica de referência, se estão tendo alguma complicação clínica como desmaios, contrações uterinas, sangramentos, perdas de líquidos, falta de ar, cefaleias, febre, queixas urinárias e paradas ou redução dos movimentos

fetais por 10 a 12 horas. Ou ainda, se estão tendo uma gestação de alto risco, que inclui hipertensão, eclampsia, gestação gemelar e prolongada acima de 42ª semanas, hemorragias, trabalho de parto prematuro ou se são portadoras de HIV/AIDS ²³.

Além desses motivos mencionados, a falta de informação clara e objetiva por parte de profissionais é na maioria das vezes outro motivo, que faz com que elas procurem os serviços hospitalares de urgência obstétrica e maternidades com frequência, para esclarecimento de suas dúvidas e resolução de seus problemas ²³.

Para diminuir a frequência das gestantes às urgências obstétricas exceto complicações clínicas, alto risco e parto, os serviços de saúde sob a ótica da atenção primária, as Unidades Básicas de Saúde e as equipes de ESF devem ser estratégias prioritárias, conforme determina a Política Nacional de Atenção Básica, onde a unidade deve se organizar para atender o público-alvo, representado por um conjunto de famílias agregadas e limitadas geograficamente. A atenção primária é a porta de entrada para o SUS, sendo um dos seus atributos mais importantes. Nesse sentido é preciso identificar essa porta, de modo que não só as gestantes, mas que todas as pessoas sejam capazes de reconhecê-la ⁷⁸.

1.5 A Importância da Territorialização

Para que haja a territorialização os sistemas de saúde devem se organizar no território. Esse território é a primeira diretriz da atenção primária de acordo PNAB, aparecendo também como a primeira característica do processo de trabalho nas equipes de atenção primária, que devem participar do processo de territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. A territorialização pode ser entendida como o processo de apropriação do espaço pelos serviços de saúde, definida como o processo de criação de territórios de atuação das unidades de atenção primária à saúde, para resolver a questão da definição das áreas de atuação dos serviços de atenção primária ⁷⁸.

O reconhecimento desse território é um passo essencial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços de saúde sobre esta população. O Sistema de Informação sobre Atenção Básica (SIAB) nesse contexto é o principal instrumento de coleta, sistematização e recuperação de dados utilizados pelas equipes para a avaliação das condições de saúde dessa população. A delimitação desse território tem como vantagem a possibilidade de agregação de dados demográficos, epidemiológicos e ambientais para a construção de mapas que permitam a geração e a

visualização de indicadores de saúde, contribuindo para um maior envolvimento da equipe e da população no processo de territorialização ⁷⁹.

A utilização de mapas e técnicas de geoprocessamento para apresentação e divulgação de dados tem sido reconhecida no âmbito da saúde pública, pois demonstram informações de forma sucinta e objetiva alcançando diferentes públicos. A cartografia considera os mapas como um meio de sistematização e comunicação de dados de natureza espacial. O mapa, apresenta uma realidade, que mantém uma relação com os objetos espaciais representados. Assim, o mapeamento, pode ser considerado como o processo de espacialização e registro do conhecimento de um dado grupo ou comunidade acerca de uma determinada paisagem ou localidade ⁷⁹.

As técnicas de geoprocessamento, vem sendo utilizadas no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, além de serem consideradas como ferramentas importantes de análise das relações entre o ambiente e eventos relacionados à saúde. O geoprocessamento pode ser utilizado na análise dinâmica de difusão espacial das doenças e suas relações com o ambiente com alta resolução gráfica, na avaliação da situação de saúde de populações e na identificação de regiões e grupos sob alto risco de adoecer ⁸⁰.

No que se refere a saúde da gestante neste processo, é necessária uma visualização dos caminhos percorridos pela gestante no serviço de saúde para mapeamento de doenças e avaliação dos riscos. Esses caminhos sugerem a apresentar o processo do cuidado em saúde, no formato cartográfico e tecnológico de atenção à gestante no serviço de saúde da atenção básica no processo do pré-natal ^{81,82}.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral: **Analisar** os motivos de atendimento no serviço de urgência obstétrica às gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS das equipes de ESF no Setor Habitacional do Sol Nascente, Ceilândia - DF.

2.2. Objetivos específicos:

2.2.1 identificar os motivos de atendimentos no serviço de urgência obstétrica às gestantes;

2.2.2 caracterizar o perfil sócio demográfico das gestantes;

2.2.3. Traçar o perfil epidemiológico das gestantes;

2.2.4 Georreferenciar as gestantes residentes nas microáreas de atuação das equipes de Estratégia Saúde da Família, no Setor Habitacional Sol Nascente/Ceilândia- DF.

3 METODOLOGIA

3.1 Participantes da pesquisa

Foram 207 gestantes com faixa etária entre 18 a 43 anos de idade que procuraram o atendimento no serviço de urgência obstétrica no HRC e residiam na abrangência do Centro de Saúde nº 08 e na área de atuação das Unidades Básicas de Saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF Vila Olímpica e Laboratório Central no setor P Norte na Região Administrativa de Ceilândia/DF, no período de 1º outubro/14 a fevereiro/15.

Do total das gestantes que procuraram o serviço de urgência foram identificadas 81 gestantes que eram residentes nas áreas de atuação das Unidades Básicas de Saúde das equipes ESF e foi possível realizar entrevistas com 53 dessas gestantes. As outras 28 gestantes não foram entrevistadas por motivos diversos como, falta de endereços padronizados e local em contínua expansão contribuiu para que muitas mulheres não fossem localizadas, algumas estavam com contatos telefônicos e endereços incorretos, outras mudaram de endereço e não atualizaram o cadastro na UBS, algumas recusaram e em alguns casos a ocorrência de abortamento.

3.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo que faz uma distribuição da frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva em função das variáveis ligadas ao espaço (ambientais e populacionais), ao tempo e às pessoas, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas à prevenção de doenças e promoção da saúde de uma população específica ⁸³ e com um repositivamento das causas e dos efeitos juntamente com uma análise diacrônica longitudinal estabelecida pelo pesquisador ⁸⁴.

O estudo abordou também questões analisadas sob a ótica das gestantes por meio da gravação de áudio das entrevistas, nas quais relataram os motivos que as levaram a procurar o atendimento no serviço de urgência do HRC.

3.3 Local do estudo

O estudo foi realizado no Setor Habitacional Sol Nascente – SHSN que constitui um setor da região administrativa de Ceilândia – DF. Ceilândia surgiu da Campanha de Erradicação de Favelas (CEI), primeiro projeto de erradicação de favelas do Distrito Federal. As remoções foram iniciadas em 27 de março de 1971, com aproximadamente 80.000 moradores residentes nas favelas da Vila do IAPI, Vila Tenório, Vila Esperança, Vila Bernardo Sayão e Morro do

Querosene. Hoje possui uma área urbana de 29,10 km² subdividida em: Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, QNQ, QNR, Setores de Indústria e de Materiais de Construção e parte do INCRA (área rural da Região Administrativa), Setor Privê, e condomínios que estão em fase de regularização como o Pôr do Sol e Setor Habitacional Sol Nascente ⁸⁵.

O Setor Habitacional Sol Nascente localiza-se entre os Setores “P” Sul, “P” Norte e Quadras da QNQ na Ceilândia. Está inserido, em parte, na Zona Urbana de Dinamização e, em parte, na Zona Rural, situado em terreno de concessão de uso que foi fracionado de forma irregular a partir da década de 1990 e intensificado a partir de 2000 ⁸⁵. Em fase de regularização fundiária conta uma população estimada de 56.226 habitantes ⁸⁶ em uma área de maior vulnerabilidade. Não conta com uma delimitação de endereçamento nem uma padronização de logradouros, o que dificulta o mapeamento e o acompanhamento das situações de saúde, além de estar em contínua expansão. É considerado o segundo aglomerado urbano do Brasil ⁸⁷.

3.4 Organizações dos serviços de saúde

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal está organizada em 7 Regiões de Saúde, 1 Instituto de Saúde Mental, 1 Centro de Orientação Psicopedagógico e 4 Unidades de Referência Assistencial. Ceilândia está inserida na Região de Saúde Oeste com 1 Hospital Regional, 1 Laboratório Central, 1 Posto de Saúde Urbano Condomínio Privê, 1 Posto de Saúde Rural Boa Esperança, 1 Ambulatório de apoio do Hospital Regional de Ceilândia, 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad, 1 NASF, 11 Centros de Saúde e 2 Unidades Básicas de Saúde Vila Olímpica e Laboratório Regional ⁸⁸.

Em relação às Unidades Básicas de Saúde o Brasil contabilizou em janeiro de 2016 40.196 equipes de ESF atendendo 5.463 municípios, com 60,95% de cobertura populacional até o ano de 2015. O Distrito Federal possui 250 equipes de ESF em 2016 com cobertura populacional de 29,75% em 2015 ⁹⁹. Ceilândia hoje possui 29 equipes de ESF e 143 Agentes Comunitários de Saúde com cobertura de 20%. O território pesquisado no Setor Habitacional Sol Nascente corresponde à área de atuação de 7 equipes ESF do Centro de Saúde nº 08 que funcionam na Unidade Básica de Saúde do Laboratório Regional de Saúde de Ceilândia e da Vila Olímpica ⁸⁹.

3.5 Fontes de dados e instrumentos de coleta

1) Para avaliar os motivos que levaram as gestantes a procurar o serviço de urgência do HRC, foi utilizado o banco de dados já existente de 207 gestantes que frequentaram estes

serviços no período de outubro de 2014 a fevereiro de 2015 pelo prontuário eletrônico do *Trakcare* disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SESDF, em que foram registradas as seguintes variáveis: número de registro do prontuário eletrônico, data de nascimento, endereço residencial, abrangência (1- CS4408, 2- UBS/ESF), data do atendimento na urgência, idade gestacional, desfecho do atendimento (1- alta, 2- internação), motivos do atendimento (CID-10), número de consultas do pré-natal, número de vezes que já buscou atendimento na urgência.

