

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**ILZA RAFAELA DE ALMEIDA PEREIRA**

**ACESSIBILIDADE AO PARTO NA V REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: UM  
ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL REGIONAL**

**RECIFE**

**2015**

Ilza Rafaela de Almeida Pereira

A ACESSIBILIDADE AO PARTO NA V REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, UM  
ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL REGIONAL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Islândia Maria Carvalho de Sousa

RECIFE

2015

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

P436a Pereira, Ilza Rafaela de Almeida.

A acessibilidade ao parto na V Região de Saúde de Pernambuco, um estudo de caso do hospital regional/ Ilza Rafaela de Almeida Pereira. — Recife: [s.n.], 2014.

64 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Islândia Maria Carvalho de Sousa.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Parto. 3. Serviços de Saúde. 4. Estudos de Casos. I. Título.

CDU 614.2

---

ILZA RAFAELA DE ALMEIDA PEREIRA

**A ACESSIBILIDADE AO PARTO NA V REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO,  
UM ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL REGIONAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 19/ 11/ 2014

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr<sup>a</sup> Adriana Falângola Benjamin Bezerra  
DMS/UFPE

---

Dr<sup>a</sup> Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos  
CPqAM//Fiocruz

---

Dr<sup>a</sup> Islândia Maria Carvalho de Sousa  
CPqAM/Fiocruz

Ao futuro...

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, fonte real de fortaleza e apoio. Por toda torcida e paciência com meus stress, ausências, viagens e por serem responsáveis.

Aos que me acolheram em seu lar e sempre me receberam com tanta estima, nessa caminhada, meu Tio João Luis, D. Lurdinha, D. Zéza, Ana Paula e Andreza, Guilherme e Carol, foram tantos abrigos, tantos laços.

As minhas amigas residentes e amigas de uma vida Andreza e Marcelle.

As minhas companheiras de trabalho, Nayra, Vanessa e Cleide por terem compreendido minha ausência no trabalho em função dos estudos.

A Gorethe e Bruna, amigas e companheiras de todas as horas, por caminhar junto, torcer junto e por ouvirem minhas angustias, dividirem desde os momentos mais leves aos mais pesados.

A Eduardo, por toda preocupação, cuidado e torcida no acompanhamento deste mestrado.

Aos colegas de mestrado pelos ricos momentos compartilhado nesses dois anos.

Aos que fazem o Aggeu Magalhães, e contribuem de forma exemplar na formação e qualificação de profissionais de Saúde Pública.

A Prof<sup>a</sup> Islândia por nunca ter desistido, e ter me estimulado quando eu fraquejei.

Ao Prof<sup>o</sup> Garibaldi que me deu orientações iniciais nesta pesquisa.

Ao Prof<sup>o</sup> Domício pela contribuição.

A Prof<sup>a</sup> Adriana Falângola pelas contribuições desde a qualificação.

A Prof<sup>a</sup> Ana Lúcia, por suas valiosas anotações durante o parecer desta dissertação.

A Semente, sempre prestativo a nos ajudar no que for preciso.

A Marcia, por sempre nos acolher da melhor forma possível na Biblioteca.

A Lúcia e Felipe pela colaboração e disponibilidade na ajuda com os dados dos sistemas de informação.

A Régia e sua colaboração com as tabelas desta pesquisa.

Aos Recepcionistas, Técnicos de Enfermagem da maternidade do HRDM que me acolheram no período de coleta de dados.

À aquele que me apresentou a Saúde Pública pela primeira vez, o Professor Itamar Lages.

PEREIRA, Ilza Rafaela de Almeida. **A acessibilidade ao parto na V Região de Saúde de Pernambuco**: um estudo de caso do hospital regional, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

## RESUMO

Estudo de caso único descritivo, observacional, que utilizou um modelo lógico para verificar a acessibilidade ao parto na V Região de Saúde de Pernambuco e o papel do hospital regional neste processo. A coleta de dados aconteceu em duas etapas, primeiro o levantamento de dados dos sistemas de informação e posteriormente foi realizada uma observação sistemática na emergência do hospital regional em sete plantões que configuraram uma semana típica. Foi realizada análise para descrever as variáveis da população estudada além da descrição da rede de serviços. Foram calculadas as proporções nas variáveis categóricas, e a média e mediana quando necessário, para as variáveis numéricas, que foi complementada com informações do diário de campo. Os resultados apontam dificuldades no acesso das gestantes aos serviços de atenção ao parto na V Região de saúde tais como: dificuldade para um atendimento inicial ou triagem; dificuldade de traslado com garantia da assistência, da vaga em outro serviço, além de falhas no fluxo de gestantes entre os serviços de saúde envolvidos. Os achados levam a constatação que a acessibilidade ao parto ainda se constitui uma barreira e que o fortalecimento da rede de saúde é basilar para que as parturientes possam ter a assistência necessária assegurada.

**Palavras-chave:** Parto. Serviços de Saúde. Estudos de Caso.

PEREIRA, Ilza Rafaela de Almeida. **A acessibilidade ao parto na V Região de Saúde de Pernambuco**: um estudo de caso do hospital regional, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

### **ABSTRACT**

Study descriptive, observational single case, which used a built to direct the accessibility verification childbirth in Região V Health of Pernambuco, seeking to observe the role of the Região hospital in the process of regionalization of care for maternal and child health services logic model. Data collection took place in two steps, first the collection of data in information systems and subsequently a systematic observation in hospital emergency studied in seven shifts that shaped a typical week was held. Analysis was performed to describe the variables of the study population beyond the description of the service network under study. The proportions in categorical variables were calculated, and the mean and median when necessary, for numerical variables, which was supplemented with information from the field diary. This work presented quantitative and qualitative about the accessibility childbirth in Região healthcare V PE pointing difficulties in access of pregnant women to childbirth care of V Região health information services such as: difficulty for an initial evaluation, or screening; difficulty of ensuring the transfer with assistance, the vacancy in another service in addition to flaws in the flow of pregnant women between the health services involved. These findings lead to the finding of non-functioning of health services in regionalized and hierarchical network.

**Keywords:** Delivery. Health Services .Case Studies.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do Estado de Pernambuco com as Regionais de Saúde. PDR 2011 .....	19
Figura 2 - Mapa das Macrorregiões de Saúde de Pernambuco- PDR 2011 .....	19
Figura 3 - Modelo Lógico de acesso ao parto na V Região de Saúde de PE. Garanhuns, PE, Brasil, 2014 .....	31
Figura 4 - Mapa da V Região de Saúde de Pernambuco .....	33
Figura 5 - Fluxograma de acesso aos diferentes níveis de atenção ao parto na V Região de Saúde de PE. Garanhuns, PE, Brasil, 2014 .....	34
Figura 6 - Mapa da V GERES de Pernambuco com a distribuição de hospitais ou unidades mistas .....	38

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população segundo municípios e a distância percorrida entre eles e a Sede da V Região de Saúde, a Sede da II Macrorregional de Pernambuco e a Capital do Estado. Garanhuns, PE, Brasil .....	35
Tabela 2 - Número absoluto e a média anual de Nascidos Vivos, por residência, dos municípios da V Região de Saúde PE, 2009 a 2013. Garanhuns, PE, Brasil, 2014 .....	37
Tabela 3 - Classificação dos serviços hospitalares de Garanhuns, de acordo com tipo de gestão, natureza, atividade e quantidade de leitos obstétricos disponibilizados. Garanhuns, PE, Brasil, 2014 .....	39
Tabela 4 - Número de partos ocorridos no HRDM e HIPS entre 2009 – 2013.....	40
Tabela 5 - Número relativo e absoluto de partos ocorrido no Hospital Região Dom Moura, por município de residência e ano de ocorrência, 2009 a 2013. Garanhuns, PE, Brasil, 2014 .....	41
Tabela 6 - Comparativo entre municípios da V REGES com mais de 5% de partos realizados no HRDM entre 2009 e 2013. Garanhuns, PE, Brasil, 2014 .....	41
Tabela 7 - Relação dos Nascidos Vivos (NV) da V Região de Saúde de Pernambuco com o total de nascimentos realizados no Hospital Regional Dom Moura (HRDM), por ano de ocorrência, 2009 a 2013. Garanhuns, PE, Brasil, 2014 ...	42
Tabela 8 - Características das mulheres atendidas na maternidade do Hospital Regional Dom Moura segundo idade, procedência e variáveis obstétricas. Garanhuns, PE, Brasil, 2014 .....	43
Tabela 9 - Características do atendimento obstétrico prestado às parturientes que buscam assistência ao parto na maternidade do Hospital Regional Dom Moura (HRDM), Garanhuns, PE, Brasil, 2014 .....	44
Tabela 10 - Destino das mulheres atendidas maternidade do Hospital Regional Dom Moura (HRDM).Garanhuns, PE, Brasil, 2014 .....	47
Tabela 11 - Destino das mulheres atendidas na emergência da maternidade do Hospital Regional Dom Moura (HRDM), segundo dia da semana. Garanhuns, PE, Brasil, 2014 .....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AR	Alto Risco
BR	Baixo Risco
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CL	Central de Leitos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GERES	Gerencia Regional Estadual
HIPS	Hospital Infantil Palmira Sales
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMGST	Hospital Municipal de Garanhuns Santa Terezinha
HMS	Hospital Monte Sinai
HPP	Hospital de Pequeno Porte
HPS	Hospital Perpétuo Socorro
HRDM	Hospital Regional Dom Moura
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ML	Modelo Lógico
MR	Médio Risco
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAPES	Programa de Apoio à Pesquisa Estratégica em Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PC	Parto Cesáreo
PE	Pernambuco
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PN	Parto Normal
PPI	Pactuação Programada Integrada
PV	Parto Vaginal
RAS	Rede de Atenção a Saúde
RC	Rede Cegonha
RH	Risco Habitual
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UM	Unidade Mista

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Regionalização da Saúde.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Política de Saúde Materna.....</b>	<b>20</b>
<b>3.3</b>	<b>Redes de saúde como estratégia de regionalização.....</b>	<b>23</b>
<b>3.4</b>	<b>Acesso e Acessibilidade a rede de serviços de saúde .....</b>	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>27</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>27</b>
<b>4.2</b>	<b>Local do estudo.....</b>	<b>27</b>
<b>4.3</b>	<b>População do estudo.....</b>	<b>28</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>28</b>
<b>4.4.1</b>	<b>Levantamento de dados secundários.....</b>	<b>29</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Observação Direta.....</b>	<b>29</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise dos dados do estudo.....</b>	<b>30</b>
<b>4.6</b>	<b>Considerações éticas.....</b>	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização da rede de serviços de atenção ao parto na v Região de saúde de PE.....</b>	<b>33</b>
<b>5.2</b>	<b>Caracterização das parturientes que buscam atendimento ao parto no HRDM.....</b>	<b>43</b>
<b>5.3</b>	<b>Acessibilidade ao parto na maternidade do Hospital Regional Dom Moura. Garanhuns, PE, 2014.....</b>	<b>48</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>54</b>
	<b>APÊNDICE A – Roteiro de Observação.....</b>	<b>59</b>
	<b>APÊNDICE B – Fluxograma da Observação do acesso na Emergência do Hospital de Referência da V Regional de Saúde .....</b>	<b>60</b>
	<b>ANEXO A – Parecer da Comissão Científica do HRDM.....</b>	<b>61</b>
	<b>ANEXO B – Carta de Anuência do HRDM .....</b>	<b>62</b>
	<b>ANEXO C – Declaração PAPES VI .....</b>	<b>63</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi instituído na Constituição Federal de 1988 estabelecendo a universalização do acesso, com promoção da descentralização e regionalização mediante integração e formação de redes assistências à saúde (BRASIL, 1988).

A descentralização foi instituída pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1993 e a regionalização pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) editada em 2001, ambas apresentaram-se como estratégias prioritárias para o funcionamento e a operacionalização do SUS. A NOAS teve como objetivo principal a formação de redes integradas para concretização da regionalização (BRASIL, 1993, 2002).

Passados mais de 25 anos da criação do SUS, os problemas na assistência à saúde persistem de forma clara. O modelo brasileiro de atenção à saúde enfrenta desafios principalmente no que diz respeito a acesso e integralidade no processo de regionalização e formação de redes.

A descentralização é evidenciada principalmente pela expansão da atenção primária à saúde e a municipalização dos postos de trabalho. Já a regionalização surge pela necessidade de operacionalização e otimização dos serviços de saúde.

No texto da NOAS o Ministério da Saúde apresenta a definição de redes regionalizadas de atenção à saúde como: “estruturas interligadas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos” (BRASIL, 2002).

A regionalização acontece pela organização de redes de atenção à saúde, que funcionam de forma integrada a fim de atender as necessidades de uma determinada população nos diferentes níveis de complexidade, e esta é diretamente relacionada ao processo decisório político conduzido pelos atores envolvidos no processo para a garantia do cuidado integral à saúde.

O processo de regionalização visa garantir a integralidade da assistência dentro de um determinado território, remetendo a integração de serviços por meio de redes assistenciais que reconhecem a interdependência dos atores e organizações envolvidas e que isoladamente não são capazes de dispor da totalidade dos recursos e de competências necessárias para solucionar os problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Desta forma busca-se o ideal, de eliminar as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção (HARTZ; CONTRANDIOPOULOS, 2004).

A definição de uma rede hierarquizada de serviços é um dos instrumentos de planejamento que viabiliza o acesso da população aos serviços de saúde. Nesse sentido a regionalização e a hierarquização sempre estiveram na base das propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro (JESUS; ASSIS, 2010). A localização dos serviços e a distribuição da população alvo a ser atendida permite identificar as distâncias que os usuários precisam percorrer para obter atendimento (MELO; KNUPP, 2008). A proposta da regionalização é que os usuários possam ter garantido o direito a saúde, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais.

Além da regionalização dos serviços de saúde tem se buscado fortalecer a comunicação/articulação entre os mesmos por meio das redes integradas, como maneira de garantir não apenas o acesso, mas a integralidade da atenção.

Como Rede de Atenção Integral à Saúde (RAIS), a constituição de um conjunto de unidades, de diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento, que opere de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população, além de melhorar a racionalidade na oferta (VIANA; LIMA, 2011).

Além disto, determinadas condições de saúde e ciclos de vida exigem que além da garantia do acesso seja garantido diferentes tecnologias no cuidado, como por exemplo durante o pré-natal, parto e puerperio. Neste sentido, em 2011 o Ministério da Saúde (MS) implantou a Rede Cegonha (RC), através da portaria nº 1459/11 como uma estratégia do na linha do cuidado da saúde materno infantil, fundamentada nos princípios da humanização da assistência, onde alguns direitos devem ser garantidos como: a **ampliação do acesso**, o acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal, o **transporte**, tanto para o pré-natal, quanto **para o parto, a vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto**.

