

Acesso aos cuidados no trabalho de parto e parto e a segurança para a saúde materna*

Juliana Vicente de Oliveira Franchi¹
 <https://orcid.org/0000-0001-9441-7736>

Sandra Marisa Pelloso²
 <https://orcid.org/0000-0001-8455-6839>

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari³
 <https://orcid.org/0000-0003-0157-7461>

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli³
 <https://orcid.org/0000-0002-0222-8821>

Objetivo: analisar o tempo de acesso aos cuidados no trabalho de parto e no parto e a segurança para a saúde materna. **Método:** estudo transversal analítico, realizado em cinco maternidades, sendo quatro maternidades de risco habitual e intermediário e uma de alto risco. Para coleta de dados utilizou-se dados do prontuário materno e entrevista com a puérpera. Na análise dos dados foi realizado o Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$) para busca de possíveis associações entre as variáveis independentes – modelo três atrasos e dependentes [Desfechos maternos adversos], [Conhecimento sobre trabalho de parto/parto] e [Satisfação no atendimento]. **Resultados:** observou-se significância estatística entre o desfecho materno adverso e o atraso em procurar por um serviço de saúde ($p=0,005$) e o atraso no transporte até a maternidade ($p=0,050$), enquanto o desfecho conhecimento sobre trabalho de parto/parto apresentou associação estatística com atraso em procurar por um serviço de saúde ($p=0,048$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre o modelo três atrasos e a satisfação no atendimento. **Conclusão:** o conhecimento das mulheres sobre o trabalho de parto e parto e o tempo de acesso aos cuidados obstétricos interfere negativamente no desfecho materno no parto o que impacta diretamente na segurança à saúde materna.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Qualidade da Assistência à Saúde; Saúde Materna; Parto; Segurança do Paciente.




* Artigo extraído da dissertação de mestrado “Rede Mãe Paranaense: A segurança à saúde materna no parto”, apresentada à Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil. Apoio Financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo nº 407508/2016-3, Brasil.

¹ Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Londrina, PR, Brasil.

² Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Maringá, PR, Brasil.

³ Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Enfermagem, Londrina, PR, Brasil

Como citar este artigo

Franchi JVO, Pelloso SM, Ferrari RAP, Cardelli AAM. Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3292. [Access   ]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3470.3292>. mês dia ano

URL

Introdução

A segurança e a qualidade obstétrica são tópicos emergentes e importantes no cenário de saúde atual, para além da pressão e expectativa dos pacientes e familiares por resultados positivos, os gestores dos serviços de saúde também estão preocupados com a assistência sem danos e melhores desfechos no cuidado prestado à população⁽¹⁾.

Nesse contexto, um fator importante para a segurança e a qualidade do cuidado materno é o acesso oportuno aos serviços obstétricos, pois o atraso no recebimento de cuidados obstétricos está associado, significativamente, à gravidade dos desfechos maternos adversos⁽²⁾.

Os autores desenvolveram um modelo denominado "três atrasos" para avaliar o acesso aos cuidados obstétricos, discriminado em três componentes ou fases: (1) atraso na decisão de buscar o serviço de saúde; (2) atraso em identificar e alcançar o serviço de saúde adequado; e (3) atraso em receber o cuidado adequado no momento oportuno. Desde então, esse modelo tem sido utilizado para explicar a maior parte dos desfechos maternos fatais⁽³⁾ e alguns casos de morbidade materna grave^(2,4).

Diante disso, vale ressaltar que além da morte materna e situações ameaçadoras da vida (*near miss* materno), existem outros incidentes que provocam desfechos maternos adversos de menor gravidade que não podem ser deixados de lado, pois estão rotineiramente presentes na realidade da assistência ao parto⁽⁵⁾. Portanto, quando surge qualquer intercorrência obstétrica durante o trabalho de parto (TP) e o parto, a importância do reconhecimento de sinais de perigo, a procura rápida por atendimento e o fornecimento de cuidados adequados em tempo oportuno são fundamentais para a segurança da saúde materna.

Assim, considerando-se que, no Brasil, 98% dos partos ocorrem dentro de organizações de saúde hospitalares⁽⁶⁾; que o acesso oportuno a serviços obstétricos reduz significativamente o número de desfechos maternos adversos fatais, com resultados positivos para a segurança à saúde materna⁽⁷⁾; que políticas de saúde materno-infantil para favorecer a promoção da qualidade do serviço, como o programa Rede Mãe Paranaense cuja missão é garantir acesso e atenção à saúde, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e às crianças menores de um ano de idade⁽⁸⁾, tornam-se pertinentes os estudos que abarcam o acesso até as maternidades para o diagnóstico da qualidade do cuidado e segurança da paciente.