O reconhecimento de todas as gestantes residentes nas áreas de atuação das equipes ESF e que procuraram atendimento na urgência do HRC foi por meio dos endereços residenciais no Setor Habitacional Sol Nascente. Após o reconhecimento de todas as gestantes, para caracterizar o perfil sócio demográfico, traçar o perfil epidemiológico e maior aprofundamento sobre os motivos de atendimento à urgência ginecológica do HRC, foi aplicado um formulário semiestruturado para 53 gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS das equipes de ESF. O formulário consiste em um instrumento de coleta de dados preenchido pelo pesquisador que permite obter informações diretamente do informante ⁹⁰.

Para a aplicação do formulário foi utilizada a técnica de entrevista (comunicação verbal, ou seja, uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa de um entrevistador com o objetivo de construir informações relevantes para um objeto de pesquisa) semiestruturada (combinação de perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistador tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada) ⁹¹.

A entrevista ocorreu a partir de um contato preliminar pessoal com a entrevistada, foi uma única entrevista com cada participante baseada no roteiro que é o próprio formulário semiestruturado, o qual incluiu um total de 29 questões 27 fechadas e 2 abertas que foram abordadas com gravação de áudio durante todas as entrevistas ⁹².

Para a aplicação do formulário foi feito um convite pessoal por meio de visitas domiciliares pela pesquisadora, explicando claramente o objetivo da pesquisa (criteriosamente de acordo com a Resolução 466/2012) às gestantes, após o convite foram agendadas com horário conveniente e local adequado de forma a garantir a confidencialidade e sigilo das informações, de acordo com a disponibilidade de cada uma para aplicação do formulário semiestruturado pela pesquisadora.

2) O georreferenciamento para elaboração do mapa das microáreas já existente das UBS das equipes ESF do Setor Habitacional Sol Nascente e do Centro de Saúde 08 foi elaborado com a base cartográfica de endereços da Secretaria de Estado de Gestão do Território e Habitação do Distrito Federal (SEDHAB/DF). As informações de endereçamento de todas as

residências das áreas foram padronizadas e transcritas para a planilha de Excel estruturada contendo dados de localização das unidades de saúde mencionadas; o código das equipes da ESF e nome do Agente Comunitário de Saúde.

3.6 Processamento e análise dos dados

Os dados foram processados e analisados pelo *Software* SPSS-versão 19. A análise quantitativa foi por meio da descrição de frequência univariada, na qual apenas o comportamento de uma variável é objeto de atenção; e bivariada, que se ocupa das relações entre duas variáveis ou das distribuições conjuntas de duas variáveis ⁹³. Para a análise bivariada foi utilizado o teste Qui Quadrado (χ^2) e a prova exata de Fisher considerado o valor de prova $p < 0,05$ (5%) para resultados estatisticamente significativos na investigação ⁹⁴.

Para a análise das questões abertas do formulário semiestruturado foram selecionadas 6 entrevistas que mais se aproximou do objeto em questão: reproduziram a percepção das gestantes no atendimento de modo geral do pré-natal, parto, puerpério e a impressão delas no atendimento de urgência para gestantes no HRC. Para isso foi feito o registro fidedigno das entrevistas durante a coleta de dados cuja matéria-prima é a fala, tornando-se crucial para uma boa compreensão do grupo pesquisado. Dentre os instrumentos de fidedignidade a gravação foi a mais usual da conversa ⁹¹.

A identificação do georreferenciamento das microáreas das UBS das equipes da ESF se deu por uma base cartográfica de endereços da Secretaria de Estado de Gestão do Território e Habitação do Distrito Federal (SEDHAB/DF). Posteriormente, espacializou-se os dados da planilha de Excel padronizada em um ambiente georreferenciado dentro de um software de Sistema de Informação Geográfica (SIG). O software utilizado foi o ARCGIS 10.1. Criou-se uma camada vetorial de informação, que permite consultar, modificar, e fazer operações entre outras camadas de informação, como setores censitários, base cartográficas de hidrografia, entre outros. Desta forma foi possível construir o mapa para identificação das gestantes residentes nessas áreas.

3.7 Considerações éticas

Este projeto de pesquisa foi desenvolvido após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SESDF, CAAE nº 47084215.7.3001.5553, parecer nº 1.314.104, em 13 de outubro de 2015 e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília - CEP/FS-UNB, CAAE nº

47084215.7.0000.0030, parecer nº 1.279.247, em 09 de novembro de 2015, ambas via da Plataforma Brasil (Anexo). Com respectivas aprovações, iniciou-se à coleta de dados de campo que obedecendo aos critérios da Resolução nº 466/2012, referentes à ética em pesquisa com seres humanos ⁹⁵.

Ainda de acordo com a Resolução a pesquisa prosseguiu após compromisso ético do pesquisador, assinaturas dos Termos de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, que assegura aos participantes da pesquisa direitos de confidencialidade e privacidade das informações prestadas pelos registros de áudios gravados e anonimatos de modo que não seja possível sua identificação.

4 RESULTADOS

Nesse estudo foram identificadas 207 gestantes, 126 gestantes residentes nas áreas de atuação do Centro de Saúde 08 e 81 gestantes residentes nas áreas de atuação das Unidades Básicas de Saúde das equipes de ESF. Todas essas gestantes por algum motivo passaram pela Urgência Obstétrica do HRC (Região de Saúde Oeste) no período de 1º outubro/14 a fevereiro/15 (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos atendimentos de primeira e última consulta nos serviços de urgência obstétrica do Hospital Regional de Ceilândia, DF 2015

Variáveis	Primeira Consulta				X2	P	Última Consulta				Fisher's Exact Test	
	Centro de Saúde nº 08		Unidade Básica de Saúde				Centro de Saúde nº 08		Unidade Básica de Saúde			
	Absoluta (n)	Relativa (%)	Absoluta (n)	Relativa (%)			Absoluta (n)	Relativa (%)	Absoluta (n)	Relativa (%)		
Motivo												
Dor em Baixo Ventre	34	27,0	20	24,7		1	3,1	2	14,3			
Infecção do Trato Urinário	14	11,1	14	17,3		2	6,3	2	14,3			
Parto	41	32,5	27	33,3		20	62,5	9	64,3			
Aborto	3	2,4	2	2,5		1	3,1	0	0,0			
Cefaléia	3	2,4	2	2,5		1	3,1	0	0,0			
Sangramento Transvaginal	10	7,9	1	1,2		3	9,4	0	0,0			
Doenças do Trato Respiratório	4	3,2	3	3,7		0	0,0	1	7,1			
Causas externas	5	4,0	1	1,2		1	3,1	0	0,0			
Outros	12	9,5	11	13,6		3	9,4	0	0,0			
Total	126	100,0	81	100,0		32	100,0	14	100,0			
Desfecho												
Alta	77	61,1	49	60,5	0,008	0,929	9	29,0	5	38,5	0,375	0,540
Internação	49	38,9	32	39,5			22	71,0	8	61,5		
Total	126	100,0	81	100			31	100,0	13	100,0		
Número de Consulta de Pré Natal												
Até 5 CPN	54	42,9	55	67,9	12,405	0,000	11	37,9	9	69,2	3,525	0,060
6 ou mais CPN	72	57,1	26	32,1			18	62,1	4	30,8		
Total	126	100,0	81	100			29	100,0	13	100,0		
Idade Gestacional												
Até 36 semanas	74	58,7	47	58,0	0,010	0,920	13	40,6	4	28,6	0,522	0,331
37 a 42 semanas	52	41,3	34	42,0			19	59,4	10	71,4		
Total	126	100,0	81	100,0			32	100,0	14	100,0		
Tempo entre Consultas												
Média	5,86								7,66			
Desvio Padrão	5,03								7,09			
Total	126	100,0							46	100,0		

Fonte: TrakCare Prontuário Eletrônico - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal 2015.

A tabela 1 apresenta as variáveis relacionadas ao atendimento de primeira e última consulta nos serviços de Urgência Obstétrica do HRC.

Como principal motivo o parto representou a maior frequência de consultas considerando a 1ª consulta, tanto para as gestantes do CS 08 como da UBS, representando 32,5% (n=41) e 33,3% (n=27) respectivamente. Na última consulta, ainda considerando o parto como motivo de consulta, representou 62,5% (n=20) das gestantes do CS08 e 64,3% (n=9) da UBS.

A infecção do trato urinário teve maior frequência de casos na primeira consulta, 11,1% (n=14) de gestantes do CS08 e 17,3% (n=14) da UBS, em relação à última consulta, que representou no CS08 6,3% (n=2) de gestantes e 14,3% (n=2) da UBS.

O variável desfecho na primeira consulta que apresentou maior frequência foi a alta com 61,1% (n=77) das gestantes do CS08 e 60,5% (n=49) da UBS, já a internação representou 38,9% (n=49) e 39,5% (n=32) respectivamente. Em relação à última consulta a internação representou 71,0% (n=22) no CS 08 e 61,5% (n=8) na UBS.

Na primeira consulta a variável número de consultas de pré-natal com até 5 consultas foi mais evidente nas gestantes da UBS com 67,9% (n=55) em relação às do CS08 42,9% (n=54). A última consulta com até 5 consultas de pré-natal a maior frequência foi entre as gestantes da UBS, comparadas com as gestantes do CS08, sendo 69,2% (n=9) e 37,9% (n=11) respectivamente. Em relação a frequência de 6 ou mais consultas de pré-natal, durante a primeira consulta, as gestantes do CS08 apresentaram 57,1% (n=72) e as gestantes da UBS 32,1% (n=26). Na última consulta ao serviço de urgência ginecológico, considerando 6 ou mais consultas de pré-natal, novamente as gestantes do CS08 apresentaram 62,1% (n=18) e as gestantes da UBS 30,8% (n=4).

As diferenças de distribuição de frequência entre a variável número de consultas de pré-natal com até 5 consultas, na primeira vez que foi ao serviço de urgência obstétrico do HRC, entre o CS08 e UBS apresentou diferença estatisticamente significativa ($X^2 = 12,405$; $p = 0,00$).

A idade gestacional com até 36 semanas, na primeira consulta ao serviço de urgência, esteve presente em 58,5% (n=74) das gestantes do CS08 e em 58,0% (n=47) nas gestantes da UBS. Na última consulta, ainda em relação à idade gestacional de 36 semanas, as gestantes do CS08 apresentaram uma distribuição de 40,6% (n=13) e as gestantes da UBS tiveram apenas 28,6% (n=4).