Nesse contexto, a RC é apresentada como uma rede de cuidados à saúde materna infantil que visa assegurar à acessibilidade da gestante aos serviços de atenção pré-natal e de atenção ao parto, pois compreende que este fator é um dos requisitos para a qualidade da atenção à saúde.

A RC preconiza a garantia da vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto, nesse sentido traz como slogan da estratégia frases como: “*Gestante não peregrina!*” e “*Vaga sempre para gestantes e bebês!*” (BRASIL, 2011; CARVALHO; ARAUJO, 2007).

Apesar do parto ser um evento classificado como urgência devendo o Sistema de Saúde garantir assistência adequada no tempo necessário, ele também é um evento previsível

e anunciado. No entanto, a garantia desta assistência permanece sendo uma grande incerteza para os usuários do SUS, pois o acesso aos serviços de atenção ao parto nem sempre ocorre de modo oportuno e com a qualidade almejada pela RC.

Assistência ao parto, ou atenção ao parto, consiste num conjunto de práticas de cuidado disponibilizado às necessidades de uma gestante em trabalho de parto que tem por objetivo principal um nascimento seguro para mãe e bebê. Essa assistência pode ocorrer em ambiente domiciliar ou hospitalar. Porém, no SUS a atenção ao parto ocorre exclusivamente em ambientes institucionalizados, hospitais ou casas de parto, que contam com profissionais especializados e aporte tecnológico para o provimento de nascimentos seguros. Mas, ter acesso ao parto apenas não é o bastante, é necessário que a atenção ao parto aconteça de forma segura e humanizada.

A atenção ao parto humanizado é um amplo conceito e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis além da prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Devem ser consideradas as boas práticas da assistência obstétrica que respeitam a fisiologia natural do parto e que contam, com práticas de respaldo científico. A atenção humanizada ao parto deve prezar também pela garantia do acesso das gestantes aos serviços de saúde conforme direito garantido pela Lei nº 8080/90.

No entanto, a acessibilidade na assistência ao parto, que é proposta pela RC, constitui um desafio para a maioria das Regiões de saúde, pois o que se observa no contexto da atenção ao parto é o predomínio de um sistema fragmentado, com pontos de atenção isolados e que oferecem ações pulverizadas e pouco resolutivas (ARAÚJO, 2012).

O acesso definido pela perspectiva da disponibilidade constitui-se na representação da existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento que é necessário, e compreende ainda a relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade de serviços de saúde prestados (SANCHEZ; COCINELLI, 2012).

Donabedian (apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004), enfatiza que o acesso é uma característica da oferta de serviços importantes para explicação do padrão de utilização de serviços de saúde e aponta várias dimensões que compõem este conceito, tais como: disponibilidade, acessibilidade, acolhimento, capacidade de compra e aceitabilidade. O acesso, em seu conjunto de dimensões, descreve a adequação entre usuários e o sistema de cuidados em saúde (JESUS; ASSIS, 2010).

A acessibilidade para Donabedian (1973) é um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma



determinada população. Esta pode ser caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes (MARTINS; TRAVASSOS, 2004).

Andersen (1995) em concordância com Donabedian vem posteriormente ampliar o entendimento sobre o conceito de acesso, que passa a incorporar a etapa de utilização de serviços de saúde. Para este autor a avaliação do acesso deve ser feita separadamente, segundo os tipos de cuidado, tipos de serviço e tipos de problemas de saúde, pois expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso.

Ao analisar o acesso das parturientes aos serviços de referência nesta Região, este estudo adotará como conceito norteador a concepção de Andersen (1995), onde o acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados a organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento visto como *acessibilidade*. Desta forma, o acesso ao parto neste estudo de caso refere-se à entrada e garantia da assistência adequada às mulheres em trabalho de parto.

Estudos relacionados sugerem que desigualdades de acesso geográfico ao parto hospitalar permanecem como um desafio a ser superado na conformação de sistemas regionais de saúde e que a peregrinação das gestantes por um local seguro para dar a luz é realidade em muitos municípios do Brasil (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2011; ARAUJO, 2012; CAMPOS; CARVALHO, 2000).

Em função das barreiras de acesso ao parto, em 2011 o estado de PE apresentou cerca de 70 óbitos maternos por 100 mil nascidos. A IV Região de saúde apresentou 10 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Enquanto que na V Região de saúde a mortalidade materna chegou a 60 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. E o número de óbitos neonatais precoce chegou a 62% do total de óbitos infantis menores de um ano (PERNAMBUCO, 2013).

A mortalidade materna em Pernambuco (PE) ainda é classificada como alta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma vez que apresenta a Razão de Mortalidade Materna (RMM) acima de 50 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2012).

Diante desta exposição percebe-se então que há ainda muito a avançar no processo de atenção regionalizada ao parto, o que fez despertar o questionamento que impulsiona esta pesquisa: **o serviço de atenção ao parto (hospital regional) da V Região de saúde de Pernambuco garante a acessibilidade das parturientes?**

Para tanto será investigada **a garantia do acesso aos serviços de saúde da V Região de saúde de PE na linha de cuidado materno infantil, para o qual utilizaremos o parto como evento traçador.**

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a acessibilidade à atenção ao parto na maternidade de referência na rede SUS da V Região de Saúde de PE.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Descrever a rede de serviços e de atenção ao parto na V Região de Saúde de PE;
- b) Caracterizar as mulheres que buscam atendimento ao parto na maternidade da V Região de Saúde de PE quanto à idade, local de moradia e história obstétrica;
- c) Identificar como se dá a acessibilidade das parturientes à maternidade da V Região de Saúde de PE.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Regionalização da Saúde

Entende-se como regionalização, um processo técnico-político condicionado pela capacidade de oferta e financiamento de atenção à saúde, mas também pela distribuição de poder e pelas relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos, em diferentes espaços geográficos que incluem ainda a formulação e implementação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território (VIANA; LIMA, 2011).

Em virtude da estratégia de descentralização isoladamente ter se mostrado ineficiente para o avanço do SUS em regiões que agregam diversos municípios, a regionalização, instituída por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) surgiu como estratégia necessária para operacionalização da descentralização e buscou promover articulação intermunicipal como elemento central para obtenção dos princípios de equidade e integralidade. Neste sentido a NOAS procura tornar realidade os princípios doutrinários do SUS através da operacionalização das estratégias de regionalização da saúde (OUVERNEY, 2005).

No processo de descentralização político administrativa foram transferidas responsabilidades de garantir direitos universais de acesso à saúde aos cidadãos a um conjunto de municípios com graus diferentes de resolutividade, devido a sua capacidade tecnológica instalada.

Hortale (2000) não considera a descentralização como um valor e um fim em si mesma, mas uma condição necessária para melhorar o acesso, pautando-se na afirmação de que a descentralização seja a melhor forma de atingir o acesso.

Com o processo de descentralização que evidenciou o fortalecimento da capacidade gestora dos entes subnacionais entre outras mudanças pode-se observar que a organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações passaram a ocorrer de forma desarticulada, o que vem se refletindo em nítidas barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população às ações e serviços (FARIAS; GURGEL JUNIOR; COSTA, 2011).

Para Viana et al. (2008), a regionalização não resulta obrigatoriamente, na delimitação, nomeação e hierarquização de áreas no território, mas sim em acordos políticos embasados por informações coerentes com a dinâmica de uso de seu território, assim o

processo de regionalização do SUS dependeria muito mais de uma estrutura de caráter político do que técnico.

Após inúmeras tentativas de operacionalização do SUS, como as NOB's (1991, 1993, 1996) e a NOAS (2001), o Pacto pela Vida (2006) se apresenta com o intuito de melhorar a qualidade da saúde pública e representa um novo momento para a regionalização da saúde, pois rompe com as perspectivas normativas anteriores e possibilita a incorporação de diferentes conteúdos de territórios nesse processo (OUVERNEY, 2005).

Para se planejar as ações e serviços de saúde de uma determinada população é de fundamental importância reconhecer a rede de saúde existente e proporcionar o trabalho conjunto dessas unidades, para que o objetivo da continuidade do cuidado seja alcançado.

A delimitação geográfica de abrangência e a vinculação da população aos serviços de saúde se tornam necessários para um devido planejamento.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) constitui um instrumento por meio do qual é pensada, definida, elaborada, implantada, monitorada e avaliada toda estratégia de regionalização em cada estado, que visa prezar pela racionalidade sistêmica e o estabelecimento de um pacto de compromisso (OUVERNEY, 2005).

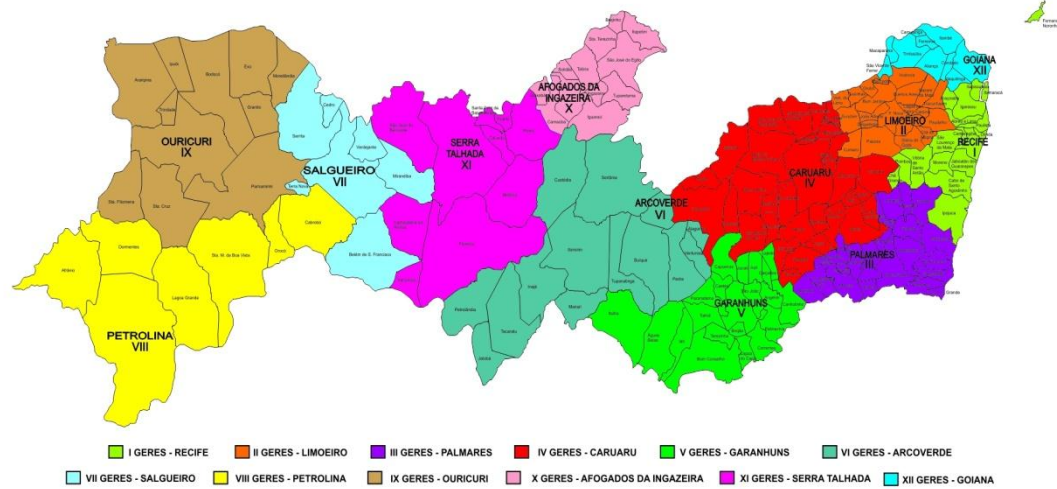
O PDR de Pernambuco de 2011 teve como objetivo reorganizar as redes de atenção à saúde, nelas incluída a rede obstétrica e neonatal.

Houve uma nova divisão territorial da área do estado, passando a contar com 04 macrorregiões de saúde, 12 regiões de saúde e 11 microrregiões.

Esta divisão do estado em quatro Macrorregiões de Saúde, a saber: I Macrorregião - RECIFE, II Macrorregião - CARUARU, III Macrorregião - SERRA TALHADA e IV Macrorregião - PETROLINA, as quais devem oferecer aos usuários os serviços de média e alta complexidade, através de um processo de integração entre os Municípios e o Estado, fortalecido pela presença das 12 (doze) Regionais de Saúde e suas respectivas Gerências Regionais de Saúde (GERES) (Resolução 1.734 de 17 de setembro de 2011).

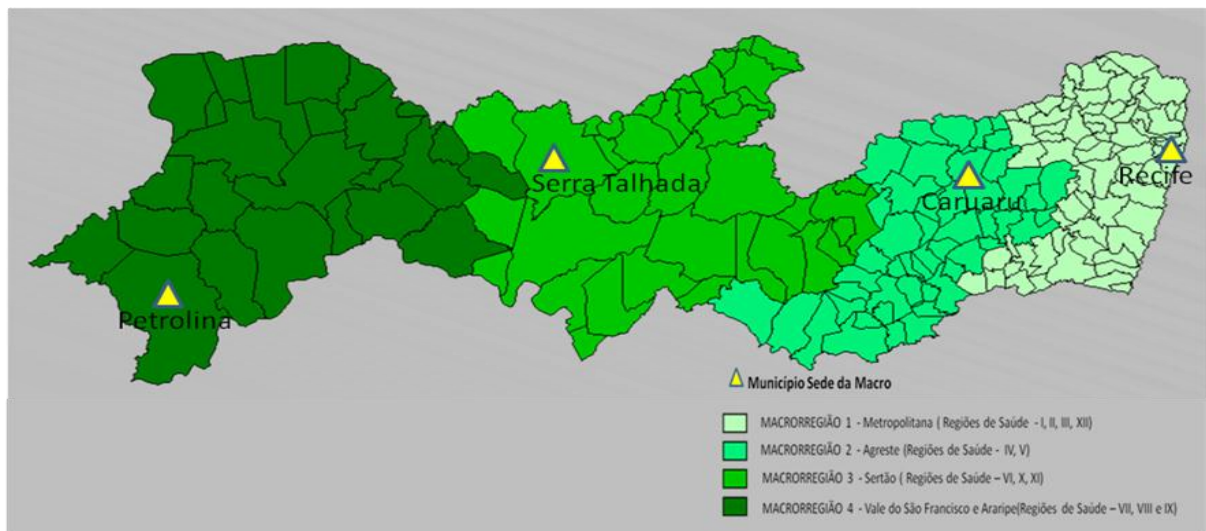
As figuras 1 e 2, a seguir apresentam respectivamente as doze regionais e as quatro macrorregiões de saúde de Pernambuco definidas mediante o PDR de 2011.

Figura 1 - Mapa do Estado de Pernambuco com as Regionais de Saúde conforme PDR 2011



Fonte: PERNAMBUCO (2014).

Figura 2 - Mapa das Macrorregiões de Saúde de Pernambuco segundo PDR 2011



Fonte: PERNAMBUCO (2011).

### 3.2 Política de saúde materna

As primeiras políticas voltadas à saúde da mulher no Brasil surgiram nas primeiras décadas do século XX, e já eram relacionadas à gravidez e ao parto.

Em 1984 o MS elaborou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em resposta a explosão demográfica evidenciada até então, a discussão se pautava predominantemente sobre o controle da natalidade nesse contexto observa-se nitidamente a influência do ideário feminista nas formulações de políticas públicas que sinalizavam para a atenção à saúde de forma integral, inclusive responsabilizando o estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva (BRASIL, 1984).

O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, incorporou também, princípios norteadores da reforma sanitária, a idéia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social (BRASIL, 1984).

O processo de implantação e implementação do PAISM apresentou fortes influencias do processo de municipalização da saúde e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família, garantindo ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção de câncer de colo uterino.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto, recebem importante destaque, por ser a gravidez um evento fisiológico, relacionado à experiência da sexualidade, e que, em 92% dos casos, as mortalidades maternas são evitáveis (BRASIL, 2011).

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil configura um grande desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Nessa perspectiva varias iniciativas no decorrer das ultimas décadas vem sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de promover ações direcionadas à redução da morbi-mortalidade materna e infantil.