Espera-se, com este estudo, apontar as lacunas existentes para o alcance de cuidados obstétricos apropriados e de qualidade, fornecendo subsídios para os gestores implementarem ações que fortaleçam as políticas públicas de saúde que preconizam o acesso materno aos serviços obstétricos. Além disso, espera-se que haja direcionamento dos investimentos em educação em saúde para essa população específica, a fim de garantir qualidade e segurança no cuidado, direito de acesso à saúde e à informação da usuária.

Considerando-se a relevância do reconhecimento, e resposta em tempo hábil, dos cuidados obstétricos para a melhoria dos desfechos maternos e segurança na atenção ao parto, este estudo teve como objetivo analisar o tempo de acesso ao cuidado no trabalho de parto e parto e a segurança para a saúde materna.

Método

Trata-se de um estudo transversal analítico aninhado à coorte prospectiva, realizado em cinco hospitais/maternidades inseridos no Programa Rede Mãe Paranaense localizada na 17ª Regional de Saúde do estado do Paraná, caracterizada por maternidades que atendem gestantes de Risco Habitual (RH) e Risco Intermediário (RI) (quatro maternidades sem Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica e Adulto do município de Rolândia, Ibiporã, Cambé e Londrina) e maternidade referência para gestação de Alto Risco (AR) (uma maternidade com Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica e Adulta do município de Londrina).

A população de estudo foi constituída por puérperas internadas nessas maternidades e a partir de amostragem estratificada tem como base cada instituição e o número de partos ocorridos nas maternidades no ano de 2016. Estimou-se o tamanho amostral mínimo de 386 puérperas, ao qual adicionou-se 20%, como margem de segurança para atender ao número amostral e considerando-se possíveis perdas, obtendo um N=470, que foram distribuídas entre a maternidade de RH e RI de Rolândia (n=59), Ibiporã (n=63), Cambé (n=49), Londrina (n=230) e a maternidade AR de Londrina (n=69).

O critério de inclusão foi mulheres com idade gestacional de ≥ 32 semanas e residir na área urbana dos municípios da 17ª Regional de Saúde de Londrina.

Realizou-se um estudo piloto para adequação do instrumento, capacitação e acompanhamento dos alunos de graduação em enfermagem com o objetivo de instruí-los para as etapas de coleta de dados. O quantitativo do teste piloto não foi incluído na amostra final.

Sequencialmente, foi iniciada a coleta de dados no período de julho de 2017 a março de 2018. Utilizou-se

um instrumento estruturado para busca de informações disponibilizadas no prontuário materno e entrevista com as puérperas. Foram levantadas informações sobre dados socioeconômicos, demográficos, obstétricos anteriores, e o acesso aos serviços de saúde segundo o modelo três atrasos⁽³⁾ para analisar o tempo de acesso aos cuidados obstétricos e a ocorrência de desfecho materno adverso; conhecimento sobre TP e o parto e a satisfação das usuárias no atendimento, obtidos por meio de indicadores assistenciais obstétricos, conhecimento sobre TP e o parto e a satisfação no atendimento.

O desfecho conhecimento sobre o trabalho de parto e parto foi considerado positivo quando as mulheres responderam afirmativamente sobre orientações relativas ao TP e parto, esclarecimento de todas as informações desejadas e ausência de dúvidas sobre a evolução e cuidado no trabalho de parto e parto. O desfecho satisfação no atendimento durante TP e parto foi verificado por meio de uma variável dicotômica (satisfeita e insatisfeita) seguida de uma indagação sobre o motivo da sua (in) satisfação.

O modelo três atrasos refere-se ao acesso da mulher aos serviços de saúde: 1º - atraso de decisão de procurar serviço de saúde; 2º - atraso no transporte até maternidade; e 3º - atraso no atendimento do profissional de saúde⁽³⁾. Neste estudo, a unidade de análise não foi o atraso e sim o "tempo de acesso" aos cuidados de saúde, a partir dos relatos das puérperas, com base nas três fases propostas pelos autores. Utilizou-se o termo acesso para o ato de receber assistência na atenção ao parto pelos serviços obstétricos em tempo oportuno, porque essas fragilidades prejudicam os cuidados e podem contribuir para a ocorrência de desfechos maternos adversos, conforme descrito anteriormente. Destaca-se que foi considerado o início da medida do tempo o início dos sintomas de trabalho de parto.

Para minimizar o viés de coleta de dados e garantir a qualidade das informações foi criado um roteiro de coleta como um procedimento operacional padrão adotado por todos os coletores. Também foi realizada a dupla coleta de dados, um coletor para dados dos prontuários e outro para entrevista com a puérpera. Posteriormente, a digitação dos dados foi realizada por pessoas treinadas no manuseio do programa, e realizadas por pares, por meio da dupla digitação para maior fidedignidade dos resultados.