Também foi possível identificar a média de tempo ocorrido entre a primeira consulta e a última consulta ao serviço de urgência do HRC, comparando as gestantes do CS08 e as gestantes da UBS. Assim, a média de tempo entre as consultas ao serviço de urgência obstétrico das gestantes do CS08 foi de 5,86 (DP=5,03) e da UBS foi de 7,66 (DP=7,09). Portanto as gestantes de CS08 apresentam um tempo menor entre a primeira e a última consulta ao serviço de urgência obstétrico, do que as gestantes da UBS.

A tabela 2 apresenta as variáveis sócio demográficas das gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS das equipes de Estratégia Saúde da Família, Ceilândia/DF. Entre a distribuição sócio demográfica, 35,9% (n=19) das gestantes são naturais de Brasília, em seguida de Caxias, São Luís e São Miguel no Maranhão ambos com 3,8% (n=2). As Unidades da Federação com maior destaque foi o DF com 35,9% (n=19), MA com 22,6% (n=12) e, BA e PI ambos com 9,4% (n=5). A faixa etária que mais se destacou foi a de 18 a 27 anos de idade 54,5% (n=29), seguida de 28 a 37 anos de idade 37,9% (n=20).

Tabela 2. Distribuição sociodemográfica das gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS das equipes de ESF, segundo variáveis selecionadas, Ceilândia, DF 2015

Variáveis	Frequência	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Naturalidade		
Brasília	19	35,9
Caxias	2	3,8
São Luís	2	3,8
São Miguel	2	3,8
Outros	28	52,7
Total	53	100,0
Unidade da Federação		
DF	19	35,9
MA	12	22,6
BA	5	9,4
PI	5	9,4
Outros	22	41,4
Total	53	100,0
Faixa etária		
18 a 27 anos	29	54,5
28 a 37 anos	20	37,9
Outras	4	7,6
Total	53	100,0
Ocupação		
Do lar	27	50,9
Vendedora	4	7,6
Comerciante	4	7,6
Outras	18	33,9
Total	53	100,0
Estado Civil		
Casada	23	43,4
Solteira	22	41,5
União estável	8	15,1
Total	53	100,0
Escolaridade		
Ensino Médio	27	50,9
Ensino Fundamental	23	43,4
Outras	3	5,7
Total	53	100,0
Raça/Cor		
Pretos/Pardos	42	79,3
Outras	11	20,7
Total	53	100,0

Fonte: Elaboração própria

Em relação a ocupação, 50,9% (n=27) das gestantes eram do lar, em seguida vendedora e comerciantes com 7,6% (n=4) respectivamente. A variável estado civil apresentou uma distribuição de 43,4% (n=23) de casadas, 41,5% (n=22) de solteiras e 15,1% (n=8) de união estável. A escolaridade das gestantes mais frequente foi ensino médio, com 50,9% (n=27) e o ensino fundamental com 43,4% (n=23). A variável raça/cor com maior distribuição foi a pretas/pardas com 79,3% (n=42) e apenas 20,7% (n=11) para as demais raças/cor.

A tabela 3 apresenta variáveis sócio demográficas que apresentam o perfil da moradia e as condições sanitárias das gestantes residentes nas áreas de atuação da Unidade Básica de Saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família, Ceilândia, DF.

A variável moradia foi de 100% (n=53) para casa de alvenaria, o tipo de moradia representou 52,8% (n=28) como própria, 32,1% (n=17) como cedida e 15,1% (n=8) alugada. A

maneira como a água chega até as residências das gestantes foi de 100% (n=53) para água canalizada proveniente da rede geral de distribuição. Todas as moradias 100% (n=53) possuíam até o momento fossa séptica, como tipo de esgoto, a coleta de lixo era realizada pelos serviços públicos 98,1% (n=52) e apenas 1,9% (n=1) jogavam o lixo em terreno baldio.

Tabela 3. Distribuição sociodemográfica das gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS das equipes de ESF segundo, variáveis selecionadas, Ceilândia, 2015

Variáveis	Frequência	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Moradia		
Casa de alvenaria	53	100,0
Total	53	100,0
Tipo de Moradia		
Própria	28	52,8
Cedida	17	32,1
Alugada	8	15,1
Total	53	100,0
Água		
Canalizada	53	100,0
Total	53	100,0
Fonte da água		
Rede geral (CAESB)	53	100,0
Total	53	100,0
Tipo de esgoto		
Fossa séptica	53	100,0
Total	53	100,0
Coleta de lixo		
Serviços públicos	52	98,1
Terreno baldio	1	1,9
Total	53	100,0

Fonte: Elaboração própria

A tabela 4 explica a distribuição das condições de saúde e o acesso dos serviços de saúde das gestantes residentes nas áreas de atuação da Unidade Básica de Saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família, Ceilândia, DF.

O principal serviço de saúde procurado pelas gestantes quando houve uma necessidade de saúde foi o pronto socorro/urgência 37,7% (n=20), em seguida a farmácia mais próxima 34% (n=18) e em seguida a UBS 26,4% (n=14). Houve também aquelas que procuraram mais de um serviço de saúde quando necessário, maior parte não procurou mais de um serviço de saúde 86,8% (n=46), procurou a farmácia mais próxima 7,5% (n=4), procurou outros serviços de saúde 3,8% (n=2) e apenas 1,9% (n=1) procurou a UBS.

A procura dos serviços de saúde para iniciar o pré-natal representou 96,2% (n=51) das gestantes e apenas 3,8% (n=2) não procurou os serviços de saúde para iniciar o pré-natal. O tipo de serviço mais procurado para iniciar o pré-natal foi a UBS com 96,2% (n=51), hospital/clínica particular e pronto socorro/urgência somaram 1,9% (n=1) cada uma respectivamente. Para a maioria das gestantes não foram encontradas dificuldades durante as

consultas de pré-natal o que representou 90,6% (n=48) delas e apenas 9,4% (n=5) tiveram alguma dificuldade.

Tabela 4. Distribuição das condições de saúde e acesso aos serviços de saúde das gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS das equipes de ESF segundo variáveis selecionadas, Ceilândia, DF 2015

Variáveis	Frequência	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Procura aos serviços de saúde		
Pronto socorro/Urgência	20	37,7
Farmácia	18	34,0
Unidade Básica de Saúde	14	26,4
Hospital/ Clínica particular	1	1,9
Total	53	100,0
Procura por mais de um serviço de saúde		
Não procura mais de um serviço de saúde	46	86,8
Farmácia	4	7,5
Outros serviços de saúde	2	3,8
Unidade Básica de Saúde	1	1,9
Total	53	100,0
Procura dos serviços de saúde para iniciar o pré-natal		
Sim	51	96,2
Não	2	3,8
Total	53	100,0
Tipo de serviço de saúde para iniciar o pré-natal		
Unidade Básica de Saúde	51	96,2
Hospital/ Clínica particular	1	1,9
Pronto socorro/Urgência	1	1,9
Total	53	100,0
Dificuldades nas consultas de pré-natal na UBS		
Sim	5	9,4
Não	48	90,6
Total	53	100,0
Realização dos exames de pré-natal (1º, 2º e 3º Trim)		
Sim	50	94,3
Não	3	5,7
Total	53	100,0
Avaliação do atendimento no pré-natal		
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Bom	27	51,0
Muito bom	20	37,7
Regular	6	11,3
Total	53	100,0
Pré-natal de alto risco		
Sim	11	20,8
Não	42	79,2
Total	53	100,0
Motivos do alto risco		
Hipertensão	6	11,3
Descolamento de placenta	2	3,8
Sangramento	1	1,9
Diabetes	1	1,9
Perda de líquido	1	1,9
Indicação da maternidade para o parto durante o pré-natal		
Sim	43	81,1
Não	10	18,9
Total	53	100,0

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a realização dos exames de pré-natal (1º, 2º e 3º trimestre) 94,3% (n=50) realizaram todos os exames no decorrer dos três trimestres e 5,7% (n=3) não realizaram algum exame durante todo o pré-natal. Durante a gestação o atendimento do pré-natal foi avaliado em três modalidades, bom 51% (n=27), muito bom 37,7% (n=20) e regular 11,3% (n=6).

Em relação ao tipo de pré-natal obteve-se 79,2% (n=42) como pré-natal de risco habitual e 20,8% (n=11) como pré-natal de alto risco, sendo os principais motivos de alto risco a hipertensão 11,3% (n=6), deslocamento de placenta 3,8% (n=2), sangramento, diabetes e perda de líquido, ambos com 1,9% (n=1) respectivamente. Durante o pré-natal também houve a indicação da maternidade de referência para a realização do parto, 81,1% (n=43) tiveram a indicação da maternidade de referência e 18,9% (n=10) não foram orientadas a respeito da maternidade procurariam para a realização do parto.

A tabela 5 apresenta a distribuição das condições de saúde e do acesso dos serviços de saúde de urgência realizado pelas gestantes, residentes nas áreas de atuação da Unidade Básica de Saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família, Ceilândia, DF.

Tabela 5. Distribuição das condições de saúde e acesso aos serviços das saúde das gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS das equipes de ESF segundo variáveis selecionadas, Ceilândia, DF 2015

Variáveis	Frequência	
	Absoluta (n)	Relativa (%)
Habitos durante a gestação		
Tabaco	4	7,5
Álcool	1	1,9
Nenhum	48	90,6
Total	53	100,0
Procura pela urgência durante a gestação		
Sim	40	75,5
Não	13	24,5
Total	53	100,0
Principais motivos que levaram à procura da urgência		
Infecção do trato urinário	26	65,0
Dor em baixo ventre	6	15,0
Sangramento transvaginal	5	12,5
Perda de líquido	3	7,5
Total	40	100,0
Resolução do problema durante o atendimento de urgência		
Sim	29	72,5
Não	11	27,5
Total	40	100,0
Problema não foi resolvido e retorno à urgência novamente		
Sim	9	81,8
Não	2	18,2
Total	11	100

Fonte: Elaboração própria

Em relação a adição de algum hábito pelas gestantes durante a gestação foi possível observar, usaram tabaco 7,5% (n=4), álcool somente 1,9% (n=1) ou não tiveram adição de nenhum hábito 90,6% (n= 48).