As altas taxas de mortalidade materna e infantil se configuram como uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças além de ser um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais (BRASIL, 2007).

As mortes maternas ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi apresentado de forma mais direcionada à gestação e nascimento concentrando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal e adota medidas que visam assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2000).

Em 2004 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal com o intuito de tem por objetivo articular os atores sociais, historicamente mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil. Entre os princípios desse Pacto, destacamos: a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais (BRASIL, 2004).

Essas e outras tantas iniciativas do governo e da sociedade fizeram avançar muito na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento nos últimos 30 anos, porém a redução da morbimortalidade materno e infantil permanece um desafio para o nosso País que enfrenta uma taxa de mortalidade materna acima do preconizado pela OMS (BRASIL, 2012a).

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Em 24 de junho de 2011, o MS destacando a importância da regionalização e da necessidade dos municípios de trabalharem de forma integrada, lança a Rede Cegonha que tem entre seus objetivos organizar a Rede de Atenção a Saúde Materna e Infantil, com vistas à redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011a).

Esta estratégia tem ações distribuídas em quatro componentes estruturantes da RC: 1- Pré-Natal; 2- Parto e Nascimento; 3- Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e 4- Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação.

No objetivo da ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto a RC preconiza a vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro para a gestante no momento do parto.

A Portaria Nº 650, de 05 de outubro de 2011 dispõe sobre o os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, que deverão ser orientadores para a execução das fases de implementação da rede, o repasse dos recursos e o monitoramento e a avaliação da implementação. Nos planos deverá conter informações do município ou região sobre as atividades, meta, prazo de execução e recursos financeiros para cada ação estabelecida previamente na Portaria (BRASIL, 2011b).

Cavalcanti (2010) em estudo sobre a RC afirmou que a mesma se trata de recorte materno infantil da política da saúde da mulher e não se caracteriza como programa, mas sim, como conjunto de ações que visam à melhoria da atenção dirigida às mulheres e às crianças.

### **3.3 Redes de saúde como estratégia de regionalização**

A dinâmica de rede nas ações e serviços públicos de saúde é fator imprescindível e necessário para sua eficiência e consolidação do acesso (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Para Borzel (apud OUVÉREY, 2005), uma rede consiste num fenômeno organizacional que, além dos aspectos fundamentais como composição por atores autônomos, interdependência e padrões estáveis de relacionamento, desenvolve uma institucionalidade voltada especificamente para o aprofundamento da interdependência existente.

Um conceito mais aplicado à saúde define que rede de serviços como descrito abaixo:

A forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Viana e Lima (2011, p.13), definem Rede de Atenção Integral à Saúde “como um conjunto de unidades, de diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento, que opera de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população”.

Este conceito considera de forma clara o espaço territorial e a população, os serviços de saúde nas suas diferentes densidades tecnológicas, a logística que o usuário deverá percorrer para ter acesso aos diferentes pontos da rede e o sistema de regulação que deve orientar o acesso. Estes elementos são indispensáveis para a existência de uma rede de atenção em saúde e está presente nos vários conceitos.

As redes de saúde resultam de uma interação, interconexão de serviços de entes que se juntam organizadamente, mediante regramento pré-definidos, sem perda de autonomia e com “uma interdependência sem fusão”.

Somente assim a integralidade da assistência, princípio que informa e conforma o SUS como rede, será atendida, lembrando que o conceito de integralidade garante ao cidadão ações e serviços contínuos e articulados dentro do sistema, ou seja, na rede de saúde, e nunca isoladamente em um município.



De acordo com Mendes (2010), Redes de Atenção à Saúde (RAS), são denominadas como “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, com objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem a oferta de uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde e com responsabilidades sanitárias e econômicas”.

O Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011 apresenta definição semelhante quando apresenta Rede de Atenção à Saúde como conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL,2011c).

No intuito de garantir o princípio da integralidade da assistência as RAS necessitam de articulação entre os entes federativos para compor uma rede interfederativa, que seja dotada de instrumentos jurídico-administrativos que lhes permitam, de maneira compartilhada, planejar e gerir serviços, transferindo recursos e se referenciando uns aos outros de forma sistêmica, numa interdependência política, administrativa e financeira, sem hierarquia e sem perda de autonomia (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Com o Decreto nº 7.508/11 e a Lei complementar nº 141 de 16 de Janeiro de 2012 a organização do processo de descentralização através da regionalização ganhou novas condições ao estabelecer o pressuposto de gestão compartilhada de rede de atenção para sua efetivação (BRASIL,2011c,2012c).

A articulação e negociação destes entes federativos são decisivas na condução das ações e serviços de saúde, pois influenciam diretamente na oferta, no acesso, na qualidade deles e apresentam impacto na qualidade de vida da população.

Como governança pública entende-se a capacidade de ação estatal na formulação e implementação de políticas públicas, que para Santos et al. (2012), adota como conceito de governança um conjunto de sistemáticas que induz e reproduz melhores práticas, para garantir aos gestores a tomada de decisão mais adequada à gestão e aos princípios constitucionais do SUS.

Uma forma específica de governança destacada por Borzel (2005) é a rede de políticas que compreendem um conjunto de relações relativamente estáveis de natureza não hierárquica e independente ligados a uma variedade de atores que compartilham interesses comuns, havendo intercâmbio de recursos referentes a uma mesma política, reconhecendo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar objetivos comuns.

Para Silva (2011), os principais componentes das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde são: 1- os espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades

e demandas por ações e serviços de saúde; 2- os serviços de saúde ou “pontos da rede” devidamente caracterizados quanto as suas funções e objetivos; 3- a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários; e 4- o sistema de governança.

### **3.4 Acesso e acessibilidade a rede de serviços de saúde**

Segundo o dicionário da língua portuguesa Houaiss, acesso vem do Latim e apresenta entre seus significados, “ato de ingressar”, “entrada”, já a qualidade de acessível define-se como acessibilidade, ou seja, facilidade na aproximação, no trato ou na obtenção.

A Lei nº 8080/90 que cria o SUS no Brasil propõe universalidade, integralidade e equidade no acesso à saúde como direito de todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1990).

Ao relacionar o significado de acesso com a área da saúde, mais especificamente aos serviços de saúde pode-se entender este conceito como “porta de entrada”, ou caminhos percorridos para ingresso aos serviços de saúde, para o qual busca-se atendimento à sua necessidade (JESUS; ASSIS, 2010).

As dificuldades encontradas pelos usuários no uso dos serviços de saúde ou na atitude de procurá-los, obter acesso e se beneficiar com o atendimento, refletem as características das ofertas de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros (MELO; KNUPP; OLIVEIRA, 2008)

Sanches e Ciconelli (2012) em artigo publicado sobre revisão dos conceitos de acesso à saúde e suas dimensões, afirma que este conceito modificou-se ao longo do tempo, e que para vários pesquisadores o acesso é um conceito de múltiplas dimensões, composto por fatores financeiros e não financeiros. E destaca ainda a importância da educação e da informação como fatores determinantes no acesso a saúde.

A acessibilidade, termo utilizado por Donabedian, estaria mais relacionada com a oferta de serviços de um modo que responda às necessidades da população do que a simples disponibilidade de recursos em um determinado tempo e espaço, pois este autor leva em consideração dois importantes aspectos: o sócio-organizacional e o geográfico, que influenciam significativamente o acesso à saúde.

Frenk (1985) também em concordância com o que é preconizado por Donabedian (1973) desenvolve um conceito de acessibilidade no qual esta seria o resultado entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados e as correspondentes capacidades da população para superar estes obstáculos.

Atualmente a garantia ao parto nos serviços públicos de saúde no Brasil vem sendo alvo de críticas constante, pois a peregrinação em busca de um lugar seguro para dar a luz tem sido uma constante nas usuárias SUS, onde não se pode prevê quem será atendida, onde será atendida, e se esse atendimento se dará em tempo hábil.

O acesso geográfico à assistência ao parto, relacionado à oferta desigual de serviços de saúde de qualidade, representa um dos componentes de vulnerabilidade da mãe e do concepto (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012). Estes fatores em associação com iniquidades sociais acabam por serem importantes determinantes das mortes maternas (LEITE; ARAUJO, 2011).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso com uma abordagem quantitativa e caráter descritivo, que relacionou dados secundários, dos Sistemas de Informação, e dados primários, obtidos por meio de observação direta.

Estudos de caso são construídos a partir de múltiplas fontes de informação, que trianguladas convergem para elucidar a questão pesquisada (GIL, 2009).

Nesse sentido os estudos de caso podem proporcionar uma visão mais sistêmica sobre os fenômenos pouco conhecidos, conferindo assim uma maior profundidade aos dados.

Yin (2005, p.32-33) considera como estudo de caso:

[...] uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos; enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados e, como resultado, baseia-se em várias fontes de evidência [...] e beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e análise dos dados.

A observação é mediada pela percepção de quem observa e por seu desejo de obter informações sobre um tema em particular. Na saúde pode ser utilizada para descrever e analisar a atuação de pessoal nas instituições de saúde ou a interação dos usuários e os prestadores de serviços (NAVARRETE et al., 2009).

### 4.2 Local do estudo

A V Região de Saúde de PE é composta por 21 municípios e tem como Município sede, Garanhuns, onde está localizado o Hospital Regional Dom Moura (HRDM), referência intermediária para urgências e emergências gerais, obstétricas e pediátricas.

A maternidade do HRDM dispõe de recursos destinados a realização de parto normal; parto cesáreo; curetagens uterinas, incluindo as curetagens após abortamento; cirurgias ginecológicas e obstétricas de urgência, e assistência clínica. Para isto conta em sua estrutura física com uma sala de curetagem, duas salas de cirurgias, uma sala de parto normal, duas enfermarias de pré-parto que somam 04 leitos e o alojamento conjunto com mais 22 leitos.

Ao todo são 26 leitos SUS. O alojamento conjunto dispõe de: 18 apartamentos com um leito cada e duas enfermarias com dois leitos cada. O pré-parto, intitulado “Mãe Natureza” conta com 04 leitos. O berçário oferece ainda cinco leitos SUS e quatro leitos de Mãe

Canguru, totalizando 31 leitos neonatais, disponíveis para atendimento ao Recém Nascido (RN) que demanda cuidados intermediários, ou de risco.

Nesta unidade, a equipe de enfermagem é composta por dois enfermeiros, um plantonista e um diarista, que atendem 26 usuários mãe-bebê do alojamento conjunto e 04 bebês da Mãe Canguru, dá assistência à sala de parto, berçário e sala de parto cesáreo. Com relação aos técnicos, e ou auxiliares de enfermagem, existem dois técnicos no alojamento conjunto, que atende a demanda de 22 usuários mãe-bebê do alojamento e 04 bebês da Mãe Canguru. No referido setor, deve existir 02 obstetras e 01 pediatra no alojamento conjunto. Mas nem sempre essa é a realidade encontrada nos plantões.

Ao dar entrada na Maternidade a parturiente é atendida na recepção onde é identificada sua procedência (residente do município de Garanhuns ou de outros municípios pertencentes a V GERES ou de municípios de outras Regionais). Em seguida, ela é encaminhada a Sala de triagem, onde é realizado o primeiro atendimento médico, o qual indicará a conduta a ser tomada, ou seja: retorno para casa, transferida para outro hospital (ligar para a Central de Regulação de Leitos), encaminhada à sala de pré-parto (Mãe Natureza), ou ainda, à sala parto.

Na sala de triagem há protocolos de atendimento à gestante com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Sífilis, e a conduta no parto, ações para redução da mortalidade materna, amamentação e uso de drogas.

### **4.3 População do estudo**

A população do estudo foi constituída por mulheres que pariram na V Região de Saúde de PE, no período de 2009 a 2013. Foram incluídas como amostra deste estudo as mulheres que procuraram espontaneamente bem como àquelas que foram direcionadas ao serviço de atendimento obstétrico do HRDM.

### **4.4 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: coleta de dados secundários nos sistemas de informação e a observação direta.

#### 4.4.1 Levantamento de dados secundários

Das informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do DATASUS foram utilizados dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) cujas variáveis selecionadas possibilitaram conhecer como, onde e quem são as gestantes da V Região de saúde que tiveram acesso aos serviços de atenção ao parto nos últimos cinco anos.

Os dados foram obtidos via internet em sites de domínio público <<http://tabnet.saude.pe.gov.br>> e TABCNES.

Para descrever a rede de serviços foram utilizadas variáveis extraídas do CNES como número de serviços de atenção hospitalar, e natureza dos serviços obstétricos que compõem a rede SUS na V Região de saúde de PE.

No SINASC foram incluídas as variáveis que permitiu conhecer onde as mulheres pariram. Também foi possível traçar um breve perfil das gestantes como: nascimento por residência e ocorrência, idade, dados de história obstétrica, entre outros.

Dados referentes ao número de procedimentos obstétricos realizados nos serviços hospitalares da região, procedimentos obstétricos realizados no HRDM e tipo de parto foram informações extraídas do SIH.

#### 4.4.2 Observação direta

O estudo se desenvolveu mediante um processo sistemático de registro onde informações complementares onde foram obtidas por meio da observação direta na recepção da emergência obstétrica do HRDM.

A observação foi realizada em sete dias de plantões de 24 horas, de dias comuns que configuraram uma Semana Típica.

Para viabilizar a coleta, esta ocorreu em dias alternados no período de 23 de Março a 16 de Abril de 2014. Para operacionalização desta, os dias escolhidos constituíram uma semana de sete dias, de Domingo a Sábado que estiveram isentas de qualquer eventualidade específica como feriado, festividades, entre outros.

No período de coleta de dados foi utilizado um roteiro de observação estruturado, (Apêndice A), construído com bases em um Fluxograma da Observação do Acesso no hospital de referência da V Região (Apêndice B).

Paralelamente foi construído um diário de campo descritivo, contendo registros e anotações sobre o que era observado, e como ocorria a abordagem inicial das parturientes que procuravam atendimento obstétrico. Esta observação foi realizada pela própria proponente deste estudo.

Para realizar ajustes no roteiro de observação foi realizado um teste piloto em dois plantões de 12 horas diurnas.

O piloto e a coleta de dados, sob forma de observação sistemática, apenas ocorreu após aprovação do projeto de pesquisa com o Parecer da Comissão Científica, (Anexo A), e Carta de Anuência do responsável pela instituição do HRDM, (Anexo B).

Na observação sistemática o pesquisador sabe que aspectos da comunidade são significativos para alcançar os objetivos pretendidos e com base nisso pode elaborar um plano de observação com questões de interesse para a coleta de dados (GIL, 2009).

O diário de campo somado ao roteiro de observação complementa a análise acerca da acessibilidade ao parto de forma regionalizada.