Os dados foram compilados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, e analisados por meio do Teste Qui-quadrado, para busca de possíveis associações ($p < 0,05$) entre variáveis independentes (modelo três atrasos) e dependentes. As variáveis dependentes foram: desfecho materno

adverso, conhecimento sobre o trabalho de parto e o parto e satisfação no atendimento no parto.

Este estudo respeitou os preceitos éticos dos indivíduos envolvidos, conforme Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾.

O presente estudo é um recorte do projeto de pesquisa multicêntrico financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Resultados

Quanto às características socioeconômicas e demográficas, constatou-se que a maioria das puérperas tinha idade entre 20 e 34 anos (70,2%), mais de 12 anos de estudo (46,0%), ocupação não remunerada (58,5%), renda familiar de dois a três salários mínimos (54,7%) e contava com companheiro (86,6%). A respeito da história clínico-obstétrica anterior constatou-se que 67,9% das mulheres não tinham antecedentes clínico-obstétricos patológicos, e 52,8% eram primíparas.

Na Tabela 1 apresentam-se as orientações recebidas e condutas tomadas pelas mulheres quanto ao acesso ao local do parto e tipo de transporte utilizado até a maternidade. Entre as orientações, 84,9% das mulheres foram informadas sobre qual hospital procurar em caso de emergência, 78,7% não visitaram a maternidade antes do parto, 79,4% tiveram como procedência o domicílio, e 75,5% utilizaram o carro próprio para o transporte até a maternidade.

Tabela 1 – Distribuição das orientações recebidas e condutas tomadas pelas mulheres quanto ao acesso ao local do parto e tipo de transporte utilizado até a maternidade. Paraná, Brasil, 2018

	n	%
Foi informada sobre o hospital a procurar em caso de emergência		
Sim	399	84,9
Não	71	15,1
Visitou a maternidade antes do parto		
Sim	100	21,3
Não	370	78,7
De qual local veio até a maternidade		
UBS*	37	7,8
Hospital da cidade	44	9,5
Domicílio	373	79,4
Outro	16	3,3
Tipo de transporte utilizado para vir até maternidade		
SAMU†	73	15,5
Ambulância simples	25	5,3
Carro próprio	355	75,5
Outro	17	3,7
Total	470	100,0

*UBS = Unidade Básica de Saúde; †SAMU = Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

No período de coleta de dados desenvolveram desfecho materno adverso (DMA) 46,8% (n=220) das puérperas, distribuído nas cinco maternidades deste estudo.

Na Tabela 2 constam os tipos de desfechos maternos adversos desenvolvidos durante a internação para o parto, definidos como eventos com danos que interferem no *continuum* da saúde materna. Dentre os DMA, a intercorrência intraparto representou a maioria (38,2%) dos casos, seguido da laceração de 3º e 4º graus (27,3%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Tipos de desfechos maternos adversos desenvolvidos durante a internação para o parto. Paraná, Brasil, 2018. n=220

	n	%
Doença desenvolvida no pré-parto hemorrágicos	10	4,5
Doença desenvolvida no pré-parto infeccioso	24	10,9
Doença desenvolvida no pré-parto hipertensivo	28	12,7
Doença desenvolvida no pré-parto agravo clínico	02	1,0
Doença desenvolvida no pré-parto metabólico	02	1,0
Laceração de períneo de 3º e 4º grau	60	27,3
Intercorrências intraparto*	83	38,2
Intercorrências quarto período (Greenberg)†	11	4,5
Total	220	100,0

*n = 83 (56 distócia de progressão, 02 eclâmpsia, 03 descolamento prematuro de placenta, 18 sofrimento fetal, 04 outros); †n = 10 (02 eclâmpsia, 06 hemorragia pós-parto, 02 massagem uterina, 01 remoção de produtos retidos)

Neste estudo, também foi investigado o desfecho conhecimento das mulheres sobre o trabalho de parto e o parto, e constatou-se que 57,2% (n=269) das puérperas tinham conhecimento sobre os cuidados e orientações desse período. Também foi analisado o desfecho satisfação no atendimento, sendo identificado que 89,5% (n=421) das puérperas mostraram-se satisfeitas com o atendimento recebido durante a internação para o parto.

A Tabela 3 apresenta a distribuição do tempo de acesso aos cuidados obstétricos segundo o modelo três atrasos, e o desfecho materno adverso. Houve diferença estatisticamente significativa entre o primeiro atraso - tempo para decisão em procurar um serviço de saúde (p=0,005); segundo atraso - tempo de transporte até a maternidade (p=0,050) e o DMA, sendo que 63% das mulheres que referiram mais de nove horas depois do início dos sintomas para procurar o serviço obstétrico desenvolveram desfecho materno adverso; e 61,7% das mulheres que referiram acima de 30 minutos no transporte até a maternidade apresentaram DMA durante a internação para o parto.