A procura pela urgência durante a gestação identificou que 75,5% (n=40) das gestantes procuraram esses serviços e 24,5% (n=13) não procuraram a urgência, a não ser para o parto. Os principais motivos que levaram as gestantes a procurarem a urgência foram infecção do trato urinário 65% (n=26), dor em baixo ventre 15% (n=6) e sangramento transvaginal 12,5% (n=5). Durante o atendimento de urgência 72,5% (n=29) das gestantes tiveram seus problemas resolvidos e 27,5% (n=11) não tiveram resolução para seus problemas. Das que não tiveram seus problemas resolvidos 81,8% (n=9) retornou à urgência novamente e 18,2% (n=2) não voltaram mais a procurar os serviços.

Ainda como resultado da análise da aplicação do formulário semiestruturado de uma questão aberta que apontou os motivos pelos quais as gestantes procuraram os serviços de urgência do HRC, obteve-se como motivos: primeiro foi a busca de atendimento mais rápido e prioritário por estarem gestantes com 43,4% (n=23), em segundo o receio de não conseguir atendimento imediato para a resolução de seus problemas na UBS representando 32,0% (n=17), logo muitas desconheciam a possibilidade de conseguirem uma consulta no dia, entre as consultas agendadas e entenderam que seus problemas de urgências não seriam resolvidos na UBS e por terceiro motivo foi o não funcionamento da UBS à noite e finais de semana com 24,6% (n=13).

Os resultados das 6 entrevistas das questões abertas do formulário semiestruturado que mais se aproximaram do objeto em questão, reproduziram a percepção das gestantes no atendimento de modo geral do pré-natal, parto, puerpério e a impressão delas no atendimento de urgência para gestantes no HRC, como seguem abaixo:

Percepção das gestantes no atendimento de modo geral do pré-natal, parto, puerpério

O pré-natal foi muito bom ajudou em questões importantes para o parto, as palestras, as reuniões informativas o atendimento do doutor e das enfermeiras ajudaram muito [...] no parto lá no CO não havia box que separassem a gente, fiquei muito tempo sentada sem vaga de leito para ter meu filho, cheguei a dormi no chão, agora quando fui pra a maternidade aí já melhorou mais, outra vida, lá é muito bom, fui bem atendida. (KLP)

Do pré-natal não tenho o que falar mal, fui bem atendida durante toda gravidez graças a Deus! As consultas foram certinhas, nunca desmarcaram nenhuma, não tenho o que reclamar do postinho lá das meninas enfermeiras [...] no parto eu tive sorte peguei uma boa equipe, mas a questão é que estava cheio demais, superlotado, não tinha cama, tinha muita gente sendo transferida pro hospital de Santa Maria acho que foram 5 das que estavam lá depois de mim, nem roupa tinha pra gente, fiquei com a roupa suja de sangue até ir pra maternidade. (DSF)

[...] lá no posto de saúde sempre me trataram bem, mesmo perdendo algumas consultas da gravidez e uns exames eu fui bem recebida e eles remarcaram de novo, gostei do pré-natal todo [...] o meu parto foi dureza, faltou material de limpeza os banheiros estavam de rodoviária, camisola não tinha e nem sabonete para nós tomar banho e eles num deixam entrar com nada naquele matadouro, açougue. Tinha tanta, tanta mulher que teve umas gritando que foram maltratadas pelos médicos que falava que tinha sido bom na hora de fazer e agora tava gritando, essas tiveram praticamente os filhos sozinhas, só melhorou quando fui pra maternidade lá é um céu! (DSA)

Foi regular, achei muito cheio e o lugar que atende é tudo junto com crianças e adultos, tinha que aumentar aquele lugar, mas em relação às consultas fui até bem tratada minhas dúvidas foram bem esclarecidas, as vezes eu acho que o médico tinha que ter um ginecologista, aquele médico do pré-natal atende todo mundo eu hein! [...] lá no hospital de Ceilândia eu dei sorte demais peguei uma troca de plantão e fui bem atendida. Do meu primeiro filho me ferrei, porque mandavam eu me calar toda hora só que tinha muita gente, mas a médica dava atenção e conversava com todas nós pegava até na minha mão, dizia que eu tava com 5 de dilatação e que logo eu ia ter meu bebê, nem precisei tomar remédio pra aumentar as dores [...] faltou camisola absorvente e lençol de cama, na maternidade também fui bem tratada. (FRS)

Pré-natal é excelente! Pra mim foi tudo 100%, porque mais ajudada que aquilo não tinha condição, os agentes de saúde marcaram todas as minhas consultas sendo elas ou não de pré-natal, me facilitam de ter que ficar indo lá no postinho, mas não faltei nenhuma consulta muito bom o pré-natal deles viu! [...] agora pra ter minha filha sofri demais, fiquei sofrendo três dias e não dilatava, mesmo com a bolsa estourada eles não fizeram uma cesárea, induziram o parto e foi uma troca de plantão aí peguei umas estagiárias e aí me ajudam tanto, que consegui ter minha filha normal, mas ela nasceu roxa e sem chorar, outra coisa é a falta de roupa de cama que tinha nada, vinha uma vez ou outra, mas a gente sangrando com aquele pano no meio das pernas sujava rapidinho, não usei absorvente nem uma vez [...] na maternidade nem tenho o que falar assim que cheguei lá e o médico viu que tava bem me deu alta, mas foi umas horas que fiquei lá. (EMA)

Se soubesse que o pré-natal do posto era tão bom nem tinha feito particular também, mas meu marido quis né! A equipe do posto é melhor que a do particular mil vezes, não fiz muito exame no particular como no posto [...] quando fui ter minha filha tive que ir pra o público, particular a gente não tinha dinheiro, no HRC demorei tanto a ter ela que ela defecou dentro de mim, isso causou uma infecção que quase morri com ela, fiquei numa maca perto do chão, a médica viu que não tinha passagem e teimou

comigo e quando foi no fim teve que fazer uma cesárea [...] uma coisa que falar mesmo, vi enfermeiras no celular jogando e as mulheres padecendo de dor, as enfermeiras diziam que o nome delas era como doce. Assim que fui para a maternidade nem tinha forças para caminhar, elas não me ajudaram nem levar minha filha, mas na maternidade é bom demais a gente é respeitada como gente, como ser humano. (MRC)

Impressão no atendimento de urgência para gestantes no HRC

“[...] horrível, horrível e horrível, me mandaram embora com muitas dores, muitas mulheres em sofrimento pedindo ajuda sentadas por muito tempo e cadeiras duras, induziam os partos com remédios e não ajudavam”. (KLP)

“Foi bom sim! [...] fui bem atendida por aquelas enfermeiras e a doutora só teve o trabalho de puxar o neném, as moças de Deus fizeram até massagem em mim, pena que nem todo mundo pega elas né? ”. (DSF)

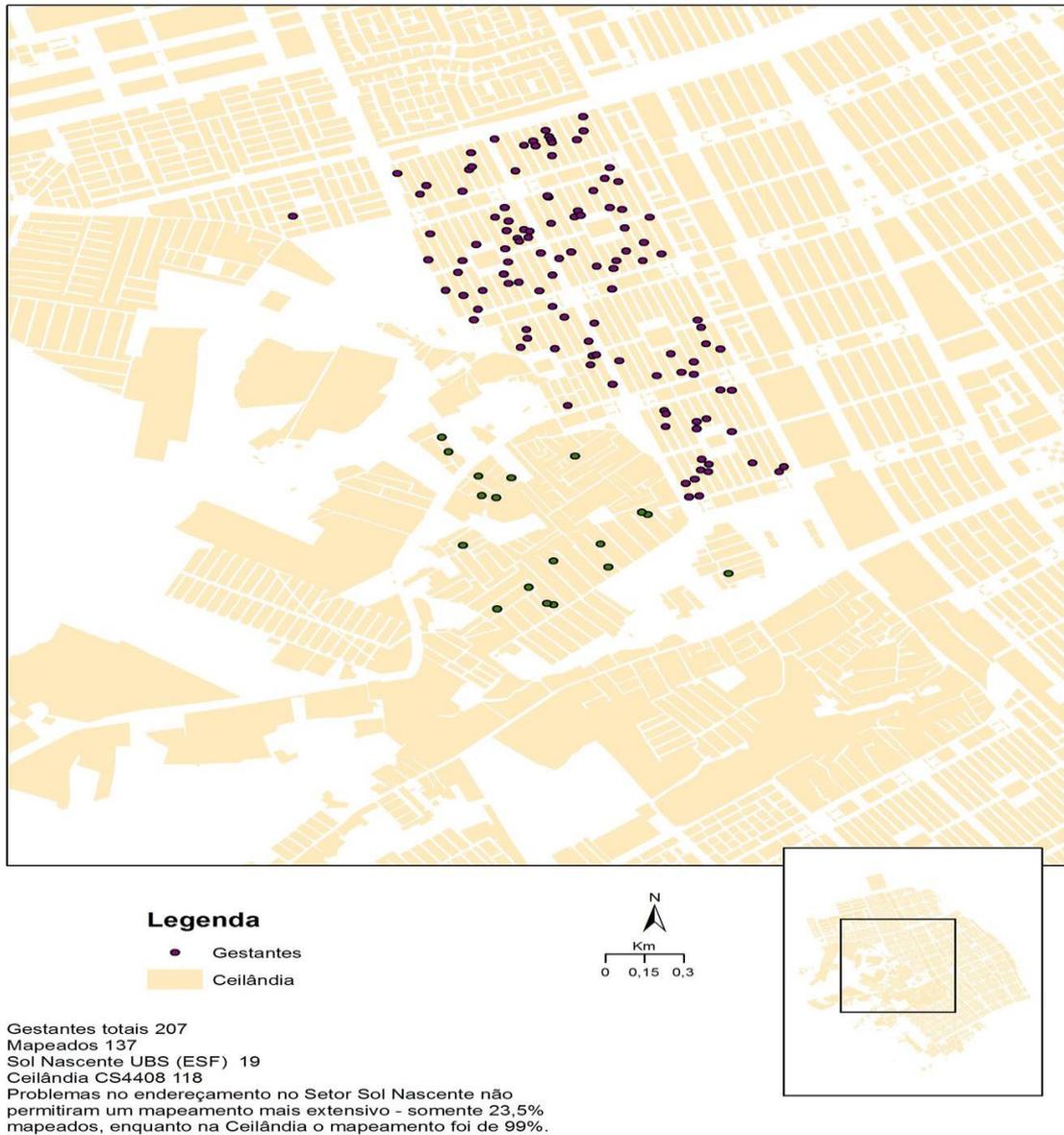
“[...] sofrimento total, mortes de bebês por negligência da equipe, ou sei lá pelo quê, o pior de tudo é na troca de plantão, as que iam chegando ficava sofrendo até amanhecer o dia, isso da entrada até parir o menino, aff! ”. (DSA)