#### **4.5 Análise dos dados do estudo**

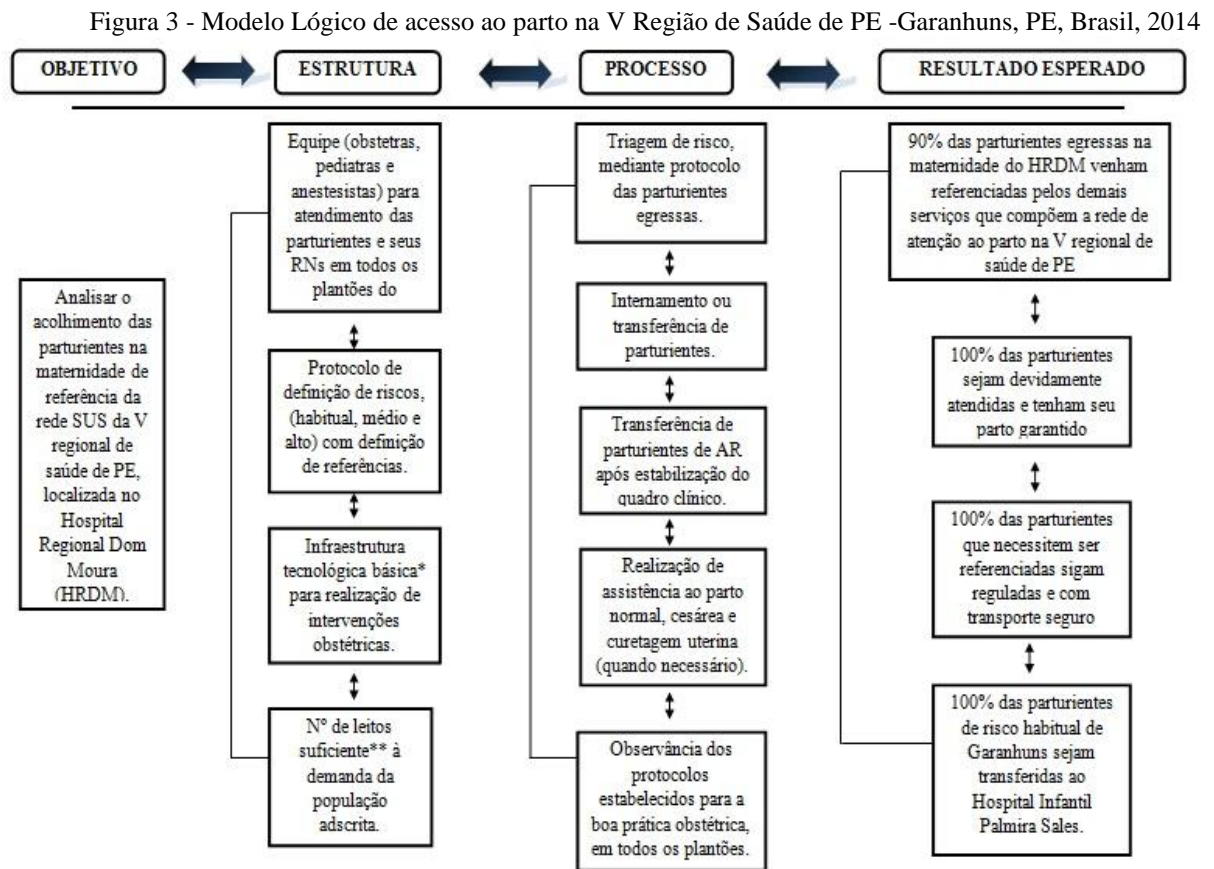
Foi realizada análise dos dados para descrever as variáveis da população estudada além da descrição da rede de serviços em estudo. Foram calculadas as proporções nas variáveis categóricas, e a média e mediana quando necessário, para as variáveis numéricas.

Para a identificação dos possíveis fatores associados ao acesso, ou não, foi realizada uma análise exploratória. Os dados obtidos por meio do roteiro de observação foram codificados e digitados em planilha de Excel, através do qual foram extraídos tabelas com as variáveis de interesse do estudo, complementadas ou explicadas com as anotações do diário de campo.

Estes dados foram correlacionados com os dados extraídos dos sistemas de informação na busca da compreensão da realidade estudada, e no confronto com os resultados esperados do Modelo Lógico (ML) construído neste estudo para apoiar a análise da questão estudada.

O Modelo Lógico (ML) de acesso à atenção ao parto na maternidade do HRDM, foi construído pela própria autora devido à necessidade de incorporar particularidades locais ao processo a ser analisado. Este ML considera elementos importantes da política de regionalização que devem contribuir para o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde materno infantil na Região estudada. Considera também direitos garantidos pela RC, como a ampliação do acesso, a qualidade da assistência e o transporte seguro para o pré-natal e parto.

A figura a seguir apresenta o ML que foi utilizado no estudo.



Fonte: Elaborada pela autora, 2014.

O ML é um esquema visual que expõe o funcionamento do programa e fornece bases objetivas a respeito da relação causal entre os seus elementos (componentes, estrutura, processo e resultados), ou seja, como eles se articulam para atender as necessidades do programa que está sendo estudado (SAMICO et al., 2010, p. 66).

Ao fazer referência às técnicas analíticas específicas, Yin (2005) descreve o modelo lógico como uma técnica que consiste em comparar eventos empiricamente observados com eventos teoricamente previstos. Modelos lógicos – que estipulam um encadeamento de eventos ao longo do tempo em padrões repetidos de causa-efeito-causa-efeito, por meio do qual uma variável (evento) dependente em um estágio anterior torna-se uma variável independente (evento causal) para o próximo estágio.

Para analisar a condição de acesso ao parto na V Região de saúde de PE foram adotados os termos de encaminhamento das parturientes como: **encaminhamento formal com senha**, quando houver um registro escrito com a devida historia clinica e a senha concedida pela Central de Partos e **encaminhamento formal sem senha**, quando a parturiente



apresentar um registro escrito que apresente sua historia clínica, porém, sem a numeração que é concedida pela Central de Leitos; ou ainda **sem encaminhamento algum**, para classificar àquela mulher que chegou de algum outro serviço de saúde, porém sem nenhum registro formal, apenas o direcionamento verbal.

#### **4.6 Considerações éticas**

Este é um subprojeto do estudo intitulado: O Impacto das Reformas Estruturais no SUS: Uma análise compreensiva sobre o gasto público, acesso e performance da assistência a saúde, inserido no PAPES VI, financiado pela Fiocruz com fomentos da CNPQ. Este projeto será desenvolvido obedecendo aos preceitos éticos definidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2011. Está autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/CPqAM, sob o nº- Cae - 0037.0.095.408-11.

A declaração de comprovação a respeito deste subprojeto encontra-se como Anexo C.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização da rede de serviços de atenção ao parto na V Região de saúde de PE

A V Região de saúde de PE é composta por vinte e um municípios do agreste meridional que abriga uma população de 513.660 habitantes, segundo censo IBGE 2010, e possui uma área total de 7.330 Km<sup>2</sup> com densidade populacional de aproximadamente 70,1 habitantes por Km<sup>2</sup>. Seu município sede é Garanhuns, onde está localizado o HRDM, hospital de referência em urgência e emergência geral, pediátrica e obstétrica. Na figura abaixo, observa-se a divisão territorial da V Região de saúde.

Figura 4 - Mapa da V Região de Saúde de Pernambuco



Fonte: PERNAMBUCO, 2013.

Esta Região de saúde possui uma cobertura populacional de atenção primária à saúde de 88,70% e conta com 162 Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas e distribuídas nos seus vinte e um municípios (BRASIL, 2014a).

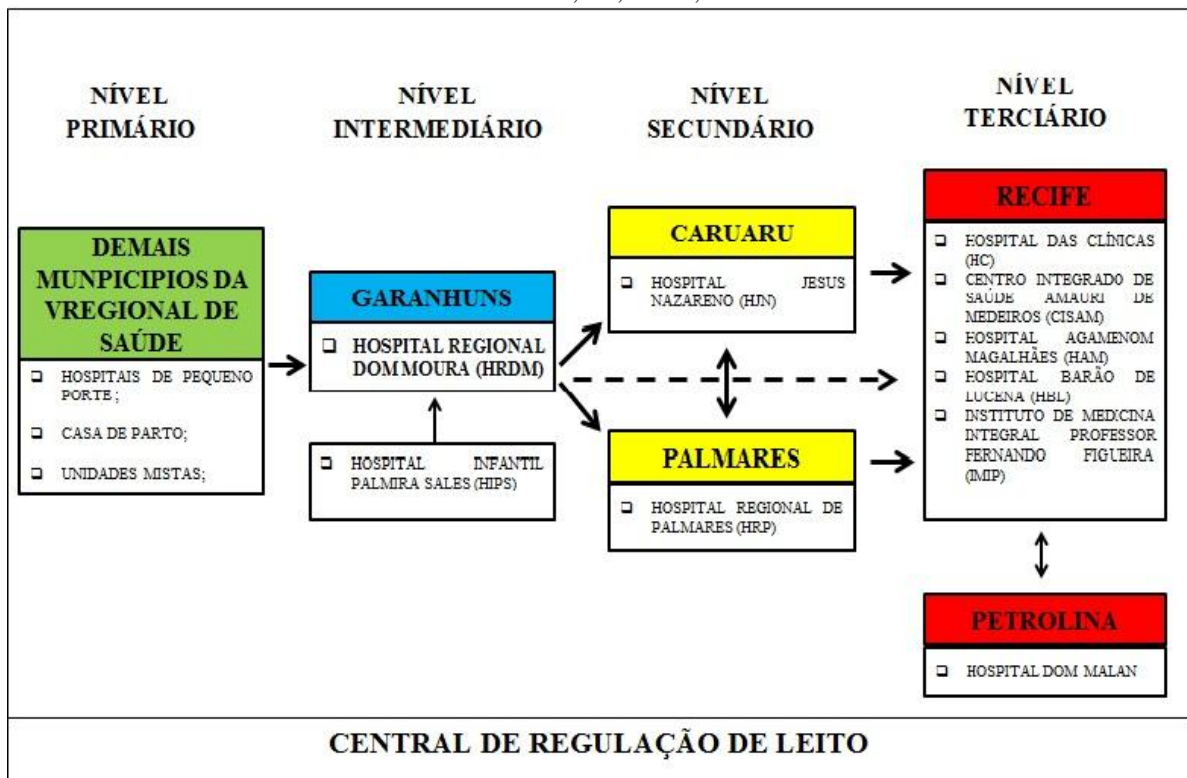
A Rede de atenção obstétrica do sistema estadual a qual se insere conta como um serviço de referência secundária para gestação de alto risco, em Caruaru (sede de macrorregião e referência para Garanhuns), e mais seis maternidades de referência terciária para o alto risco, que estão localizadas uma em Petrolina e as cinco demais em Recife (ARAÚJO, 2012).

O município de Garanhuns que é sede da V Região dispõe de uma maternidade de referência intermediária, a qual deverá funcionar resolvendo as intercorrências de partos de risco habitual da região, como também de filtrar e ordenar o fluxo de parturientes que necessitem de um nível de assistência mais especializada.

A Central de Leitos desempenha a função reguladora na rede de saúde do estado nos leitos obstétricos na tentativa de minimizar problemas relacionados à peregrinação por vagas na hora do parto. Desta forma funciona, mediante central telefônica, como mediadora na organização do fluxo de gestantes na busca de uma vaga na hora do parto, considerando a necessidade clínica do feto, da parturiente e da sua localidade geográfica.

O Fluxograma a seguir busca representar os níveis de assistência que podem ser percorridos pelas parturientes da V Região de saúde.

Figura 5 - Fluxograma de acesso aos diferentes níveis de atenção ao parto na V Região de Saúde de PE Garanhuns, PE, Brasil, 2014



Fonte: PERNAMBUCO, 2013.

O percurso percorrido na busca de assistência ao parto pode ser visualizado na Tabela 1 que apresenta a população de cada município, a sua extensão territorial, a população e as distâncias percorridas para as cidades que abrigam os demais serviços da rede de atenção a saúde materna infantil, no caso Garanhuns, sede de Região, Caruaru sede de Macrorregional e

Recife, capital do estado de PE que concentra maior número de serviços de referência para o atendimento às gestantes de alto risco.

Tabela 1- Distribuição da população segundo municípios e a distância percorrida entre eles e a Sede da V Região de Saúde, a Sede da II Macrorregional de Pernambuco e a Capital do Estado -Garanhuns, PE, Brasil, 2014

Município	População Censo (Hab)	Área (Km <sup>2</sup> )	Distância do município Sede da Região - Garanhuns (Km)	Distância do município Sede da Macrorregião - Caruaru (Km)	Distância do município para a Capital - Recife (Km)
Águas belas	40.235	886	84	189	326
Angelim	10.202	118	30	110	196
Bom conselho	45.503	792	46	150	267
Brejão	8.844	160	22	126	246
Caetés	26.577	329	21	125	262
Calçado	11.125	112	29	77	193
Canhotinho	24.521	423	32	90	230
Capoeiras	19.593	329	25	109	236
Correntes	17.419	339	39	142	227
Garanhuns	129.408	459	0	101	229
Iati	18.360	635	55	154	277
Itaíba	26.256	1.084	123	222	339
Jucati	10.604	121	59	81	219
Jupi	13.705	105	28	77	210
Lagoa do ouro	12.132	199	40	143	240
Lajedo	36.628	189	39	144	281
Palmeirina	8.189	158	37	140	218
Paranatama	11.001	231	21	120	249
Saloá	15.309	252	20	111	215
São João	21.312	258	31	130	256
Terezinha	6.737	151	29	134	271
<b>Total</b>	<b>513.660</b>	<b>7.330</b>	-	-	-

Fonte: IBGE (2010).

Os dados acima apresentados revelam que usuárias do município de Itaíba, distante 339 km de Recife, 222 km de Caruaru e 123 km de Garanhuns podem percorrer em média 90 mim até o município de referência mais próximo, Garanhuns, onde poderão ser devidamente avaliadas por Obstetras.

À distância e o tempo decorrido entre a necessidade de atendimento ao parto em casos de urgência ou emergência são determinantes no desfecho positivo para a mulher e para o feto.

Essas distâncias demonstram a necessidade do Hospital Regional de Garanhuns acolher as usuárias desta Região, quando necessário. Além disto, desempenhar papel fundamental na triagem de casos para o nível secundário e terciário, resolvendo o maior número de casos possíveis. Desta forma deve funcionar de forma acessível todos os dias da semana, visando minimizar transferências indevidas e desempenhado o seu papel na atenção regionalizada à saúde materno infantil.