Tabela 3 – Distribuição do tempo de acesso segundo o modelo 3 atrasos de Thaddeus e Maine (1994) e o desfecho materno adverso. Paraná, Brasil, 2018

Variáveis	Desfecho materno adverso				p valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Decisão de procurar atendimento (1º atraso)†‡					
Até 3 horas	109	48,9	114	51,1	p = 0,005
De 4 a 8 horas	22	34,9	41	65,1	
Acima 9 horas	46	63,0	27	37,0	
Tempo do transporte até serviço de saúde (2º atraso)†					
Até 30 minutos	146	49,7	148	50,3	p = 0,050
31 min a 1h 30 min	50	61,7	31	38,3	
Tempo espera por atendimento médico (3º atraso)†					
Até 15 minutos	111	48,7	117	51,3	p = 0,362
16 a 30 minutos	36	52,2	33	47,8	
31 min a 1 hora	32	41,0	46	59,0	

*Teste Qui-quadrado (p<0,05); †n = 375 (excluídas 95 mulheres que internaram para realização de cesárea eletiva/iterativa); ‡Sem registro - 16 mulheres

Quanto à distribuição do tempo de acesso aos cuidados obstétricos, segundo o modelo três atrasos e o conhecimento sobre o TP e o parto, constatou-se significância estatística entre o primeiro atraso - tempo de decisão de procurar por atendimento (p=0,048) e o desfecho conhecimento sobre o TP e o parto. O conhecimento sobre o TP e o parto esteve presente em 60,1% das mulheres que levaram menos de três horas do início dos sintomas para procurar o serviço de saúde (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição do tempo de acesso segundo modelo 3 atrasos de Thaddeus e Maine (1994) e o desfecho conhecimento sobre TP e parto. Paraná, Brasil, 2018

Variáveis	Conhecimento TP e parto				p valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Decisão de procurar atendimento (1º atraso)†‡					
Até 3 horas	134	60,1	89	39,9	p = 0,048
De 4 a 8 horas	45	71,4	18	28,6	
Acima 9 horas	37	50,7	36	49,7	
Tempo do transporte até serviço de saúde (2º atraso)†					
Até 30 minutos	178	60,2	117	39,8	p = 0,523
31 min a 1 h 30 min	45	56,3	35	43,8	
Tempo espera por atendimento médico (3º atraso)†					
Até 15 minutos	145	63,2	84	36,8	p = 0,143
16 a 30 minutos	35	50,7	34	49,3	
31 min a 1 hora	43	55,8	34	44,2	

*Teste Qui-quadrado (p<0,05); †n = 375 (excluídas 95 mulheres que internaram para realização de cesárea eletiva/iterativa); ‡Sem registro - 16 mulheres

Não houve diferença estatística entre o tempo de acesso aos cuidados obstétricos, segundo o modelo 3 atrasos, e o desfecho satisfação no atendimento.

Discussão

O modelo três atrasos foi criado para explicar casos de emergências obstétricas que contribuem para a ocorrência de desfechos maternos fatais, porém outras situações de desfechos maternos menos graves também podem evoluir desfavoravelmente, levando a uma urgência e/ou emergência obstétrica que representam riscos à saúde materna, portanto, devem ser igualmente investigados, porque apresentam maior prevalência no atual cenário assistencial obstétrico⁽⁵⁾.

Os fatores que influenciam esse modelo em relação ao tempo de acesso aos cuidados obstétricos e o desfecho materno no 1º atraso são as condições socioeconômicas e culturais das mulheres, a acessibilidade aos serviços de saúde e a qualidade do cuidado recebido anteriormente; no 2º atraso, a acessibilidade aos serviços de saúde; e, por último, no 3º atraso, a qualidade do cuidado ofertado⁽³⁾.

Uma pesquisa que avaliou o modelo 3 atrasos em um hospital público brasileiro verificou que a maioria das mulheres sofreu o primeiro atraso após início das dores de trabalho de parto. Segundo essas mulheres, a decisão tardia do marido em procurar atendimento e profissionais de saúde foram responsáveis pelo atraso. Para o segundo atraso, o estudo constatou que a demora no acesso foi devido à distância e o trânsito. O terceiro atraso foi vivenciado pela alta demanda de pacientes em emergência obstétrica. Ademais, a falta de conhecimento e fatores socioeconômicos precários também foram apontados como causadores desses atrasos⁽¹⁰⁾.

Neste estudo, as mulheres que levaram mais tempo para a tomada de decisão de procurar por serviço de saúde e mais tempo de transporte até a maternidade tiveram associação negativa relativa à ocorrência de desfecho materno adverso, ou seja, desenvolveram maior número de DMA.