“Caos para mulheres grávidas, superlotação e descaso, muitas mulheres perdem seus filhos por conta disso [...] vi muita gente lá fora que já tinha rodado Brasília todinha e veio para lá dinovo”. (FRS)

“O HRC sendo para gestante ou não é sofrimento viu nessa urgência, já falei é sorte da gente conseguir atendimento bom, acho que fiquei traumatizada com aquele lugar [...] se eu tivesse ido conhecer o CO eu tinha ido para outro hospital”. (EMA)

“[...] urgência pra gestante naquele local que chamam de hospital é descaso total com as mulheres que chegam tão fragilizadas para terem seus filhos eu choro só lembrar”. (MRC)

A Figura 1 apresenta a espacialização das gestantes residentes nas áreas de atuação do Centro de Saúde 08 e nas áreas de atuação das Unidades Básicas de Saúde das equipes de ESF no período de 1º outubro/14 a fevereiro/15.



Fonte: TrakCare Prontuário Eletrônico-Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal 2015; Secretaria de Estado de Gestão do Território e Habitação-SEDHAB 2015

Figura 1 Espacialização das gestantes residentes nas áreas de atuação do Centro de Saúde 08 e nas áreas de atuação das Unidades Básicas de Saúde das equipes de ESF. Elaborado por Rafael Catão-FCT/UNESP

5 DISCUSSÃO

5.1 Motivos de atendimento os serviços de urgência às gestantes

No estudo foi possível identificar os motivos de atendimento de urgência para gestantes residentes nas áreas de atuação das Unidades Básicas de Saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família no Setor Habitacional do Sol Nascente em Ceilândia – DF, em comparação as gestantes do CS08. Dentre os motivos estão o parto como primeiro motivo de primeira consulta e última consulta na urgência do HRT tanto para as gestantes do CS08 como da UBS, que representou 32,5% (n=41) e 33,3% (n=27) respectivamente. Na última consulta, ainda considerando o parto como motivo de consulta obteve-se 62,5% (n=20) das gestantes do CS08 e 64,3% (n=9) da UBS.

No Brasil a urgência obstétrica é vista pelo Ministério da Saúde como uma porta de entrada dos hospitais e das maternidades, as quais assumem características com suas próprias necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico, não indicando uma padronização para toda a rede de atenção à saúde, mas como uma orientação para subsidiar ajustes locais com particularidades de cada território e serviços de saúde ²³.

Quanto a variável ITU foi identificado que houve maior frequência de casos na primeira consulta, 11,1% (n=14) de gestantes do CS08 e 17,3% (n=14) da UBS, em relação à última consulta, que representou no CS08 6,3% (n=2) de gestantes e 14,3% (n=2) da UBS. Para a ITU entre gestantes residentes na regional de saúde de Ceilândia é um dado que gera preocupação uma vez que é um problema frequente na gestação, acometendo 10 a 12% das gestantes e que, portanto, a UBS deveria ser o local mais apropriado para a realização do tratamento. Um estudo no Sul do Brasil mostrou que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da ITU devem ser prontamente implantados para evitar complicações maternas e fetais com a adesão das gestantes ao pré-natal e o tipo de atendimento prestado à gestante ⁹⁶.

Os profissionais responsáveis pelo pré-natal dessas mulheres têm uma preocupação adicional devido a terapêutica antimicrobiana com profilaxia restrita, resistência bacteriana e toxicidade para o feto/embrião. Porém é no pré-natal que é possível detectar a infecção por meio dos exames de rotina trimestrais, assim é preciso acompanhar os resultados das intervenções até o período pós-parto garantindo que não ocorram repercussões para a mãe e o bebê ⁹⁷.

Se tratando dos resultados das UBS sempre apresentam um maior número de casos em relação aos resultados do CS08, isso é explicado devido a fragilidade na cobertura, uma vez faltando um ACS, não há outro profissional para substituir e assim as áreas vão ficando descobertas sem assistência e acompanhamento. Logo com esse cenário é possível averiguar

que as equipes de ESF são incompletas e a todo tempo tentam se reorganizar para prestar melhores serviços para essa comunidade que é o SHSN.

Outro resultado de relevância foi a análise que apontou os motivos no geral pelos quais as gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS das equipes de ESF procuraram os serviços de urgência do HRC. Foram mencionados motivos como a busca de atendimento mais rápido e prioritário por estarem gestantes com 43,4% (n=23), em segundo o receio de não conseguir atendimento imediato para a resolução de seus problemas na UBS representando 32,0% (n=17), logo muitas desconheciam a possibilidade de consultas no dia que necessitam e entendem que seus problemas de urgências não seriam resolvidos na UBS e por terceiro motivo foi o não funcionamento da UBS à noite e finais de semana com 24,6% (n=13).

O manual de acolhimento e classificação de risco do Ministério da Saúde 2014 mostra claramente como essa gestante está em relação à procura dos serviços de urgências. Há um desconhecimento, mitos que rodeiam o período da gestação, do parto e do nascimento levando na maioria das vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e dos que a acompanham. Mesmo sendo acompanhada durante o pré-natal muitas vezes a falta de informação clara e objetiva faz com que procure serviços de urgência e maternidade com frequência, assim é de fundamental importância que haja a construção de um vínculo com os profissionais e os serviços de saúde principalmente o momento do parto ²³.

A variável número de consulta de pré-natal no estudo mostrou a frequência de 6 ou mais consultas de pré-natal, durante a primeira consulta, as gestantes do CS08 apresentaram 57,1% (n=72) e as gestantes da UBS 32,1% (n=26). Na última consulta ao serviço de urgência ginecológico, considerando 6 ou mais consultas de pré-natal, novamente as gestantes do CS08 apresentaram 62,1% (n=18) e as gestantes da UBS 30,8% (n=4). O caso das gestantes do CS 08 apresentarem maior frequência que as da UBS nessa variável tanto na primeira consulta quanto na última poderá está associado à questão da distância entre as moradias e a UBS que muitas vezes ficam todas muito distantes, configurando uma barreira de acesso ao serviço de saúde importante.

Em relação a essa variável o ministério da saúde preconiza as ações de saúde voltadas para a cobertura de do pré-natal assegurando minimamente 6 consultas e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal ⁶¹.

Um estudo de pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB mostrou que maior parte das gestantes (83,6%) iniciou o pré-natal no primeiro trimestre com 89,9% delas apresentando no mínimo seis consultas de pré-natal ⁹⁸. O município citado possui 174

equipes de ESF em 2016 com cobertura populacional de 75,85% em 2015, o Distrito Federal possui 250 equipes de ESF em 2016, porém com cobertura populacional de 29,75% em 2015⁹⁹. Ceilândia especificamente atualmente possui 29 equipes de ESF e 143 Agentes Comunitários de Saúde com cobertura de 20%⁸⁸.

5.2 Perfil sociodemográfico das gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS

Das variáveis sócias e demográficas das gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS das equipes de ESF identificadas nesse trabalho, a escolaridade que é ressaltada como um fator relevante para as questões de saúde/gestação, apresentou a maioria das gestantes (50,9%) com o ensino médio. A escolaridade materna pode influenciar em vários fatores, tais como a adesão ao pré-natal, no caso desse estudo a escolaridade poderia explicar parte da adesão ao pré-natal, não sendo o caso desse estudo, onde a mães são escolarizadas. Um estudo recente sobre adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil, evidencia mais ainda a escolaridade como questão influenciadora para adesão ao pré-natal, gestantes com até 8 anos de estudo (ensino fundamental) completo representou 42,9% de adesão de consultas de pré-natal, de 9 a 11anos (ensino médio) de estudos 52,1% e 12 anos e mais (superior) 61,4% de adesão¹⁰⁰.

A maior parte das mulheres do estudo apresentaram raça/cor preta/pardas que somaram 79,3%, isso implica questões sociais, de vulnerabilidade social e desigualdades sociais não só na área de abrangência estudada, mas no Brasil. Uma pesquisa realizada no Brasil denominada Assistência Pré-natal no Brasil de 2015 apresenta que a raça branca representou com maior frequência 79,8% de consultas ao pré-natal, seguindo a preconização do ministério da saúde de no mínimo 6 consultas durante a gestação, a raça pretos e pardos foram de 67,1% e 69,9% respectivamente⁷³.

5.3 Condições de saúde e acesso aos serviços de saúde das gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS

Dentre as variáveis encontradas na distribuição das condições de saúde e o acesso dos serviços de saúde das gestantes residentes nas áreas de atuação das UBS das equipes de ESF a indicação da maternidade para o parto durante o pré-natal representou 81,1% (n=43) dentre as gestantes.

O pré estabelecimento do local de referência para o parto configura como uma conduta importante para que a gestante não peregrine pelos serviços de saúde, evitando o estresse e a preocupação gerados pela falta de informação durante o pré-natal. Apesar da vinculação das

gestantes para a maternidades de referência para atenção ao parto, esteja regulamentada desde 2007 pela Lei no 11.634 de 27 de dezembro de 2007, a recomendação da Rede Cegonha é integrar os serviços de atenção pré-natal e ao parto, apontando ao acolhimento das parturientes, garantia de leitos para internação, melhorias ainda são necessárias para evitar a peregrinação das gestantes, ainda frequente em muitos locais do país ⁷³.