Assim a investigação do acesso é crucial para construção das políticas públicas a existência de desigualdades no acesso a tais serviços.

Na coleta de dados durante a observação foi evidenciado que a acessibilidade ao Hospital Regional de Garanhuns é limitada nos casos onde no plantão é fechado para a Central de Partos, ou ainda quando na ausência de pediatra são realizadas ligações para os hospitais da Região, onde é passada a informação de que na necessidade de transferência a ambulância deve seguir direto para Caruaru.

Essa prática priva as parturientes de uma avaliação obstétrica adequada além de expor essas usuárias a transferências sem a garantia de vaga numa maternidade determinada. Nesses casos as ambulâncias saem de seus municípios a peregrinarem pelos municípios até conseguirem um atendimento e uma internação para o parto. Nesse contexto, a primeira parada passa a ser na maternidade de referência secundária em Caruaru, outras seguem direto para Recife a tentar atendimento de maternidade em maternidade.

Esta Região compõe a II Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco em conjunto com a IV Região, cuja sede é no município de Caruaru, conforme Plano Diretor de Regionalização (PDR) aprovado na CIB/PE, Resolução nº 1.734 de 17 de setembro de 2011 (PERNAMBUCO, 2011). Na figura 2, pode-se visualizar melhor as respectivas áreas de abrangência territorial que divide o estado de Pernambuco em 12 regionais de saúde conforme Plano Diretor de Regionalização (PDR).

A V Região de saúde apresenta uma média de 8.974 nascimentos por ano, é o que nos revelam os dados dos últimos cinco anos do SINASC. Isso corresponde a 6,34% dos partos ocorridos no estado de PE. Destes 3,38% ocorreram no município de Caruaru e 3,68% foram ser realizados em Recife. Estes percentuais refletem uma boa resolutividade dos partos na própria região (BRASIL, 2014b).

A tabela a seguir apresenta o quantitativo de nascidos por cada município da V Região de saúde nos anos de 2009 a 2013.

Tabela 2 – Número absoluto e a média anual de Nascidos Vivos, por residência, dos municípios da V Região de Saúde PE, 2009 a 2013-Garanhuns, PE, Brasil, 2014

<b>Município</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>Média</b>	<b>Total</b>
Águas Belas	902	811	828	832	794	833	4.167
Angelim	134	142	170	160	163	154	769
Bom Conselho	747	747	667	648	683	698	3.492
Brejão	194	173	167	190	159	177	883
Caetés	465	489	493	461	397	461	2.305
Calçado	154	153	154	153	140	151	754
Canhotinho	382	357	383	359	401	376	1.882
Capoeiras	344	339	324	300	303	322	1.610
Correntes	268	234	244	230	224	240	1.200
Garanhuns	2.434	2.411	2.401	2.346	2.355	2.389	11.947
Iati	394	319	360	296	303	334	1.672
Itaíba	475	443	456	409	358	428	2.141
Jucati	198	183	187	164	170	180	902
Jupi	273	287	274	268	274	275	1.376
Lagoa do Ouro	210	219	222	186	172	202	1.009
Lajedo	663	681	684	640	666	667	3.334
Palmeirina	126	135	147	145	123	135	676
Paranatama	239	204	239	229	203	223	1.114
Saloá	301	247	289	251	213	260	1.301
São João	337	334	365	342	357	347	1.735
Terezinha	128	110	122	121	118	120	599
<b>Total</b>	<b>9.368</b>	<b>9.018</b>	<b>9.176</b>	<b>8.730</b>	<b>8.576</b>	<b>8.974</b>	<b>44.868</b>

Fonte: BRASIL (2014b).

O número de nascidos vivos de anos anteriores e a média anual de partos da V Região de saúde auxiliam na previsão, acerca do quantitativo de partos esperados para os anos vindouros.

Os nascimentos ocorrem basicamente nos serviços de saúde de unidades próprias, ou nos serviços de referência para atenção materna infantil de nível intermediário, secundário e terciário conforme fluxograma apresentado anteriormente na figura 5. Salvo, uma pequena parcela de partos que ocorrem em outros estados.

Dados do CNES revelam que a rede de serviços de atenção a saúde materna da V Região dispõe de 167 leitos obstétricos do SUS, distribuídos em seus 21 municípios.

Levantamento da necessidade de leitos obstétricos na V Região de saúde realizado no estudo de Araujo (2012), que considerou a classificação de risco gestacional, tempo de permanência e taxa de ocupação, para avaliar a relação entre a necessidade de leitos obstétricos e a real oferta e constatou que existem 94 leitos além da necessidade real relacionada às estimativas de número de gestantes da Região.

Destes 167 leitos, apenas 26 estão no hospital de referência, o HRDM.

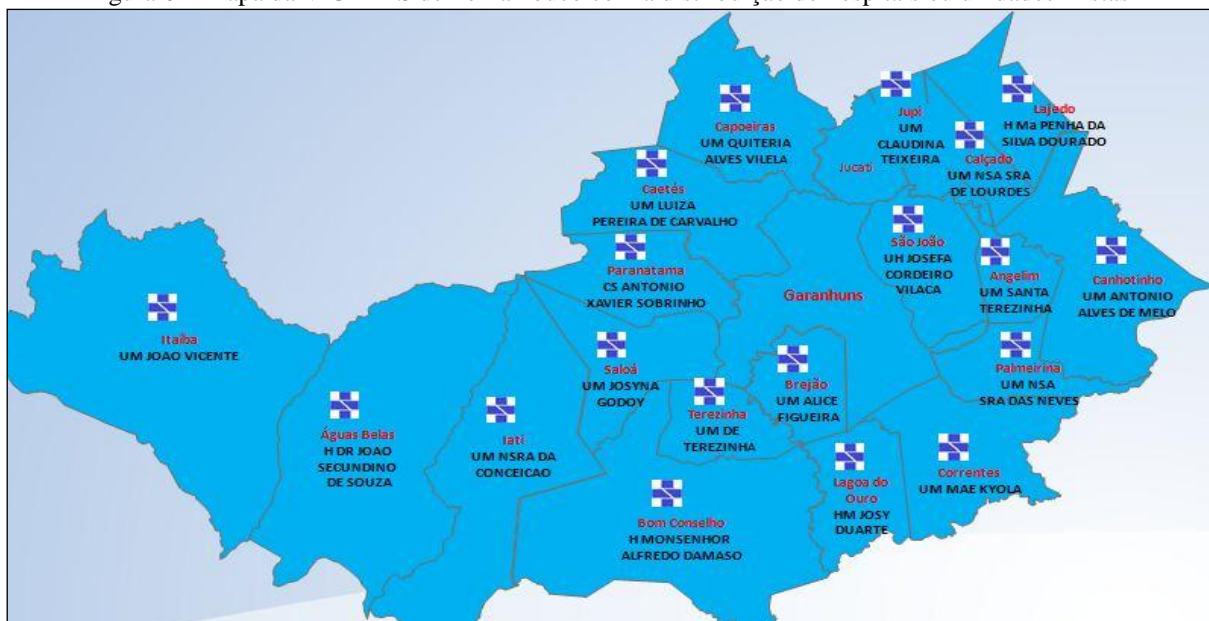
Os dados revelam que o número de leitos obstétricos nas V Região de saúde excede a necessidade real, conforme estudo de Araújo (2012). No entanto, deve-se considerar a quantidade de leitos obstétricos distribuídos em municípios, os quais não dispõem de equipe mínima para acolhimento e realização de partos de risco habitual de sua população.

Araujo (2012), afirma que existe falha no papel protetor do Estado em relação ao acesso ao parto na macrorregional de Caruaru e recomenda o aumento de leitos obstétricos na sede da macrorregional, mesmo constatando que não existe déficit de leitos.

A realidade acaba configurando leitos que não são aproveitados de forma efetiva, uma vez que na ausência da equipe para realizar procedimentos obstétricos, estes leitos permanecem ociosos. Em contrapartida as parturientes necessitam se deslocar de seus municípios para ter a garantia de seu parto.

A V Região de saúde conta em sua rede de serviços de atenção ao parto com 24 estabelecimentos de saúde que totalizam 167 leitos cadastrados como leitos obstétricos, responsáveis pelo acolhimento das gestantes em trabalho de parto. Entre estes, há serviços classificados como Hospital de Pequeno Porte (HPP) e Unidades Mistas (UM) que estão distribuídos nos municípios. Destacam-se os municípios de Jucati e Garanhuns por não possuírem hospitais de gestão municipal. Lajedo possui a única Casa de Parto em funcionamento na região. A figura 6 ilustra a distribuição dos serviços (hospitais ou unidades mistas) nos respectivos municípios da V região de saúde de PE.

Figura 6 – Mapa da V GERES de Pernambuco com a distribuição de hospitais ou unidades mistas



Fonte: PERNAMBUCO, 2013.

Garanhuns, como sede de Região, abriga em seu território dois serviços de natureza privada que realizam atendimento em obstetrícia, que são o Hospital Monte Sinai (HMS) e Hospital Perpetuo Socorro (HPS), conta ainda com o Hospital Infantil Palmira Sales, de caráter filantrópico, e o hospital de referência regional, o HRDM. Assim, totalizam na região 65 leitos obstétricos em atividade, sendo 54 leitos SUS e 11 leitos não SUS, como pode ser verificado na Tabela 3:

Tabela 3—Classificação dos serviços hospitalares de Garanhuns, de acordo com tipo de gestão, natureza, atividade e quantidade de leitos obstétricos disponibilizados - Garanhuns, PE., 2014

Hospitais	Tipo de Gestão	Natureza	Atividade	Leitos Obstétricos	
				SUS	NÃO SUS
<b>HRDM<sup>1</sup></b>	Estadual	Pública	Sim	26	00
<b>HIPS<sup>2</sup></b>	Municipal	Filantrópico	Sim	22	00
<b>HMS<sup>3</sup></b>	Municipal	Privado	Sim	00	06
<b>HPS<sup>4</sup></b>	Municipal	Privado	Sim	06	05
<b>HMGST<sup>5</sup></b>	Municipal	Pública	Não	12	00
<b>TOTAL</b>	-	-	-	54	11

Fonte: BRASIL, (2014c).

Nota: <sup>1</sup>HRDM-Hospital Regional Dom Moura

<sup>2</sup>HIPS-Hospital Infantil Palmira Sales

<sup>3</sup>HMS- Hospital Monte Sinai

<sup>4</sup>HPS-Hospital Perpetuo Socorro

<sup>5</sup>HMGST-Hospital Municipal de Garanhuns Santa Terezinha

Em Garanhuns até 2012 havia um hospital de natureza pública mantido pelo município: O Hospital Municipal de Garanhuns Santa Terezinha (HMGST) para resolução dos partos de risco habitual da população municipal e também para a realização de cirurgias eletivas. Este possuía 28 leitos dos quais 12 eram destinados a obstetrícia. O estabelecimento de saúde em questão foi fechado em 02 de Janeiro de 2013, repentinamente, por decisão política da gestão municipal. Curiosamente este estabelecimento permanece com CNES ativo, motivo o qual compõem a tabela anterior.

Desde 2013, Garanhuns, o município mais populoso da V Região de saúde, mesmo sem possuir um serviço próprio, passou a contar, mediante contratualização, com os serviços obstétricos do Hospital Infantil Palmira Sales (HIPS), através do qual realiza atendimento ao parto de suas gestantes de Risco Habitual.

Ao comparar o quantitativo de partos realizados nos serviços que se encontram no território de Garanhuns, verifica-se que o HRDM realiza mais que o dobro dos partos ocorridos no hospital de referência municipal, no caso o HIPS. Destaca-se também o percentual referente ao tipo de parto realizado por estes serviços. Enquanto o serviço de referência intermediária realiza 41,16% de partos cesário, o HIPS, referência para risco habitual no município de Garanhuns chega a 73,01% de partos cesário.



Tabela 4– Número absoluto e relativo de partos normal e cesárea, ocorridos no Hospital Regional Dom Moura e Hospital Infantil Palmira Sales, 2009 a 2013-Garanhuns, PE, Brasil, 2014

	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
<b>HRDM</b>	<b>2115</b>	<b>2556</b>	<b>2949</b>	<b>2356</b>	<b>2127</b>	<b>12103</b>	
<b>P N*</b>	1216	1443	1794	1415	1253	7121	58,84
<b>P C**</b>	899	1113	1155	941	874	4982	41,16
<b>HIPS</b>	<b>1073</b>	<b>755</b>	<b>929</b>	<b>748</b>	<b>2045</b>	<b>5550</b>	
<b>P N*</b>	342	187	160	81	728	1498	29,99
<b>P C**</b>	731	568	769	667	1317	4052	73,01

Fonte: BRASIL (2014d).

Nota:\*PN-Parto Normal

\*\*PC-Parto Cesário

O Hospital Regional Dom Moura é o único hospital que atende a média complexidade em obstetrícia na Região, não existindo serviço de qualquer natureza em alta complexidade obstétrica. É compreendido como unidade hospitalar de referência para urgências e emergências em geral, incluindo as urgências e emergências obstétricas desempenhando importante papel no processo de regionalização de atenção ao parto, devendo funcionar de forma a ordenar e drenar o fluxo de parturientes, de acordo com suas necessidades específicas.

O serviço de atenção ao parto do HRDM funciona com 26 leitos de obstetrícia, o atendimento pediátrico conta ainda com 02 leitos de pediatria cirúrgica e 23 de pediatria clínica, inexistindo, portanto leitos neonatais (BRASIL, 2014c).

Este serviço tem como missão atender a demanda de gestantes da V Região de saúde de PE, em trabalho de parto que apresentam alguma intercorrência, ou seja, gestantes que apresentem algum risco, seja relacionado à gestação ou ao parto, para isto conta com a Central de Regulação de Leitos Obstétricos (CL) ou Central de Partos, órgão ligado a Secretária Estadual de Saúde de PE, que objetiva o direcionamento de mulheres com necessidades de assistência ao parto a um serviço adequado às suas necessidades e que seja o mais próximo possível. Uma codificação numérica é nomeada como senha de acesso a um serviço de referência, no qual deve haver equipe completa e leito disponível.