Esses achados vão ao encontro com estudo internacional, no qual, mulheres que chegavam ao hospital dentro das quatro horas posteriores à decisão de procurar atendimento tiveram maior chance de resultado favorável do que aquelas que chegaram dentro de oito horas⁽¹¹⁾.

Sabe-se que as decisões das mulheres em procurar assistência durante o trabalho de parto e nascimento são influenciadas pela sua falta de preparação para o nascimento, o contexto familiar, crenças e percepções pessoais, limitações de infraestrutura, localização geográfica e atitudes inadequadas dos profissionais, o que favorecem o atraso em alcançar os cuidados obstétricos⁽¹²⁾.

Nesse sentido, outra pesquisa desenvolvida fora do Brasil descobriu que existe uma desarticulação entre a equipe de saúde e as mulheres referentes ao primeiro atraso, representado pelo conhecimento inadequado dessas mulheres. E, que as barreiras estruturais de acesso aos serviços podem limitar as suas opções de busca por cuidados. Essas fragilidades podem resultar em negligência de mais falhas sistêmicas que estão na causa central do problema servindo de ameaça para a segurança da saúde materna⁽¹³⁾.

Especificamente em relação ao primeiro atraso, quando surgem emergências obstétricas durante o TP e o parto, a importância do reconhecimento de sinais de perigo e procura por atendimento rapidamente são fundamentais para resposta em tempo hábil e melhoria dos resultados maternos e neonatais⁽⁷⁾. Ademais, o conhecimento sobre a condição clínica atual e a orientação da mulher sobre a necessidade do cuidado são essenciais para a decisão de procurar um serviço de saúde ou chamar por atendimento em tempo oportuno⁽¹⁴⁾.

Outro dado encontrado neste estudo foi o maior tempo gasto em transporte até a maternidade e a ocorrência de DMA. Achados similares foram encontrados em pesquisa no Sudeste do Brasil, a qual analisou o desfecho materno fatal e a acessibilidade aos serviços de saúde, identificando que a distância entre a residência e o hospital é um importante fator de risco para o desfecho fatal na população estudada⁽¹⁵⁾.

Um estudo realizado em outra região do país também destacou que o acesso inadequado aos cuidados na atenção ao parto pode aumentar os riscos maternos, devido a possíveis complicações obstétricas que podem ser evitadas pelo atendimento oportuno, levando a complicações severas quando não disponíveis⁽¹⁶⁾.

Uma situação que merece destaque no acesso aos cuidados obstétricos é o encaminhamento, em tempo oportuno, aos serviços que oferecem assistência à saúde adequada, de acordo com a necessidade da mulher, o que contribui positivamente para um cuidado de qualidade e seguro às mulheres.

Dessa forma, mesmo diante de um baixo risco de ocorrência de eventos adversos no cuidado prestado, uma consciência contínua de possível apresentação de complicação de alto risco deve fazer parte da prática diária dos serviços obstétricos⁽¹⁴⁾.

Este estudo também identificou que embora uma parcela significativa de mulheres tenha recebido orientação sobre qual maternidade procurar e a disponibilidade de serviço móvel em caso de emergência, menos de um terço delas foi transportada para o serviço obstétrico por ambulância, pois dois terços tiveram

acesso à maternidade por conta própria, o que pode ter contribuído para o aumento do tempo de decisão de procurar pelo serviço de saúde e do tempo de transporte até a maternidade.

Uma revisão sistemática internacional sobre as evidências qualitativas dos facilitadores e barreiras do cuidado nos locais de nascimento em países de baixa e média renda, identificou que as barreiras-chave são influenciadas pela percepção de TP e parto, pelos fatores socioculturais, pela qualidade do cuidado no parto e a disponibilidade e acesso aos recursos, este último, em relação à longa distância até a maternidade, falta de transporte acessível, atraso no acesso a serviço de referência para parto e custos indiretos relacionados aos locais de nascimento⁽¹⁷⁾.

Semelhante a esses dados, um estudo mostrou que os obstáculos ao cuidado obstétrico foram representados pela falta de locais de parto adequados, transporte insuficiente e fornecimento inadequado de prestadores de cuidados de saúde, os quais resultaram em desfechos maternos adversos em países em desenvolvimento⁽⁷⁾.

As dificuldades na procura e na oferta que impedem o uso de serviços de saúde referência ao parto são consideradas barreiras primárias, caracterizadas pelo medo das mulheres de serem negligenciadas ou maltratadas pelos profissionais, longa distância, pobreza, falta de apoio do marido, deficiência do sistema de saúde relacionada ao pessoal, capacitação inadequada e sistemas de referência ineficientes⁽¹⁸⁾.