Toda essa referência para os serviços de saúde para a realização do parto e toda recomendação da rede cegonha para melhor acolher essa parturiente, se confronta com o relato de experiências dessas mulheres entrevistadas que falam e denunciam como são tratadas no momento desse parto, sofrem descaso, abandono e humilhação gerando uma violência institucional por parte das equipes que acompanha o trabalho de parto até o momento do nascimento.

O Ministério da Saúde define Violência Institucional como aquela desempenhada nos serviços públicos, por ação ou omissão em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições. São identificadas de várias formas: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência; maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo as questões de raça, idade, opção sexual, gênero deficiência física, doença mental; violação dos direitos reprodutivos; desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico; violência física; detrimento das necessidades e direitos da clientela; proibição de acompanhantes ou visitas com horários rígidos ou restritos; críticas ou agressões a quem grita ou expressa dor e desespero ¹⁰¹.

O cenário deveria ser de aproximação e escuta qualificada visando acalmar, fornecer informações e condições que lhe tragam maior conforto e segurança do atendimento ou da internação; diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou dissimulando os efeitos da violência ¹⁰¹.

O parto é um evento social que integra o rol das experiências humanas mais significativas para os envolvidos. Diferente de outros eventos que requerem assistência hospitalar, o parto é um processo fisiológico normal que requer cuidado e acolhimento. Apesar disto, de acordo com a literatura vigente, esse momento é, várias vezes, permeado pela violência institucional, cometida justamente por aqueles que deveriam ser seus principais cuidadores ¹⁰².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é uma iniciativa voltada para o fortalecimento das ações de integração ensino-serviço-comunidade por meio de atividades que envolvam o ensino, a pesquisa e extensão universitária, e a participação social. Foi a partir desse programa que a Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia pode contribuir com a comunidade de Ceilândia se comprometendo a realizar projetos originais de pesquisa com a participação social, especificamente a comunidade do Setor Habitacional Sol Nascente. Assim a pesquisa procurou desenvolver e seguir a proposta inicial da Universidade em consonância com o PET – Saúde.

Os resultados expuseram o modo como as gestantes da área de abrangência do CS08 e das gestantes residentes nas áreas de atuação das Unidades Básica de Saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família passam pelo sistema de saúde da região oeste, especificamente a regional de saúde de Ceilândia/DF. Desvelar os principais motivos da procura pelos serviços e o porquê procuram repetidas vezes a urgência obstétrica, sendo a gestação e o nascimento eventos que fazem parte da vida dos humanos, nos fazer refletir que as gestantes ainda não têm acesso às UBS para acompanhamento do pré-natal nos momentos que apresentam as suas necessidades, ou seja, em fins de semana e à noite.

Para a Infecção do Trato Urinário, afecção comum durante a gestação, deve-se ter uma atenção diferenciada para evitar fatores de risco e complicações maternas e fetais, o que é facilmente observado durante o pré-natal com os exames trimestrais ou mesmo com queixas para os profissionais das UBS, com acompanhamento mais preciso para evitar as recidivas.

Ainda se evidencia nessas gestantes a valorização do nível hospitalar para a solução dos seus problemas de saúde, quando relacionados à gestação. Este ideário social precisa ser desconstruído com uma prática nas UBS de valorização do pré-natal nesse nível de atenção à saúde com a construção de um vínculo com os profissionais que as acompanham.

O fortalecimento da atenção básica com a expansão da ESF pode contribuir para a redução da procura dos serviços de urgência com tanta frequência como mostrou o estudo proporcionando um melhor acompanhamento tanto no pré-natal quanto na assistência ao parto. Uma solução para esse evento seria a organização dos serviços de saúde, sendo a atenção básica a responsável para aumentar a cobertura das equipes de ESF, principalmente com o aumento de recursos humanos de Agentes Comunitários de Saúde que é um profissional importante na ESF, com desenvolvimento de atividades domiciliares e comunitárias, individuais e coletivas, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

O Geoprocessamento e as análises espaciais constitui um instrumento importante de pesquisa e intervenção considerando uma temporalidade na emergência dessas realidades vivenciadas por essas gestantes residentes nas áreas de atuação das equipes das UBS das equipes da ESF, aumentando e auxiliando no monitoramento em relação ao acompanhamento do pré-natal na unidade básica de saúde como para avaliar a vinculação das mesmas aos serviços de referência e contra referência e assim, o acompanhamento do gestor dos resultados para adotar melhorias na implantação desses serviços.

Assim, é fundamental que as políticas sociais atentem para as necessidades e as demandas específicas dessas gestantes na sua saúde reprodutiva, parto e puerpério, na construção de estratégias que atuem para a redução da vulnerabilidade ocasionando garantia dos direitos e de a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Costa AJL, Kale PL, Vermelho LL. Indicadores de saúde. In: Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu; p. 31-82.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011; 377(11):11-31.
3. Victora CG et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet*. 2011a; 377(11):90-102.
4. Macinko J, Guanais FC, Souza M.M. An evaluation of impact of the family health program on infant mortality in Basil, 1990-2002. *Journal of epidemiology and community health*. 2006; 60(1):13-9.
5. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FA, Szwarcwld. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*. 2011b; 377(11):32-46.
6. Buss PM, Filho PA. Filho. A saúde e determinantes sociais. *Physis*. 2007; 7(1):77-93.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.
9. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araujo NM, Esber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24(5):293-99.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília: Ministério da Saúde; 2010a.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.
12. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº. 1451/95, de 10 de março de 1995. Define as condições estruturais, materiais e humanas ao atendimento à população nos serviços de Prontos Socorros. *Diário Oficial da União* 17 de março de 1995: Seção 1.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Urgências e Emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
14. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello NDL, Souza JPRB, Victora CG. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad Saúde Públ*. 2014;30(1): S71-S83.
15. Botelho NM, Silva IFMM, Tavares JR, Lima LO. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(7):290-95.

16. Giglio MRP, França E, Alves L J. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011; 33(10):297-304.
17. Santana IP, Santos JM, Costa JR, Oliveira RR, Orlandi MHF, Mathias TAF. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(4):556-62.
18. Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Rev Saúde Públ.* 2002; 36 (6):759-72.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.
20. Gonçalves R, Urasaki MBM, Merighi MAB, D'Avila CG. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma unidade de saúde da família um município da Grande São Paulo. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(3): 349-353.
21. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva C. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(4): 787-796.
22. Nascimento ER, Paiva MS, Rodrigues QP. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Bras Saúde Materno Infant.* 2007;7(2):191-197.
23. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.* Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
24. Barcellos C. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M. *Território, ambiente e saúde.* 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 43-55.
25. Monken M et al. O Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M. *Território, ambiente e saúde.* 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 23-41.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília; 2012c.
27. Monken M, Barcelos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Públ.* 2005; 21(3): 898-06. 2005.
28. Gondim GMM, et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M. *Território, ambiente e saúde.* 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 237-255.

29. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
30. Campos D, Hadad SC, Abreu XDM, Cherchiglia ML, França E. Sistema de Informações sobre Mortalidade em municípios de pequeno porte de Minas Gerais: concepções dos profissionais de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2013; 18(5): 1473-82.
31. Drumond FE, Machado CJ, Vasconcelos MR, França E. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. *Rev Bras Estud Popul*. 2009; 26(1):7-19.
32. Ministério da Saúde [Internet]. Sistema de Informação da Atenção Básica. [Acesso em 16 jan 2015]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>
33. Viana AL, Baptista WF. Análise de políticas de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 65-106.
34. Fleury S, Ouverney AM. Políticas de saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-64.
35. Machado CV. Proteção social e sistemas de saúde na América Latina: caminhos e obstáculos ao direito à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(6): 2688-2690.
36. Lima RCGS, Severo DO, Verdi MIM, Ros MA. A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. *Saúde soc*. 2009; 18(1): 118-130.
37. Teixeira SM. Família e proteção social: uma relação continuamente (re) atualizada. *Rev Emancip*. 2012; 13(1): 75-86.
38. Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 385-434.
39. Souza GCA, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saude soc*. 2010; 19(3): 509-17.
40. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas de saúde: uma política social. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 435-72.
41. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.575-626.
42. Rosa TCS, Saes SG, Abuleac FL. A Constituição de 1988 e as políticas públicas em saúde no Brasil. *RGSS*. 2012; 1(1): 35-49.
43. Mattos R, Baptista T. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Redeunida. 2015.

44. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Públ.* 2013; 29(10): 1927-1936.
45. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988a.
46. World Health Organization. Division of Health Promotion, Education and Communications. *Health Promotin Glossary*. Genebra: WHO, 1998.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de saúde. Políticas de saúde: Metodologia de formulação. Brasília: Ministério da Saúde, 1988b.
48. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc saúde coletiva.* 2012; 17(11): 2865-2875.
49. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras enferm.* 2013; 66(spe): 158-164.
50. World Health Organization. *The World Health Report: Primary Health Care Now More Than Ever*. Switzerland: WHO, 2008.
51. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde soc.* 2011; 20(4): 867-874.
52. Rodrigues RD, Anderson MIP. Saúde da Família: uma estratégia necessária. *Rev Bras med fam comunidade.* 2011; 6(18): 21-24.
53. Rodrigues PHA. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *Hist ciênc saúde.* 2014; 21(1): 37-60.
54. Vital MGR, Menezes KL, Ferreira NLG, Santos JC, Ishigami BIM, Neves TMB. Análise da sala de situação numa USF: um olhar sobre a saúde da mulher. *Rev Epidemiol Control Infect.* 2012; 2(3): 99-104.
55. Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev Eletr Enfer.* 2009; 11(2): 424-8.
56. Damasco MS, Maio MC, Monteiro S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Estudos Feministas.* 2012. 20(1): 133-51.
57. Secretaria de Políticas para Mulheres [Internet]. Saúde integral da mulher. [Acesso em 20 nov 2015]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher>
58. Hillesheim B, Somavilla VC, Dhein G, Lara L. Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. *Psicol em Rev.* 2011;15(1): 196-211.