Os dados dos partos realizados no HRDM por município de residência nos últimos cinco anos estão apresentados na tabela a seguir:

Tabela 5 - Número relativo e absoluto de partos ocorrido no Hospital Regional Dom Moura, por município de residência e ano de ocorrência, 2009 a 2013-Garanhuns, PE, Brasil, 2014

Município	Ano de Ocorrência					TOTAL	% dos partos no HRDM
	2009	2010	2011	2012	2013		
Águas Belas	128	90	145	114	134	611	5,51
Angelim	42	47	63	45	78	275	2,48
Bom Conselho	25	47	47	77	71	267	2,41
Brejão	31	42	55	59	60	247	2,23
Caetés	103	121	163	158	120	665	5,99
Calçado	34	24	38	8	18	122	1,10
Canhotinho	90	117	108	95	96	506	4,56
Capoeiras	105	108	141	92	92	538	4,85
Correntes	63	78	70	70	78	359	3,24
Garanhuns	636	691	826	768	426	3347	30,16
Iati	67	97	62	62	74	362	3,26
Itaíba	40	45	43	27	30	185	1,67
Jucati	65	82	102	70	62	381	3,43
Jupi	76	80	99	104	107	466	4,20
Lagoa do Ouro	35	54	49	40	35	213	1,92
Lajedo	117	157	175	1107	120	676	6,09
Palmeirina	56	94	81	59	58	348	3,14
Paranatama	63	95	131	58	48	395	3,56
Saloá	57	67	90	49	79	342	3,08
São João	83	108	132	116	170	609	5,49
Terezinha	34	37	37	33	40	181	1,63
<b>Total</b>	1.950	2.281	2.657	2.211	1.996	11.095	100,00

Fonte: BRASIL (2014b).

Dentre o percentual do total de partos ocorridos no HRDM nos últimos cinco anos destacaremos os municípios com mais de 5,00%. Dentre eles Águas Belas, com percentual de 5,51%, Caetés, com percentual de 5,99, Garanhuns com percentual 30,17% e São João com 5,49%.

Tabela 6 - Comparativo entre municípios da V REGES com mais de 5% de partos realizados no HRDM entre 2009 e 2013 -Garanhuns, PE, Brasil, 2014

Município	Distância em Km de Garanhuns	População Censo IBGE <sup>1</sup> 2010 (Hab)	Nascidos Vivos <sup>2</sup> por residência 2009 a 2013	% dos partos no HRDM <sup>3</sup>
Garanhuns	0	129.408	11.947	30,17%
Lajedo	39	36.628	3.334	6,09%
Caetés	21	26.577	2.305	5,99%
Águas Belas	84	40.235	4.167	5,51%
São João	31	21.312	1.735	5,49%

Fonte: <sup>1</sup>IBGE (2010); <sup>2</sup>BRASIL (2014b, d).

Este comparativo leva a um questionamento acerca do acesso regionalizado de atenção ao parto na V Região: que os percentuais partos realizados no HRDM, não têm relação apenas com a população do município de origem e parece estabelecer uma relação inversamente proporcional a distância do município onde está localizado o HRDM.

No entanto, o HRDM tem sido referência para usuárias da V Região de saúde de forma significativa. Do total de 44.868 nascimentos de residentes na Região estudada nos últimos cinco anos 24,73% ou 11.095 destes nascimentos ocorreram neste serviço.

Estes achados consolidam o HRDM como importante unidade de serviço dentro da rede de saúde materna da V Região de saúde mesmo não revelando o quantitativo de parturientes que passaram no HRDM e necessitaram ser transferidas a serviços de maior complexidade.

Tabela 7 – Relação dos Nascidos Vivos (NV) da V Região de Saúde de Pernambuco com o total de nascimentos realizados no Hospital Regional Dom Moura (HRDM), por ano de ocorrência, 2009 a 2013 Garanhuns, PE, Brasil, 2014

	ANO DE OCORRÊNCIA											
	2009		2010		2011		2012		2013		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>TOTAL DE NV</b>	9.368	100	9.018	100	9.176	100	8.730	100	8.576	100	44.868	100
<b>TOTAL DE PARTOS HRDM</b>	1.950	20,8	2.281	25,3	2.657	28,9	2.211	25,3	1.996	23,3	11.095	24,73

Fonte: BRASIL (2014b, d).

Para que o hospital regional execute seu papel na atenção regionalizada ao parto é necessário que funcione de forma efetiva. Durante a coleta de dados, nos sete dias de observação para amostra desta pesquisa verificou-se que a presença da equipe médica de plantonistas é irregular. Apenas dois plantões estavam abertos para a central de partos, os outros cinco foram fechados por falta de médicos obstetras ou ainda devido à falta de pediatra no plantão.

Dos sete dias observados apenas foi possível considerar como equipe completa, somente um plantão. Os outros cinco funcionaram com equipe incompleta, onde havia apenas um obstetra, ou obstetras sem a presença do pediatra. Destaque para um plantão do final de semana que não havia nenhum obstetra ou pediatra na unidade de referência para assistência ao parto na V Região de saúde de PE. Neste caso foi observado que nenhuma gestante teve sua ficha de atendimento preenchida ou um atendimento formal realizado pelos demais integrantes do plantão, como a enfermeira ou técnico de enfermagem.

A falta de obstetra, anestesista e pediatra configuram plantões desfalcados e levam ao fechamento do plantões na CL, o que configura uma importante barreira de acesso, para parturientes que buscam a garantia de um atendimento especializado.

Sendo a maternidade do HRDM uma unidade intermediária, que não representa a referência ao atendimento da gestante de alto risco, a maternidade deveria funcionar de forma

a acolher as parturientes de toda a região e direcioná-las a um parto garantido e seguro em todos os dias da semana.

Neste cenário, o HRDM, acaba não desempenhado seu papel de ordenador de fluxo na rede de atenção a saúde obstétrica na Região de saúde que está inserido. Deixando uma lacuna fundamental na atenção regionalizada ao parto.

## 5.2 Caracterização das parturientes que buscaram atendimento ao parto no HRDM

A coleta de dados deste estudo permitiu conhecer melhor características de gestantes que procuraram o serviço de emergência obstétrica do hospital Regional da V Região de saúde para terem acesso ao parto. Estes são dados detalhados na a tabela a seguir.

Tabela 8 – Características das mulheres atendidas na maternidade do Hospital Regional Dom Moura segundo idade, procedência e variáveis obstétricas. Garanhuns, PE, Brasil, 2014

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
≤19	18	22,8
20 – 30	44	55,7
31 – 40	12	15,2
> 40	02	2,5
Sem Informações	03	3,8
<b>Origem</b>		
Municípios da V GERES	74	93,7
Municípios de outras GERES	04	5,1
Municípios de outros Estados	01	1,2
<b>Acompanhante</b>		
Sim	74	93,7
Não	05	6,3
<b>Pré-Natal</b>		
Sim	73	92,4
Não	02	2,5
Sem Informações	04	5,1
<b>Número de partos</b>		
Nulíparas	31	39,2
Primíparas	18	22,9
Multíparas	20	25,3
Grande Multípara	03	3,8
Sem Informações	07	8,8
<b>Número de gestações</b>		
Um	27	34,3
Dois	20	25,3
Três	11	13,9
Quatro	08	10,1
Cinco ou mais	06	7,6
Sem Informações	07	8,8
<b>Aborto</b>		
Sim	11	13,9
Não	61	77,2
Sem Informações	07	8,8
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela Autora, 2014.

Foi observado que 55,7% das mulheres tinham entre 20 e 30 anos, a idade média da população estudada foi de 25 anos, com uma faixa etária que variou de 13 a 42 anos. Dentre a população observada 93,97% eram oriundas da própria Região de saúde e que apenas 5,1% das usuárias eram de cidades que pertencem a outras regionais de saúde ou até mesmo a outro estado. Esses dados confirmam este serviço de saúde como sendo referência na busca à assistência ao parto na Região estudada.

Compareceram acompanhadas de parceiro, amigos ou familiares 93,7% delas.

Quanto à situação obstétrica 92,4% tinham realizado pré-natal, pois portavam seu cartão de pré-natal na busca por atendimento ao parto, 39,2% eram nulíparas, pois nunca haviam parido anteriormente e 34,3% estavam grávidas pela primeira vez, enquanto 55,9% delas experimentavam a gestação pela segunda, terceira, quarta, quinta vez ou até mais e 13,9% delas já haviam tido abortos anteriores.

Alguns dados não relacionados à idade assemelham se aos dados encontrados num estudo que verificou o acesso a assistência ao parto de adolescentes na rede SUS, onde 88,1% estavam acompanhadas ao procurar um serviço de saúde, 91,5% também apresentavam o seu respectivo cartão de pré-natal e 11,9% já haviam tido abortamento anterior (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010.)

Os dados referentes à realização do pré-natal demonstram que o acesso aos serviços de assistência neste sentido tem sido influenciadas pela expansão da atenção primária da saúde, mediante políticas de descentralização e fortalecimento da atenção primária voltadas à saúde materno infantil.

Quanto às características do atendimento realizado no acolhimento das parturientes egressas no HRDM seguem os dados da tabela a seguir:

Tabela 9 – Características do atendimento obstétrico prestado às parturientes que buscam assistência ao parto na maternidade do Hospital Regional Dom Moura (HRDM), Garanhuns, PE, Brasil, 2014

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
(Continua)		
<b>Avaliadas</b>		
Sim	70	86,6
Não	09	11,4
<b>Turno do atendimento</b>		
Diurno	53	67,1
Noturno	26	32,9
<b>Forma de entrada no HRDM</b>		
Demanda espontânea	28	35,4
Encaminhada com senha	03	3,8
Encaminhada sem senha, mas com encaminhamento formal	17	21,5
Vindas de outros serviços sem encaminhamento formal	31	39,3
<b>Procedência</b>		
Casa	33	41,7
Hospital	39	49,4
Outros	07	8,9

Tabela 9 – Características do atendimento obstétrico prestado às parturientes que buscam assistência ao parto na maternidade do Hospital Regional Dom Moura (HRDM), Garanhuns, PE, Brasil, 2014

Características	(Conclusão)	
	N	%
<b>Tipo de transporte</b>		
Ambulância/SAMU*	38	48,1
Carro próprio	37	46,8
Outros	04	5,1

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014.

Notas:\*SAMU-Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Durante a observação das parturientes que buscaram o hospital regional a procura de assistência ao parto, foram devidamente atendidas 86,6% delas. Isto revela que 11,4% não foram atendidas por qualquer profissional da área de saúde e tiveram o seu direito de acesso restringido neste serviço, o que compromete a qualidade do atendimento nos serviços de saúde, e contribui para a peregrinação de gestantes.

Esses dados revelam um fator importante na questão do acesso ao parto, pois das parturientes que procuraram o serviço de emergência obstétrica, 6,3% destas gestantes não foram devidamente acolhidas no serviço, sendo direcionadas a outras unidades sem uma adequada avaliação de sua condição clínica-obstétrica.

A procura pelo serviço foi predominantemente no período diurno, 67,1%, enquanto apenas 32,9% buscaram atendimento no período noturno.

Durante a observação foi visto que algumas mulheres ao informar que eram do município de Garanhuns eram diretamente direcionadas ao serviço de referência municipal, antes de serem devidamente examinadas, muitas vezes essas informações partiam da própria recepção, ou de qualquer membro da equipe de saúde que estivesse na recepção do serviço.

Deram entrada no HRDM de forma espontânea 35,44% das parturientes observadas, o que demonstra que apesar do alcance do pré-natal na população estudada, a vinculação da gestante à maternidade é uma prática que precisa ser fortalecida, pois a não vinculação dessas mulheres aos serviços que devem procurar na hora de parir, o que contribui com a desorganização e o mau funcionamento dos serviços em rede.

Das 28 parturientes que chegaram como demanda espontânea, 09 (32,1%) eram de Garanhuns, isso reafirma que boa parte das gestantes não são devidamente vinculadas a uma unidade de referência durante o pré-natal, pois buscam pelo atendimento inicial no hospital de referência da V Região..

Sendo o HRDM um serviço de referência intermediária para a V Região de saúde, todas as parturientes deveriam chegar com encaminhamentos formais e senha do serviço à qual estariam vinculada.

No entanto, da população observada apenas 3,8% parturientes chegaram ao serviço com um encaminhamento formal e a senha de regulação da Central de Leitos, o que deve garantir seu atendimento. Foi observado ainda que 21,5% se apresentaram com encaminhamentos formais, porém sem a senha de regulação, e que 39,3% teriam vindo de outros serviços hospitalares sem senha ou qualquer tipo de encaminhamento formal que descrevesse sua história clínica.

Outra característica importante que se relaciona especificamente ao acesso aos serviços de saúde diz respeito ao tipo de transporte utilizado. Os dados constatados neste estudo apontam que 48,1% das parturientes chegaram ao serviço de referência em ambulâncias, enquanto 46,8% vieram de carro próprio.

Na observação direta foi registrada a chegada de parturientes em transportes comuns fornecidos pelos municípios, como carros da vigilância epidemiológica entre outros, nos quais não eram acomodadas de forma adequada, sobretudo considerando o estado delicado que se encontravam precisando sentir-se segura e confortável para vivenciar o trabalho de parto. Chegaram em ambulâncias quebradas que não tinham condições de seguir até a capital, outras chegavam em carros das prefeituras sem nenhuma condição de acomodação. Algumas mulheres chegaram a ser deixadas na calçada do hospital pelos transportes do município, e ficaram desacompanhadas da técnica de enfermagem responsável pelo acompanhamento da transferência. Em outros casos, parturientes seguiram transferidas dividindo a ambulância com outros pacientes e, conseqüentemente, acompanhantes destes.

Foi verificada ainda a chegada de algumas dessas gestantes em Unidades Moveis de porte Básico do SAMU, as quais não haviam sido reguladas pelo SAMU.

A não garantia de transporte adequado para o deslocamento das parturientes se constitui como um obstáculo, na busca dos serviços de atenção ao parto em momento oportuno e de forma segura.

Quanto às características acerca do atendimento realizado no hospital de referência ao parto da V Região de saúde, foi possível observar que 84,3% dos atendimentos foram realizados pelo profissional médico. Dentre as 88,6% parturientes avaliadas, foram internadas na própria unidade, 35,4% delas. Outras 27,9% foram orientadas a retornar para residência e aguardar o momento certo de retornar ao serviço de saúde.

O grupo de parturientes que necessitaram ser direcionadas a outros serviços da rede de atenção ao parto foi constituído de 25,3%. Destas, 8,9% seguiram sem senha, ou seja, foram avaliadas por algum profissional de saúde e por alguma razão não foram encaminhadas formalmente com o histórico de sua situação clínica-obstétrica. Outras 12,6% foram

transferidas com senha de regulação da central de leitos, que deve seguir do histórico de sua situação clínica-obstétrica. E foi ainda observado que 3,8% das parturientes foram transferidas sem a senha, após a avaliação do médico obstetra plantonista, neste caso, devido à inoperância da Central de Partos do Estado por horas.