Outro estudo realizado em um país subdesenvolvido apontou que o longo tempo de espera por atendimento, má qualidade da assistência, falta de privacidade nos serviços obstétricos e a dificuldade na disponibilidade de transporte adequado foram considerados as principais barreiras no sistema de saúde para o acesso equitativo e uso dos serviços pela população estudada⁽¹⁹⁾.

No Brasil, uma pesquisa multicêntrica, envolvendo 27 unidades obstétricas de referência para todas as regiões do país, observou que a maioria dos atrasos no recebimento de cuidado obstétrico estava relacionada à acessibilidade dos serviços de saúde que apresentou associação significativa com o aumento da gravidade do desfecho materno⁽²⁾. E, quando avaliado o direito de universalidade no acesso de mulheres na gravidez e puerpério verificou que a política federal de saúde materno-infantil possui fragilidades no acesso ao atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério, por isso estudo recomendou que os gestores de saúde priorizassem ações de melhoria dessa política para garantia de acesso a saúde do binômio⁽²⁰⁾.

Embora a maioria dos estudos supramencionados aponte a disponibilidade e o acesso a maternidades como os principais fatores contribuintes para o aumento

do tempo para receber os cuidados obstétricos, é surpreendente o quanto a experiência da mulher no cuidado recebido anteriormente influencia sua decisão em procurar pelo serviço de saúde obstétrico. É fundamental a realização de investimentos para melhorar a qualidade da assistência, como uma das estratégias para redução das barreiras de acesso ao cuidado no parto e melhora da satisfação da mulher com o atendimento.

Outro achado inédito deste estudo foi a investigação sobre o tempo de acesso aos cuidados obstétricos segundo o modelo três atrasos e o conhecimento da mulher sobre a evolução e os cuidados no trabalho de parto e no parto. Constatou-se que a maioria das mulheres que relataram maior tempo para tomada de decisão em procurar por serviço de saúde e maior tempo de espera pelo atendimento no serviço de saúde não tinham conhecimento sobre os cuidados do período de TP e parto.

Resultados similares foram encontrados em pesquisas que evidenciaram em mulheres que receberam informação sobre gravidez e parto uma probabilidade significativamente maior de conhecer quaisquer sinais de perigo, em comparação com as mulheres que não receberam informações⁽²¹⁾; e identificou um baixo nível de conhecimento das mulheres sobre os sinais de perigo obstétrico durante a gravidez, parto e pós-parto, constatando que as mulheres que não tinham conhecimento eram mais susceptíveis ao atraso na decisão de procurar por atendimento. Isso pode ser explicado devido à falha na comunicação entre equipe de saúde e paciente⁽²²⁾.

A comunicação centrada no paciente facilita a identificação de potencial erro e correção de condições de saúde durante o trabalho de parto e parto por parte dos profissionais, pacientes e familiares. Essa comunicação eficaz entre profissionais e pacientes proporciona um cuidado seguro e altamente confiável à mulher⁽²³⁾.

O conhecimento sobre sua condição de saúde e o cuidado adequado à sua necessidade aumenta a autonomia da mulher na tomada de decisão sobre sua própria saúde, desenvolvendo maior confiança e conscientização para buscar serviços de saúde que lhe ofereçam os melhores cuidados⁽²⁴⁾.

A demora no reconhecimento das condições clínicas é considerada uma das causas que leva ao atraso na busca de atendimento. No entanto, a falha no reconhecimento pode também acontecer em serviços de saúde nos quais os profissionais são incapazes de fornecer orientações e encaminhamento adequado. Por isso a importância da educação em saúde para comunidades e famílias, a fim de ajudá-las a reconhecer

os sinais de perigo na gravidez e as condições de risco para a mulher e o bebê⁽²⁵⁾.

Para a segurança na assistência ao parto é necessário estabelecer responsabilidade compartilhada, em que os profissionais e as mulheres são responsabilizados pelo processo de cuidado, criando ambientes onde cada um tem liberdade de discutir e expor suas preocupações sobre segurança e todos os aspectos do cuidado, e também ser encorajado a assim fazê-lo⁽²⁶⁾.

A ausência de associação negativa entre o tempo de acesso aos cuidados obstétricos, segundo o modelo três atrasos e o desfecho satisfação no atendimento, foi um achado positivo que pode ser explicado por não ter havido demora significativa no atendimento obstétrico, o que comumente gera maior insatisfação no usuário do serviço de saúde.

A limitação deste estudo é seu caráter transversal, que traduz uma realidade local específica das mulheres estudadas, assim, os resultados não podem ser generalizados para toda população brasileira. No entanto, justifica-se por tratar-se de uma amostra significativa dessa população, sendo os resultados representativos de todas as mulheres que tiveram partos nas maternidades em estudo, podendo também ser replicado em outros locais de interesse.