59. Zocche DA, Oliveira LC, Azambuja MPR. Políticas de Atenção à Saúde da Mulher: Desafios e Realidades. *Athenea digital*. 2012; 12(3), 279-284.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
62. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(7): 3229-3240.
63. Andrade GN, Rezende TMR, Madeira AMF. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. *Rev Esc Enferm*. 2014; 48(5):857-64.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
65. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.
66. Lara L, Guareschi NMF, Hüning SM. Saúde da criança: produção do sujeito cidadão. *Est pesq em psicol*. 2012; 12(2): 395-415.
67. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O Princípio de Universalidade do Acesso aos Serviços de Saúde: o que pensam os usuários? *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(3): 500-07.
68. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.215-246.
69. Barbosa EC. 25 Anos do Sistema Único de Saúde: conquistas e desafios. *RGSS*. 2013; 2(2): 85-102.
70. Corrêa MD, Tsunechiro MA, Lima MOP, Bonadio IC. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(2): 24-32.
71. Handell IBS, Cruz MM, Santos MA. Avaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de Saúde da Família de município do Centro-Oeste brasileiro, 2008-2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(1): 101-110.
72. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello NDL, Souza JPRB, Victora CG. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad Saúde Públ*. 2014; 30(Suppl 1): S71-S83.

73. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme FMM, Costa JV. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2014; 30(Suppl 1): S85-S100.
74. 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 Saúde Públ.* 2012; 28(3): 425-437.
75. Brasil. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas. Belo horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; 2010c.
76. Romani HM, Sperandio JA, Sperandio JL, Diniz MN, Inácio MAM. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. *Revista Bioética.* 2009; 17(1): 41-53.
77. Montenegro CABR. *Obstetrícia Fundamental.* 11. ed. Rio de Janeiro: Koogan; 2008.
78. Faria RM. A Atenção Primária, o Território e as Redes de Atenção: intercambiamentos necessários para a integração das ações do Sistema Único de Saúde (Sus) em Minas Gerais, Brasil. *Hygeia.* 2014; 10(19): 8-23.
79. Goldstein RA, Barcellos C, Magalhães MAFM, Gracie R, Viacava F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. *Ciênc saúde coletiva.* 2013; 18(1): 45-56.
80. Müller EPL, Cubas MR, Bastos MC. Georreferenciamento como instrumento de gestão em unidade de saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63 (6): 978-982.
81. Silva RM, Costa MS, Matsue RY, Sousa GS, Catrib AMF, Vieira LJES. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. *Ciênc saúde coletiva.* 2012; 17(3): 635-642.
82. Ferreira RA, Ferriani MGC, Mello DF, Carvalho IP, Cano MA, Oliveira LA. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. *Cad saúde Públ.* 2012; 28(2): 313-23.
83. Neto ASL, Cavalcanti LPG, Araújo WN, Rouquayrol MZ. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M. *Epidemiologia e Saúde.* Rio de Janeiro: Medbook; 2013. p. 65-96.
84. Filho NA, Barreto ML. *Desenhos de pesquisa em epidemiologia. Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 165-174.
85. Codeplan - Companhia de planejamento. PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio. [Acesso em 12 abr 2016]. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/component/content/article/261-pesquisas-socioeconomicas/319-pdad-2015.html>

86. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acesso em 12 abr 2010]. Disponível, http://www.ibge.gov.br/home/estatisticapesquisas/pesquisaresultados.php?Indicador=1&id_pesquisa=40
87. Mader, H. Estudo do IBGE revela que o Distrito Federal tem atualmente 36 favelas [Internet]. Correio Brasiliense. 2012 jan. 9 [acesso em 2015 jan. 16]. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2012/01/09/i,285642/estudo-do-ibge-revela-que-o-distrito-federal-tem-atualmente-36-favelas.shtml>
88. SESDF- Secretaria de Saúde do Distrito Federal. [Acesso em 06 abr 2016]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/a-secretaria/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>
89. SESDF- Secretaria de Saúde do Distrito Federal. [Acesso em 06 abr 2016]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/850-coordenacao-de-atencao-primaria-a-saude.html>
90. Gressler L. A. Projeto de pesquisa. In: Gressler L. A. Introdução à pesquisa: projetos e relatórios. 3. São Paulo: Loyola; 2007. 119-206.
91. Minayo MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 34. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2015. 61-78.
92. Flick U. Dados verbais. In Flick U. Desenhos da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009. 105-118.
93. Klein CH, Bloch KV. Estudos seccionais. In: Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 193-220.
94. Cruz F, Silva C, Botelho F. Epidemiologia explicada: O valor de prova (p). Acta Urol. 2008; 16(3):55-57.
95. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 13 de dez 2012.
96. Schenkel DF, DJ, Antonello VS. Prevalência de uropatógenos e sensibilidade antimicrobiana em uroculturas de gestantes do Sul do Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2014; 36(3):102-106.
97. Mata KS, Santos AAP, Silva JMO, Holanda JBL, Lins FC. Complicações causadas pela infecção do trato urinário na gestação. Revista Espaço para a Saúde. 2014; (15): 4. p. 57-63.
98. Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2013; 13(1): 29-37.

99. SAGE-Sala de Apoio à Gestão Estratégica. [Acesso em 06 abr 2016]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>
100. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme FMM, Gama SGN. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*; 37(3): 140-147.
101. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: Orientações para prática em serviço Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
102. Aguiar JM, Oliveira AFP. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface: Comunic. Saude, Educ.* 2010; 1-13.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE****Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Saúde da mulher: os motivos de atendimento no serviço de urgência obstétrica às gestantes residentes nas áreas de atuação das ESF no Setor Habitacional do Sol Nascente, Ceilândia – DF, 2014-2015”, sob a responsabilidade da pesquisadora Jeane Kelly Silva Santos. O acompanhamento das gestantes pelas equipes ESF possibilita melhora na assistência diminuindo assim os fatores de risco e a mortalidade materna infantil.

O objetivo desta pesquisa é analisar os motivos de atendimento no serviço de urgência obstétrica às gestantes residentes nas áreas de atuação das ESF no Setor Habitacional do Sol Nascente, Ceilândia - DF.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação se dará por meio de uma entrevista com aplicação de um formulário, respondendo a algumas questões sobre seu percurso pela Urgência do Hospital Regional de Ceilândia. A aplicação será na sua residência ou em outro local de sua escolha. Será confirmada a participação com antecedência na data combinada com um tempo estimado de no máximo 30 minutos, não havendo, obrigatoriamente, um tempo pré-determinado para responder às questões. Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. Não há obrigatoriedade em responder as questões que lhe causem qualquer constrangimento ou desconforto. Sua vontade de participar ou não será respeitada, podendo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer dano ou prejuízo.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa poderão se relacionar à lembrança de fatos desagradáveis. Caso lhe causem desconforto ou constrangimento, tais reações serão devidamente reconhecidas e acolhidas pela pesquisadora. Se aceitar participar, estará contribuindo para um olhar diferenciado em relação aos serviços de saúde de atuação das equipes Estratégia Saúde da Família em áreas mais vulneráveis, diminuindo assim os fatores de risco e a mortalidade materna infantil.

Você poderá se recusar a responder ou a participar de qualquer procedimento que lhe traga constrangimento. Também poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pela pesquisadora responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizada, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos.

Participante da pesquisa/ Rubrica

 Pesquisador / Rubrica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

Se tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Jeane Kelly Silva Santos na Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília, **nos telefones 61 93134337 ou no 61 35410739 (sendo disponibilizadas efetuações de ligações telefônicas a cobrar).**

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas através do **CEP/FS localizado na Faculdade de Ciências da Saúde – Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília/DF. CEP: 70.910-900**, telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com a Senhora.

Ceilândia, ___ de _____ de 2015.

Participante da pesquisa / Assinatura

Participante da pesquisa / Rubrica

 Pesquisador / Assinatura

 Pesquisador / Rubrica

ANEXO B - Parecer Consubstanciado de aprovação do CEP/FEPECS/SES-DF



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde da Mulher: motivos de atendimento no serviço de urgência obstétrica às gestantes residentes nas áreas de atuação das equipes de Estratégia Saúde da Família no Setor Habitacional do Sol Nascente, Ceilândia - DF, 2014-2015.

Pesquisador: Jeane Kelly Silva Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47084215.7.3001.5553

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.314.104

Apresentação do Projeto:

O presente resumo com o tema Saúde da Mulher: motivos de atendimento no serviço de urgência obstétrica às gestantes residentes nas áreas de atuação das equipes Estratégia Saúde da Família no Setor Habitacional do Sol Nascente, Ceilândia - DF, 2014-2015, está vinculado ao Programa de Pós-Graduação de Ciências e Tecnologia em Saúde da Faculdade de Ceilândia - FCE/UnB.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990 foi acompanhada de importante descentralização do sistema de saúde, dando origem ao Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), associado a melhorias de vários indicadores em saúde, incluindo diminuição da mortalidade materna e infantil. O Ministério da Saúde preconiza o desenvolvimento da gestação,

evitando eventos mal sucedidos que têm como desfechos a morte materna e infantil. As urgências maternas permitem identificar os casos críticos e de risco. A importância de analisar os motivos de atendimento no serviço de urgência obstétrica às gestantes residentes nas áreas de atuação das ESF no Setor Habitacional do Sol Nascente é averiguar de acordo com o Ministério da Saúde se as mesmas estão recebendo acompanhamento de qualidade durante o pré-natal. É nessa perspectiva que a pesquisa tem como objetivo avaliar os motivos de atendimento no serviço de urgência

obstétrica às gestantes residentes nas áreas de atuação das ESF no Setor Habitacional do Sol

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.314.104

Nascente, Ceilândia - DF. A pesquisa será um estudo descritivo retrospectivo com gestantes que procuraram o atendimento no serviço de urgência obstétrica no Hospital Regional de Ceilândia (HRC) e residem na área de abrangência da UBS nº 08 e de atuação das equipes de ESF. O estudo também abordará questões qualitativas

analisadas sob a ótica das gestantes em relatar os motivos que as levaram a procurar o atendimento no serviço de urgência do HRC. Para avaliar os motivos que levaram as gestantes a procurar o serviço de urgência do HRC, será utilizado o banco de dados já existente. O georreferenciamento das microáreas já existente das equipes ESF do Setor Habitacional Sol Nascente foi elaborado com receptores GPS, onde foram coletadas as

coordenadas em formato UTM armazenadas e transcritas para uma planilha de Excel estruturada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os motivos de atendimento no serviço de urgência obstétrica às gestantes residentes nas áreas de atuação das ESF no Setor Habitacional do Sol Nascente, Ceilândia - DF.