Os dados descritos acima estão apresentados na tabela a seguir:

Tabela 10- Destino das mulheres atendidas maternidade do Hospital Regional Dom Moura (HRDM)- Garanhuns, PE, Brasil, 2014

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Profissional responsável pela avaliação</b>		
Obstetras	59	74,7
Outros profissionais	11	13,9
Sem avaliação	09	11,4
<b>Observadas</b>		
Avaliadas	70	88,6
Internadas	28	35,4
Residência	22	27,9
Segue sem senha	07	8,9
Transferidas com senha	10	12,6
Transferidas sem senhas com encaminhamento formal	03	3,8
Não avaliadas	09	11,4
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014.

Ao relacionar os dados dos profissionais que realizaram o atendimento inicial com o destino das mulheres, a observação revela que o profissional médico é responsável pelo maior número de atendimentos na emergência da maternidade estudada. Como revela também que 10% dessas parturientes apesar de serem atendidas por um profissional da equipe, seja ele médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, acabou sendo direcionada para outro serviço sem qualquer encaminhamento formal.

Foi constatado ainda que nem toda gestante ou parturiente que procurou o HRDM teve direito a uma ficha de atendimento com conseqüente avaliação inicial pela equipe de plantonistas, pois quando era sabido que estas mulheres eram residentes de Garanhuns, elas eram direcionadas de imediato para o hospital de referência do município, o HIPS, por recepcionistas ou profissionais de saúde que se encontravam na recepção.

O direcionamento para outro serviço direto da recepção ou ainda da calçada como ocorreu por vezes, aonde a paciente nem chegou a ser acolhida pelo serviço da recepção, acaba por deixar inúmeras mulheres em situação de risco, pois elas ficam perambulando entre serviços de saúde sem um direcionamento concreto, um encaminhamento formal que seja. Quando não se acolhe e não se avalia uma parturiente, não se sabe o risco que o binômio mãe-bebê estão sujeitos.



Merece destaque o fato de algumas mulheres que por ventura não chegaram à emergência do hospital investigado. Uma vez que a observação participante permitiu a constatação de ligações do HRDM para muitos serviços de saúde dos municípios da V Região de Saúde solicitando que as ambulâncias com as parturientes seguissem direto para Caruaru, pois naquela unidade não havia médico.

Outro ponto que merece desta que diz respeito à ausência do pediatra no plantão, e mesmo com obstetra na equipe, havia o repasse desta informação para muitos municípios, o que ocasionava o traslado de parturientes sem uma devida avaliação, sem o devido atendimento especializado inicial, ou ainda com o traslado desnecessário.

### **5.3 Acessibilidade ao parto na maternidade do Hospital Regional Dom Moura-Garanhuns, Pernambuco, 2014**

Para identificar como se dá o acesso às parturientes na maternidade do HRDM, foi elaborado o Modelo Lógico (Figura 3). Este instrumento vai apontar fatores relacionados à estrutura e ao processo, importante para discutir os resultados encontrados, além de servir de base para apoiar este estudo na comparação com os resultados esperados.

A acessibilidade das parturientes ao serviço está diretamente relacionada à forma como se estrutura o serviço para o acolhimento e direcionamento destas mulheres num momento crucial de suas vidas.

Das parturientes observadas, verificou-se que 35,4% delas vieram como demanda espontânea, este dado sugere que as gestantes não são devidamente orientadas quanto ao serviço de que devem procurar no momento do parto, ou ainda que os serviços de seus municípios não funcionam de forma a garantir esta vinculação.

Alves (2011) constatou que há dificuldades na vinculação das gestantes às maternidades/hospitais, uma vez que as unidades estaduais, responsáveis pelo direcionamento dos leitos obstétricos, a central de leitos, não está integrada aos demais serviços de saúde do município de Recife, o que contribui para a não construção de uma rede de atenção à saúde que garanta a continuidade do cuidado da população e o atendimento de suas reais necessidades de saúde.

Barbastefano (2010) em estudo realizado no RJ, reitera a idéia de Alves (2011) quando afirma que o fato de gestantes precisarem por conta própria buscar atendimento em mais de uma unidade mostra que a central de regulação de leitos não funciona de maneira efetiva e, conseqüentemente, não garante o acesso satisfatório de gestantes à rede de serviços.

Outras 25,31% das parturientes observadas na maternidade do HRDM chegaram com algum tipo de encaminhamento, seja da ESF, seja do ambulatório de especialidades ou de outro serviço hospitalar (Tabela 09). Destaque para 25,31% das parturientes que vieram de unidades hospitalares, seja Unidade Mista, Hospital de Pequeno Porte ou até mesmo Casa de Parto, pois destas, apenas 3,80% foram devidamente encaminhadas com senha da Central de Regulação de Leitos ao HRDM.

Observações registradas no diário de campo revelaram que as parturientes acolhidas na emergência do hospital regional estudado, eram muitas vezes oriundas de serviços de saúde que não havia médico no plantão, ou até que não havia enfermeiro. Esta constatação explica em certo grau, o fato de apenas 3,80% das mulheres observadas terem chegado devidamente reguladas pela Central de Leitos ao HRDM, bem como reflete o funcionamento deficiente de serviços de saúde da V região de saúde de PE.

O acesso geográfico à assistência ao parto, relacionado à oferta desigual dos serviços de saúde de qualidade, é um componente de vulnerabilidade da mãe e do concepto (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012).

Melo et al (2008), pontuaram a peregrinação das gestantes com o perfil de óbitos e nascimentos e concluíram que o acesso à assistência de qualidade tem papel fundamental na determinação da mortalidade.

Quando relacionado o destino das parturientes egressas na maternidade do HRDM ao dia do plantão podemos verificar particularidades, na busca da compreensão do acesso ao parto na região estudada.

Tabela 11- Destino das mulheres atendidas na emergência da maternidade do Hospital Regional Dom Moura (HRDM), segundo dia da semana. Garanhuns, PE, Brasil, 2014

Dia da Semana	Equipe	Parturientes Observadas				Destino das parturientes avaliadas						Classificação do Risco Gestacional	
		Egressas	Avaliadas	Residência	Internadas	Encaminhadas	BR <sup>3</sup>	AR <sup>4</sup>					
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
DOM	I <sup>1</sup>	07	8,7	03	4,3	-	-	-	-	03	15,0	03	-
SEG	I <sup>1</sup>	11	14,0	10	14,3	02	9,1	07	25,0	01	5,0	-	01
TER	C <sup>2</sup>	07	8,7	07	10,0	04	18,2	02	7,1	01	5,0	01	
QUA	I <sup>1</sup>	10	12,7	08	11,4	03	13,6	02	7,1	03	15,0	02	01
QUI	I <sup>1</sup>	08	10,1	08	11,4	02	9,1	01	3,6	05	25,0	03	02
SEX	I <sup>1</sup>	20	25,4	18	25,7	08	36,4	09	32,2	01	5,0	-	01
SAB	I <sup>1</sup>	16	20,4	16	22,9	03	13,6	07	25,0	06	30,0	04	02
TOTAL	I <sup>1</sup>	79	100	70	100	22	100	28	100	20	100	-	-

<sup>1</sup>Incompleta.

<sup>2</sup>Completa.

<sup>3</sup>Baixo Risco

<sup>4</sup>Alto Risco

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014.

Em alguns plantões ocorreu a prática de realizar contato telefônico com os municípios a fim de informar sobre o plantão que estava fechado nesse momento. Também foi repassada a informação de que as gestantes que necessitassem de outro nível de complexidade, deveriam seguir direto para Caruaru, Palmares ou Recife.

Na ocasião destas mulheres chegarem num dia que não havia médico plantonista verificou-se que estas seguiram para hospitais de outros municípios próximos, como Caruaru, Palmares ou até mesmo para Recife sem a senha da central de partos, que na hora de parir conferiria a certeza de vaga garantida em outra maternidade. Esta observação afirma uma realidade já discutida em outros estudos, onde gestantes peregrinam na hora de parir sem uma avaliação prévia que conteste o grau de complexidade necessitado por ela, sem a realização de condutas muitas vezes necessárias até a chegada de um serviço indicado.

O direcionamento de parturientes de acordo com seu grau de risco gestacional ou ainda com sua origem, devem ser fatores decisivos para o seu devido encaminhamento desde que sejam realizados por profissionais devidamente capacitados e em concordância com protocolos de acesso na rede de serviços a qual faz parte.

No entanto, foi observado que parturientes de alto risco gestacional, que procuraram o HRDM, não chegaram a ser avaliadas por terem verbalizado residir em Garanhuns, e que deviam procurar o hospital que atende as gestantes do município, quando realmente se tratavam de parturientes que deveriam ter sido assistidas pelo HRDM, ou direcionadas a hospitais de maior complexidade.

Desta forma cabe o questionamento acerca do papel da rede de serviços em saúde materna nesta Região. Pois, o que parece existir são serviços que funcionam de forma independentes o que contribui para a não efetivação de um fluxo organizado de acesso às gestantes.

Mendes e Almeida (2005) confirmam que o processo de regionalização da assistência à saúde enfrenta muitas barreiras, como a fragmentação da atenção em diversos serviços que atuam sob diferentes lógicas, desarticulados com os serviços da atenção básica e de média e alta complexidade. Como sistemas fragmentados de atenção à saúde compreendem-se aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção continuada (MENDES, 2010).

Freitas (2013), ao estudar a perspectiva ao acesso aos serviços de saúde considerou que a integração da atenção obstétrica, com construção de redes regionalizadas e integradas é categoria indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde.

Apesar dos avanços significativos no modelo brasileiro de atenção à saúde, com a criação do SUS, muito se avançou na melhoria da assistência ao parto e nascimento, porém, a redução da mortalidade materno e infantil permanece um desafio para o País, assim como para muitos países em desenvolvimento.

Estatisticamente é possível estimar o número de nascimentos de uma determinada população com base em suas características específicas e séries históricas, o que deveria contribuir para o planejamento da resolutividade dos partos de uma determinada população, no entanto, a dificuldade de acesso das gestantes na hora do parto aos serviços de saúde é comprovadamente um problema de saúde pública.

Entende-se que as autoridades sanitárias locais são responsáveis por cumprir o papel de garantir a assistência ao parto, ofertando de forma organizada de acordo com a regionalização, a continuidade da assistência à gestante, parturiente e recém-nascido, desde o pré-natal até o parto.

Para a garantia dessa assistência nos seus diversos níveis de complexidade os municípios devem organizar-se em rede com o intuito de obter a garantia da assistência de baixa, média e alta complexidade para a mulher e a criança, o mais próximo possível de seu território, visando evitar a peregrinação de gestantes no momento do parto, evitando assim desfechos desfavoráveis para mulher e criança.

A forma como se organiza a rede de assistência ao parto de uma determinada região e como os municípios se articulam no intuito de dividir responsabilidades ao se complementarem, são decisivos nos indicadores que expressam não apenas qualidade de vida, mas que evidenciem também a prática de processos de governança, fundamentais para a efetivação de políticas públicas de saúde.

Recente estudo descritivo de caso único, com abordagem qualitativa realizado em uma maternidade de referência de Caruaru evidenciou o quanto a política de atenção ao parto tem sido reveladora de situações de iniquidade e, portanto, de injustiça sanitária e social na II Macrorregional de Saúde de PE (ARAUJO, 2012).

Estes dados evidenciam claramente problemas relacionados com a assistência direta ao parto, o que pode estar relacionado a um sistema fragmentado, com pontos de atenção isolados e nem sempre interligados, que acabam oferecendo ações pouco resolutivas e que refletem a gestão das políticas públicas de atenção ao parto pelos municípios envolvidos na rede.

Para Araujo (2012), algumas mulheres usuárias do SUS estão expostas a maiores riscos durante o parto e nascimento de seus filhos do que outras e isto parece estar sendo visto

como se fosse um jogo de sorte, um jogo onde parece ser o acaso quem vai determinar quem fica e quem segue adiante em uma peregrinação sem destino ou resultado garantidos, o que evidencia barreiras no acesso aos serviços de saúde.

Situações semelhantes ao caso apresentado no estudo de Araujo (2012) evidenciam a problemática da assistência ao parto em muitas cidades brasileiras, não sendo caso exclusivo de Caruaru.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve o objetivo analisar a acessibilidade à atenção ao parto na maternidade de referência na rede SUS da V Região de Saúde de PE e apontou como resultado a dificuldade no acesso das gestantes aos serviços de saúde, que pode ser revelado como: dificuldade para um atendimento inicial, ou triagem; dificuldade de traslado com garantia da assistência e vaga em outro serviço, além de falhas no fluxo de gestantes entre os serviços de saúde envolvidos.

De acordo com o Modelo Lógico construído para este estudo, podemos concluir que o objetivo principal de acolhimento de 100% das parturientes vem sendo cumprido parcialmente, uma vez que o HRDM avaliou na Semana Típica investigada apenas 86,6% das parturientes egressas. A barreira de acesso ao atendimento inicial compromete a devida assistência a parturiente e quase sempre se relaciona com outros fatores que dificultam o acesso a um parto seguro e no momento oportuno.

Em relação às parturientes referenciadas pelas unidades hospitalares dos municípios da V Região de saúde, apenas 3,8% estavam devidamente reguladas. Este dado evidencia a precariedade dos atendimentos nas UM e HPP e contribuem para a peregrinação das parturientes de forma incerta na busca de um lugar seguro para parir.

Destaca-se ainda a inconstância na equipe médica nos plantões, não sendo um problema exclusivo da unidade investigada, mas um problema presente também nas UMs e HPP da Região. A dificuldade de médicos obstetras e pediatras para as maternidades públicas tem se tornado um problema comum em pequenos e até grandes centros urbanos do Brasil, constituindo já um problema de saúde pública.

Estes achados levam a constatação de vários problemas que influenciam no acesso das parturientes aos serviços de atenção ao parto na V Região de Saúde e demonstram a ausência de fatores importantes que levariam ao reconhecimento concreto destes serviços como uma rede de serviços de saúde efetiva de atenção ao parto, pois eles parecem não funcionar de forma complementar, o que acaba por comprometer o direito à saúde da parturiente de forma integral e contínua. Comprometendo o direito de nascer e parir com segurança.