Contudo, a redução dos desfechos maternos adversos vai além de melhoria na qualidade da assistência obstétrica, sendo não menos importante a diminuição do intervalo entre o início de uma complicação e o cuidado apropriado⁽²⁵⁾.

As fragilidades em relação a esse acesso e à assistência prestada devem ser identificadas para definição de estratégias de intervenção com o intuito de reduzir as desigualdades sociais e contribuir para a melhoria dos desfechos maternos⁽²⁷⁾. Dessa forma, os resultados do presente estudo devem ser vistos na perspectiva de avaliação da qualidade da atenção materna ao parto.

Esta pesquisa contribui para o avanço ao conhecimento científico porque aponta as lacunas existentes para o alcance de cuidados obstétricos apropriados e em tempo hábil. Além disso, os resultados deste estudo podem servir de alicerce para o redirecionamento das políticas públicas de saúde que preconizam o acesso materno aos serviços obstétricos, a informação à usuária e a segurança do paciente na área obstétrica.

Conclusão

Atualmente, existem estudos que explicam a relação entre o modelo três atrasos com a morte materna e parte significativa dos casos de *near miss* materno:

No entanto, este é o primeiro estudo que relaciona o tempo de acesso aos cuidados obstétricos pautado nos elementos do modelo três atrasos e a ocorrência de desfechos maternos adversos de menor gravidade, que também são prejudiciais à saúde materna devendo receber cuidado adequado e oportuno a fim de evitar a progressão para um desfecho materno mais grave ou até mesmo fatal.

Observou-se, neste estudo, que o tempo de acesso aos cuidados obstétricos interfere negativamente no desfecho materno no parto, mesmo em situações sem risco iminente de morte. Outro achado importante foi que o tempo de decisão para procurar o serviço de saúde está associado ao grau de conhecimento materno, o que reveste de grande importância o fornecimento de orientações à mulher durante todo o período gestacional, no trabalho de parto e no parto.

Dessa forma, ressalta-se que a educação em saúde torna-se imprescindível durante todo o ciclo gravídico-puerperal, com a finalidade de contribuir para a tomada de decisão, acesso ao atendimento em tempo oportuno, maior informação e autonomia materna no seu processo de cuidado, proporcionando segurança e experiência positiva no atendimento.

Para além do acesso à informação, faz-se necessário investimento nos gestores, em aspectos relacionados ao acesso da usuária aos serviços obstétricos, por meio de articulações entre as redes de atenção, a fim de minimizar os riscos de desfechos maternos adversos que podem surgir pela falha no planejamento e organização da assistência materna.

Ademais, a adoção de práticas efetivas para o manejo do parto, conforme recomendações vigentes, considerando-se o cuidado centrado na mulher, é essencial para proporcionar um cuidado de qualidade e uma experiência positiva com o parto, contribuindo positivamente para a tomada de decisão e acesso aos cuidados obstétricos.

Conclui-se que o tempo de acesso ao cuidado obstétrico apresenta associação significativa com o desfecho materno adverso e o conhecimento materno sobre o TP e o parto, que impacta, diretamente, na qualidade do cuidado e na segurança da saúde materna.

Referências

1. Pettker CM, Grobman WA. Obstetric safety and quality. *Obstet Gynecol*. [Internet]. 2015 [cited July 10, 2018];126(1):196-206. Available from: https://www.wesleyobgyn.com/pdf/links/abog/2015_08_article_39.pdf
2. Pacagnella RC, Cecatto JG, Parpinelli MA, Souza MH, Haddad SM, Costa ML, et al. Delays in receiving

- obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2014 [cited July 10, 2018];14:159. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-14-159>
3. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. [Internet]. 1994 [cited July 18, 2018];38:1091-110. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/b417/80532a0b5d28547b1f659e64dacf36eac98d.pdf>
4. Amorim MMR, Katz L, Valença M, Araújo, DE. Severe maternal morbidity in an obstetric ICU in Recife, Northeast of Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. [Internet]. 2008 [cited July 8, 2018];54(3):261-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n3/a21v54n3.pdf>
5. Reis LGC. Maternidade segura. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014.
6. Ministério da Saúde (BR). DATASUS Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [Acesso 8 jul 2018]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
7. Srinivas SK. Potential impact of obstetrics and gynecology hospitalists on safety of obstetric care. *Obstet Gynecol Clin*. [Internet]. 2015 [cited July 18, 2018];42(3):487-91. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889854515000534?via%3Dihub>
8. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. *Linha guia: Programa Rede Mãe Paranaense*. 7ª ed. Curitiba: SESA-PR; 2018.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 12 dez 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
10. Mattoo AM, Hameed S, Butt AM. Assessment of 'Three Delays Model': an experience at public sector MCH hospital. *Pak J Med Res*. [Internet]. 2019 [cited Feb 28, 2020];58(20):83-90. Available from: <https://search.proquest.com/openview/0f0dedb6bdf7552bc363015c86aec540/1?pq-origsite=gscholar&cbl=636375>
11. Das V, Agrawal S, Agarwal A. Consequences of delay in obstetric care for maternal and perinatal outcomes. *Int J Gynecol Obstet*. [Internet]. 2010 [cited July 18, 2018];109(1):72-3. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.ijgo.2009.11.003>
12. Wallace HJ, McDonald S, Belton S, Miranda AI, Costa E, Matos LC, et al. The decision to seek care antenatally and during labour and birth – who and what influences this in Timor-Leste? A qualitative project exploring the perceptions of Timorese women and men. *Midwifery*. [Internet]. 2018 [cited Feb 28, 2020];65:35-42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.013>
13. Collins V. The Three Delays Revisited: Barriers to maternal and infant health in Iganga, Uganda. [Internet]. Washington University Undergraduate Research Digest. 2018. [cited Feb 28, 2020];213(13):12-21. Available from: https://openscholarship.wustl.edu/wuurd_vol13/213
14. Martijn L, Jabobs A, Amelink-Verburg M, Wentzel R, Buitendijk S, Wensing M. Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2013 [cited June 28, 2018];13:219. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4219453/pdf/1471-2393-13-219.pdf>
15. Simões PP, Almeida RM. Maternal mortality and accessibility to health services by means of transit-network estimated traveled distances. *Matern Child Health J*. [Internet]. 2014 [cited Aug 20, 2018];18(6):1506-11. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2F10995-013-1391-x>
16. Furtado ÉZL, Gomes KRO, Gama SGN. Access to childbirth care by adolescents and young people in the Northeastern region of Brazil. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2016 [cited July 8, 2018];50:23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-87872016050005396.pdf>
17. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. [Internet]. 2014 [cited July 8, 2018];11:71. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1742-4755-11-71>
18. Anastasi E, Borchert M, Campbell OMR, Sondorp E, Kaducu F, Hill O, et al. Losing women along the path to safe motherhood: why is there such a gap between women's use of antenatal care and skilled birth attendance? A mixed methods study in northern Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:287. doi: 10.1186/s12884-015-0695-9
19. Ganle JK, Parker M, Fitzpatrick R, Otupiri E. A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn

- healthcare services in Ghana after user-fee abolition. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2014 [cited July 5, 2018];14:425. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-014-0425-8>
20. Monteiro MFV, Barbosa CP, Vertamatti MAF, Tavares MNA, Carvalho ACO, Alencar APA. Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period period in Ceará, Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:851:1-8. doi: 10.1186/s12913-019-4566-3
21. Vallely LM, Emori R, Gouda H, Phuanukoonnond S, Homer CSE, Vallely AJ. Women's knowledge of maternal danger signs during pregnancy: findings from a cross-sectional survey in Papua New Guinea. *Midwifery*. 2019;72:7-13. doi: 10.1016/j.midw.2019.02.001
22. Bogale D, Markos D. Knowledge of obstetric danger signs among child bearing age women in Goba district, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2015 [cited July 10, 2018];15:77. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-015-0508-1>
23. Lyndon A, Johnson C, Bingham D, Napolitano PG, Joseph G, Maxfield DG, et al. Transforming communication and safety culture in intrapartum care: a multi-organization blueprint. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. [Internet]. 2015 [cited July 5, 2018];44(3):341-9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jmwh.12235>
24. Asres A, Davey G. Factors associated with safe delivery service utilization among women in Sheka zone, southwest Ethiopia. *Matern Child Health J*. 2015;19(4):859-67. doi: 10.1007/s10995-014-1584-y
25. Pacagnella RC, Cecatti JG, Osis MJ, Souza JP. The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework. *Reprod Health Matters*. [Internet]. 2012 [cited July 6, 2018];20(39):155-63. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2812%2939601-8?needAccess=true>
26. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Patient Safety and Quality Improvement. ACOG Committee opinion No. 447: Patient safety in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol*. [Internet]. 2009 [cited Aug 5, 2018];114:1424-7. Available from: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/co447.pdf?dmc=1&ts=20170218T0237062953>
27. Bittencourt SD, Domingues RMSM, Reis LGC, Ramos MM, Leal MC, et al. Adequacy of public maternal care services in Brazil. *Reprod Health*. [Internet]. 2016 [cited July 29, 2018];13(Suppl 3):120. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-016-0229-6>

Recebido: 04.05.2019


Aceito: 12.03.2020

Editora Associada:
Maria Lúcia Zanetti**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Juliana Vicente de Oliveira Franchi

E-mail: jolliveira@yahoo.com.br <https://orcid.org/0000-0001-9441-7736>