Objetivo Secundário:

Identificar os motivos de atendimentos no serviço de urgência obstétrica às gestantes;

Caracterizar o perfil sócio demográfico das gestantes;

Traçar o perfil epidemiológico das gestantes;

Georreferenciar as gestantes residentes nas microáreas de atuação das equipes de Estratégia Saúde da Família, no Setor Habitacional Sol Nascente/Ceilândia- DF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os objetivos do estudo estão claramente definidos. Os sujeitos foram adequadamente identificados. A beneficência para os usuários está clara. Os possíveis benefícios apresentam-se com maior magnitude em relação aos riscos aos sujeitos da pesquisa. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília (UnB) / Faculdade de Ceilândia (FCE) cuja área de concentração é "Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde", Linha de investigação: Estratégias Interdisciplinares em Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde. Temática: Atenção Básica à Saúde/Saúde da Mulher. Tem como instituição coparticipante o Hospital Regional da Ceilândia.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.314.104

A amostra prevista é de 70 participantes da pesquisa conforme descrito pela pesquisadora: "serão 213 gestantes que procuraram o atendimento no serviço de urgência obstétrica no HRC, sendo 131 gestantes residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde - UBS nº 08 (setor P Norte, Região Administrativa de Ceilândia/DF, no período de outubro/14 a fevereiro/15) e 82 gestantes na área de atuação das equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF também da UBS nº 08, dessas 70 gestantes serão entrevistadas."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Fazem parte do projeto de pesquisa: folha de rosto devidamente preenchida, termo de concordância do diretora da UnB/Ceilândia, "Termo de Anuência.pdf" e versão editável "Termo de Anuência.doc", postados em 20/06/2015; Termo de Concordância de Instituição Co participante.pdf" e versão editável "Termo de Concordância de Instituição Co participante.doc", postado em 20/06/2015; "Termo de Concordância de Institucional.pdf" e versão editável "Termo de Concordância de Institucional.doc", postado em 20/06/2015; Curriculum vitae do pesquisador responsável e demais pesquisadores, planilha de orçamento, referências bibliográficas, cronograma e TCLE.

Recomendações:

*Acrescentar no TCLE, telefone do CEP/FEPECS/SES/DF para dúvidas quanto eticidade do projeto de pesquisa.

*Alterar o cronograma da pesquisa conforme provável aprovação da mesma pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pois a coleta de dados só poderá ser iniciada após aprovação do projeto pelo CEP/FEPECS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

*Projeto Aprovado com as recomendações acima citadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado com sa seguintes recomendações:

*Acrescentar no TCLE, telefone do CEP/FEPECS/SES/DF para duvidas quanto eticidade do projeto de pesquisa.

*Alterar o cronograma da pesquisa conforme provável aprovação da mesma pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pois a coleta de dados só poderá ser iniciada após aprovação do projeto pelo CEP/FEPECS.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.314.104

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_530101.pdf	18/09/2015 12:59:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.docx	18/09/2015 12:52:22	Jeane Kelly Silva Santos	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	18/09/2015 12:49:20	Jeane Kelly Silva Santos	Aceito
Outros	Carta_resposta.doc	18/09/2015 12:48:48	Jeane Kelly Silva Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/09/2015 12:26:41	Jeane Kelly Silva Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/09/2015 12:26:16	Jeane Kelly Silva Santos	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_530101.pdf	10/07/2015 10:35:51		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_530101.pdf	20/06/2015 14:00:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/06/2015 13:58:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/06/2015 13:58:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa.docx	20/06/2015 13:57:30		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	20/06/2015 13:34:08		Aceito
Outros	Termo Autorização Imagem Som.doc	20/06/2015 13:32:19		Aceito
Outros	Termo Autorização Imagem Som.pdf	20/06/2015 13:31:02		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Patricia Maria Fonseca Escalda) (1) (1).pdf	20/06/2015 13:25:29		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Jeane Kelly Silva Santos) (1).pdf	20/06/2015 13:25:02		Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.314.104

Outros	Termo de Anuência.doc	20/06/2015 13:23:16		Aceito
Outros	Termo de Anuência.pdf	20/06/2015 13:22:52		Aceito
Outros	Termo de Concordância de Instituição Co participante.doc	20/06/2015 13:22:21		Aceito
Outros	Termo de Concordância de Instituição Co participante.pdf	20/06/2015 13:19:36		Aceito
Outros	Termo de Concordância de Institucional.doc	20/06/2015 13:14:37		Aceito
Outros	Termo de Concordância de Institucional.pdf	20/06/2015 13:13:52		Aceito
Outros	Termo Responsabilidade e Compromisso.doc	20/06/2015 13:12:54		Aceito
Outros	Termo Responsabilidade e Compromisso.pdf	20/06/2015 13:12:03		Aceito
Outros	Carta de Encaminhamento do Projeto.doc	20/06/2015 13:11:09		Aceito
Outros	Carta de Encaminhamento do Projeto.pdf	20/06/2015 13:10:24		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 09 de Novembro de 2015

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO C – Parecer Consubstanciado de aprovação do CEP/FS - UnB



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Título do Projeto: “Saúde da Mulher: motivos de atendimento no serviço de urgência obstétrica às gestantes residentes nas áreas de atuação das equipes de Estratégia Saúde da Família no Setor Habitacional do Sol Nascente, Ceilândia - DF, 2014-2015.”.

Pesquisadora Responsável: Jeane Kelly Silva Santos

CAAE: 47084215.7.0000.0030

Com base na Resolução 466/12, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto intitulado “Saúde da Mulher: motivos de atendimento no serviço de urgência obstétrica às gestantes residentes nas áreas de atuação das equipes de Estratégia Saúde da Família no Setor Habitacional do Sol Nascente, Ceilândia - DF, 2014-2015”, em parecer No. 1279247, de 13/10/2015.

O pesquisador (a) responsável fica, desde já, notificado (a) da obrigatoriedade da apresentação de relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa, conforme Resolução 466/12 CNS, itens X.1.3.b. e XI.2.d.

Brasília, 16 de dezembro de 2015.

Prof. Dra. Marie Tojashi
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
com Seres Humanos (CEP/FS) - UnB

ANEXO D – Formulário Semiestruturado aplicado às gestantes residentes na área de atuação das UBS das equipes de ESF no SHSN



**Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia**

Formulário

Formulário semiestruturado para **caracterizar** o perfil sócio demográfico e epidemiológico das gestantes, **identificar** as ações de saúde relacionadas ao pré-natal e **avaliar** os motivos que levam as gestantes a procurarem a Urgência do Hospital Regional de Ceilândia - DF.

Identificação

1-Nome:

2-Idade:

3-Naturalidade:

4-Ocupação:

5-Estado Civil:

- Casada
- Solteira
- Viúva
- Separada Judicialmente/Divorciada
- União Estável

6-Escolaridade:

- Nenhuma
- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Superior Incompleto
- Superior Completo

7-Raça/Cor:

- Branca
- Preta

Amarela

Parda

Indígena

Condições de moradia

8-Tipo de Moradia

Casa Alvenaria

Casa Madeira

Comodo Alvenaria

Comodo Madeira

Apartamento/ Quitinete

9-A moradia é:

Própria

Alugada

Cedida

Outra condição Qual?

Acesso a serviços de saneamento básico

10-A água é canalizada?

Sim

Não

11-A água utilizada é proveniente de:

Rede geral de distribuição

Poço

Nascente

12-A moradia possui:

Rede coletora de esgoto

Fossa séptica

Fossa rudimentar

Vala

13- Coleta de lixo:

Coletado diretamente por serviços públicos

Jogado em terreno Baldio

Queimado na propriedade

Enterrado na propriedade

Informações sobre o acesso e as condições de saúde

14-No dia a dia, quando há algum problema de saúde, quais serviços de saúde você costuma procurar?

- () Unidade Básica de Saúde
- () Hospital Público/Ambulatório
- () Hospital/ Clínica Particular
- () Pronto Socorro/ Urgência
- () Agente Comunitário de Saúde
- () Farmácia para compra de medicamentos
- () Outros serviços de Saúde

15- Quando a gravidez foi detectada procurou algum serviço de saúde para iniciar o pré-natal?

- () Sim
- () Não Porquê?

16- Ao saber da gestação qual serviço de saúde procurou para iniciar o pré-natal?

- () Unidade Básica de Saúde
- () Hospital Público/Ambulatório
- () Hospital/ Clínica Particular
- () Pronto Socorro/ Urgência
- () Agente Comunitário de Saúde
- () Outros serviços de Saúde

17- Teve dificuldade no pré-natal em relação a consultas na Unidade Básica de Saúde?

- () Sim Quais?
- () Não

4- O pré-natal é de alto risco?

- () Sim Quais motivos?
- () Não

18- Durante o pré-natal foi indicado qual maternidade de referência deveria procurar para o parto?

- () Sim Qual?
- () Não

19-Realizou todos os exames durante o pré-natal (1º, 2º e 3º trimestre)

- () Sim
- () Não Porquê?

20- Como você avalia o atendimento no pré-natal?

- () Muito bom

Bom

Regular

Ruim

21- Durante a gestação fez uso:

Bebida alcoólica

Tabaco

Drogas Quais?

22- Durante a gestação por algum motivo procurou o Pronto Socorro/Urgência?

Sim

Não

23- Quais os principais motivos que levaram você a procurar o Pronto Socorro/Urgência?

Infecção do Trato Urinário

Sangramento Transvaginal

Dor em Baixo Ventre

Pré-natal de alto risco

Perda de Líquido

Motivos de trabalho no período diurno

Outros Quais? Relate

24- Durante o atendimento na Urgência teve o seu problema resolvido?

Sim

Não Porquê?

25- Se não teve o problema resolvido voltou a Urgência novamente?

Sim Quantas vezes?

Não

26- Como você percebeu, de modo geral, o atendimento no período do pré-natal, parto e puerpério?

27- Qual a sua impressão sobre os atendimentos de urgência para gestantes no Hospital Regional de Ceilândia?