A acessibilidade ao parto ainda se constitui uma barreira muito freqüente nos serviços de saúde. O fortalecimento da operacionalização da rede de serviços de saúde de atenção ao parto é condição fundamental para o funcionamento adequado das unidades que compõem a rede, bem como para as parturientes conseguirem ter a assistência necessária assegurada em qualquer nível de assistência.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistências em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- ALMEIDA, W. S.; SZWARCOWALD, C. L. Mortalidade e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 68-76, 2012.
- ALVES, P. C. **Desafios à integração no SUS: uma análise da rede de atenção à saúde da Mulher em Recife**. 2011. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v.36, p. 1-10, 1995.
- ARAÚJO, F. R. F. **A bioética da proteção e as implicações morais no acesso desigual ao parto: o caso de uma maternidade de referência no agreste de Pernambuco**. Recife: FIOCRUZ, 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.
- BARBASTEFANO, P. S.; GIRIANELLI, V. R.; VARGENS, O. M. C. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 708-714, 2010.
- BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **CNES-Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 17 mar. 2014c.
- BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **SIH/SUS-Cadastro Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/midescr.htm>>. Acesso em: 25 mar. 2014d.
- BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **SINASC-Sistema de Informação de Nascidos Vivos**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 03 jul. 2014b.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080/90, de 19 de Setembro de 1990. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2012.
- BRASIL. Presidência da República Lei nº 141/2012, de 16 de Janeiro de 2012 **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 16 jan. 2012c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm)>. Acesso em: 30 jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DAB-Sistema de informação da atenção básica**.

Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 6 jun. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, DF: Centro de Documentação da Saúde, 1984. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 09 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF, 2000. Disponível em:

<[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/implantacao\\_do\\_phpnpdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/implantacao_do_phpnpdf)>. Acesso em: 02 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, DF, 2004. Disponível em:

<[http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto\\_Aprovado\\_na\\_tripartite.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília, DF, 2007. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites\\_mortalidade\\_materna\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes regionalizadas de atenção à saúde**: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação. Versão para debate. Brasil, nov. 2008. p. 54.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. 2. Reimpr. Brasília, DF, 2001. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)>. Acesso em: 07 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF, 2012a. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 19 jul. 2014.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011a**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 650, de 5 de outubro de 2011b**. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Brasília (DF), 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650\\_05\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html)>. Acesso em: 10 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108599-7508.html>>. Acesso em: 16 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: norma operacional da assistência à saúde, 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>. Acesso em: 26 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/1993b. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545\\_20\\_05\\_1993.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf)>. Acesso em 14 mai. 2013.

CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S. Assistência ao parto no município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 411- 420, 2000.

CARVALHO, V.C.P.; ARAUJO, T.V.B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 3, p. 309-317, 2007.

CAVALCANTE, P.C.S. **O modelo lógico da Rede Cegonha**. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

FARIAS, S. F.; GURGEL JUNIOR, G. D.; COSTA, A. M. A regulação no setor público de saúde: um processo em construção. In: GONDIM, R. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ensp, 2011. cap. 16, p. 399-431.

FLEURY, S. ; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes: A estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007.

FREITAS, M.C.R. **Parto no Município de Recife: um olhar sobre o processo de (des)territorialização na perspectiva do acesso aos serviços de saúde**. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

GIL, A. C. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

HARTZ, Z.M.A. ;CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 331- 336, 2004.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.p. 24-27, 44-48.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 161-170. 2010.

LEITE, R.M.B.et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.10, p.1977-1985. 2011.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e políticos institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2881-2892. 2012.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

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

NAVARRETE, M.L.V. et al. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicada em saúde. In: \_\_\_\_\_. **Cursos GRAAL**. 5. ed. Recife: IMIP, 2009.

OUVERNEY, A. M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. **Administração em Diálogo**, São Paulo, v.7, p. 91-106, 2005.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Gerências Regionais de Saúde. **Rede Estadual de Saúde**. Recife, 2013. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/rede-estadual-de-saude/gerencias-regionais-de-saude/>> Acesso em: 28 ago. 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife, 2011.

SAMICO, I. et al. **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais, Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n.3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, C. M. C. et al. Governança nos espaços interfederativos. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 5., 2012, Brasília, DF. **Painel 44/160, redes interfederativas de saúde: elementos inovadores.** Brasília, DF, 2012.

SANTOS, L.; ANDRADRE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **RAP**, Rio de Janeiro, v.43, n.2, p. 347-69, 2009.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em Saúde Pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

TRAVASSOS, C. ; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 190- 198. 2004.

VIANA, A. L. A. et al. Novas perspectivas para regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectivas**, São Paulo, v.22, n.1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIANA, A.L.A.; LIMA, L. D. (Orgs.). O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestoras Bipartites. In: \_\_\_\_\_. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 11-24.

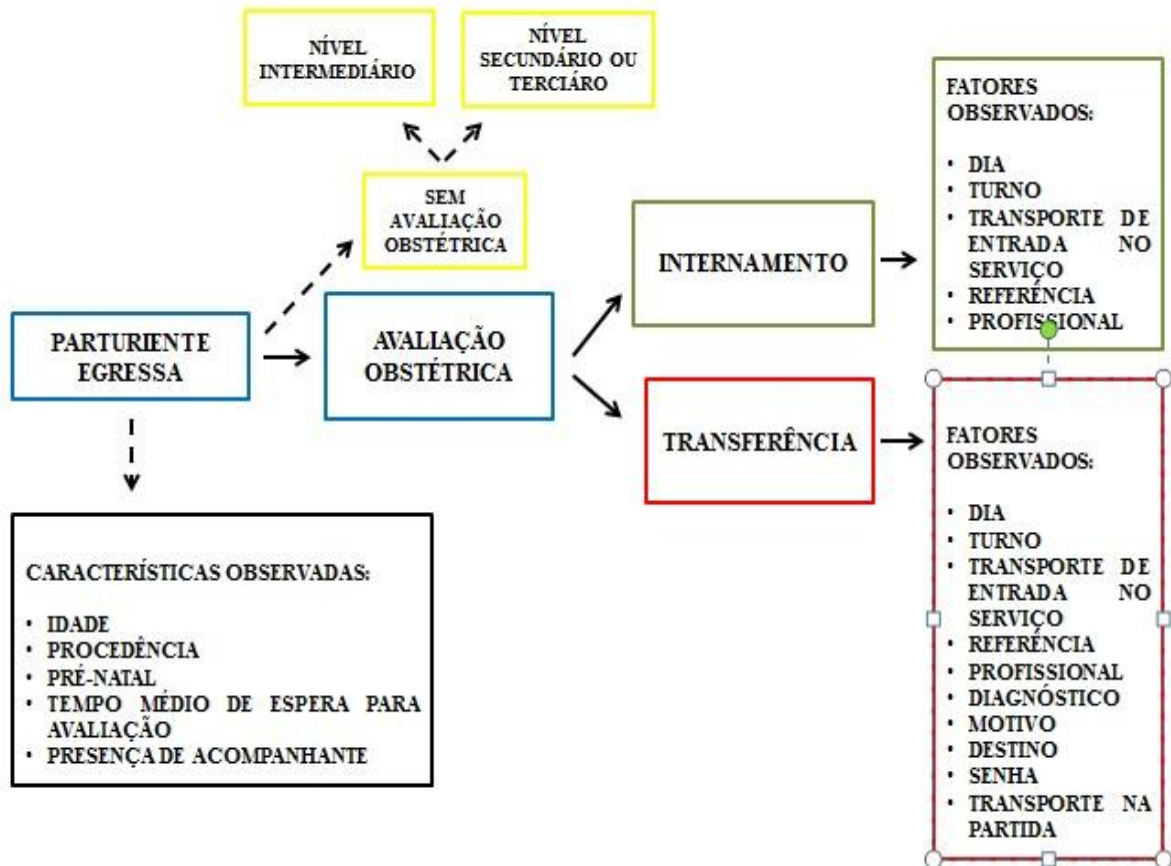
YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO

### APÊNDICE B - ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO

<b>1. OBS Nº</b>		<b>2. INICIAIS</b>		<b>3. IDADE</b>	
<b>4.Hr. CHEGADA:</b>		<b>6.DIA DA SEMANA:</b>		<b>8. TURNO</b>	
<b>5.Hr. ATENDIMENTO:</b>		<b>7. DATA:</b>		<b>8.1( ) D 8.2( ) N</b>	
<b>9. TEMPO MÉDIO DE ESPERA DO ATENDIMENTO:</b>					
9.1( ) Atendimento imediato					
9.2( ) Menos de 30 mim					
9.3( ) Mais de 30 mim					
9.4( ) Mais de uma hora					
<b>10. CARTÃO DE PRÉ-NATAL:</b>		10.1( ) SIM		10.2( ) NÃO	
<b>11. ACOMPANHANTE:</b>		12.1( ) SIM		12.2( ) NÃO	
<b>12. ORIGEM:</b>					
12.1( ) Aguas Belas		12.08( ) Capoeiras		12.15( ) Lagoa do Ouro	
12.2( ) Angelim		12.09( ) Correntes		12.16( ) Lajedo	
12.3( ) Bom Conselho		12.10( ) Garanhuns		12.17( ) Palmeirina	
12.4( ) Brejão		12.11( ) Iati		12.18( ) Paranatama	
12.5( ) Caetés		12.12( ) Itaiba		12.19( ) Saloá	
12.6( ) Calçado		12.13( ) Jucati		12.20( ) São João	
12.7( ) Canhotinho		12.14( ) Jupi		12.21( ) Terezinha	
<b>12.22( ) OUTRO:</b>					
<b>13. PROCEDENCIA:</b>		13.1( ) Casa		13.2 ( ) Hospital	
<b>14. ENCAMINHADA:</b>		14.1( ) Sim		14.2 ( ) Não	
		14.3 ( ) Demanda Espontânea		14.4 ( ) NSA	
<b>15. DE:</b>		15.1 ( ) PSF		15.2 ( ) Hosp. Munic de origem	
		15.3 ( ) Maternidade		15.4 ( ) HIPS	
		15.4 ( ) NSA			
<b>16. TEMPO MÉDIO DE CASA ATÉ ESTE HOSPITAL:</b>					
16.1 ( ) Menos de 30 min		16.3 ( ) Mais de uma hora			
16.2 ( ) Mais de 30 min		16.4 ( ) Ignorado			
<b>17. Nº GESTA:</b>		<b>17.1 Nº PARTO:</b>		<b>17.2 Nº ABORTO:</b>	
<b>18. POSSUI SENHA DE REGULAÇÃO DA CENTRAL DE PARTOS:</b>					
18.1 ( ) SIM		18.1.2 ( ) Nº _____			
18.2 ( ) NÃO		18.3 ( ) NSA			
<b>19. MOTIVO (QUEIXA) DE TER PROCURADO ESTA UNIDADE?</b>					
<b>20. COMO CHEGOU ATÉ ESTE SERVIÇO:</b>					
20.1( ) Ambulância					
20.2( ) Meios próprios _____					
20.3( ) SAMU					
<b>21. FOI AVALIADA PELA EQUIPE DE PLANTÃO:</b>					
21.1 ( ) Sim		21.1.1 ( ) Médico		21.1.2 ( ) Enfermeira	
				21.1.3 ( ) Téc. Enf.	
21.2 ( ) Não		21.1.4 ( ) Médico não plantonista			
<b>22. DIAGNÓSTICO:</b>					
<b>23. CONDUTA:</b>					
23.1( ) Internamento no HRDM		23.1.1 Para: _____			
23.2( ) Residência					
23.3( ) Segue sem senha					
23.4( ) Transferida		23.4 Com senha de transferência		23.4.1 ( ) SIM Nº _____	
				23.4.2 ( ) NÃO	
<b>24. DESTINO:</b>					
24.1( ) Caruaru					
24.2( ) Recife					
24.3( ) Outros					
<b>25. MOTIVO DA TRANSFERENCIA:</b>					
25.1( ) Plantão lotado					
25.2( ) Plantão fechado por falta de médico					
25.3( ) Necessidade de um serviço de maior complexidade					
25.4( ) Outros					
<b>26. DESFECHO:</b>					

**APÊNDICE B – Fluxograma da observação do acesso na Maternidade do Hospital Regional Dom Moura**





## ANEXO A – Parecer da Comissão Científica do HRDM



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - HRDM  
COMISSÃO CIENTÍFICA - COMIC



### PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA

DADOS DO SOLICITANTE	
<b>Título do Projeto</b>	A ACESSIBILIDADE AO PARTO NA V REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, UM ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL REGIONAL
<b>Instituição Vinculada</b>	FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
<b>Pesquisador (es):</b>	ILZA RAFAELA DE ALMEIDA PEREIRA
<b>Orientador (es):</b>	ISLANDIA MARIA CARVALHO DE SOUSA GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR
<b>Data de entrada:</b>	05 DE FEVEREIRO DE 2014
<b>Data de saída:</b>	05 DE MARÇO DE 2014

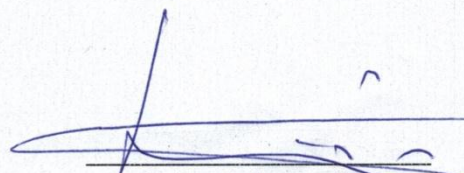
A Comissão Científica – COMIC reuniu-se em 27 de fevereiro de 2014 para análise do projeto acima citado. Como conclusão entre os membros que compõem esta Comissão, fica resolvido:

RESULTADO DA ANÁLISE	Item marcado corresponde ao resultado
APROVADO	X
COM PENDÊNCIA	
NÃO APROVADO	
RETIRADO	

**Observações complementares:**

O projeto foi analisado dentro dos critérios de PROJETO DE PESQUISA, estando compatível com o modelo científico padronizado.

Garanhuns, 05 de março de 2014.

  
 Luciano da Fonseca Lins  
 Presidente COMIC/HRDM



**ANEXO B – Carta de Anuência do HRDM**

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - HRDM  
COMISSÃO CIENTÍFICA - COMIC

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que concordamos em receber Ilza rafaela de Almeida Pereira, mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, no Hospital Regional Dom Moura, para desenvolver a pesquisa intitulada: **A acessibilidade ao parto na V Regional de Saúde de Pernambuco, um estudo de caso do hospital regional**, como subproduto do projeto intitulado: **O impacto das Reformas Estruturais do SUS: Uma análise compreensiva sobre o gasto público, acesso e performance da assistência à saúde**, inserido no PAPES VI, financiado pela FIOCRUZ com fomentos da CNPQ. Este subproduto estará sob a orientação da Professora Doutora Islândia Maria Carvalho de Sousa, e co orientação do Professor Doutor Garibaldi Dantas Gurgel Junior, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM, Fiocruz Pernambuco.

Garanhuns, 06 de março de 2014

**Luiz Ribamar Melo**  
Diretor  
Hospital Regional Dom Moura  
Matricula 350.396-8

Dr. Luiz Ribamar de Melo  
Diretor do HRDM



**ANEXO C – Declaração PAPES VI**

Recife, 03 de setembro de 2014.

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o trabalho de dissertação da aluna Ilza Rafaela de Almeida Pereira, com o título A Acessibilidade ao Parto na V Regional de Saúde de Pernambuco, é um subprojeto do estudo intitulado: O Impacto das Reformas Estruturais no SUS: Uma análise compreensiva sobre o gasto público, acesso e performance da assistência a saúde, inserido no PAPES VI, do pesquisador Garibaldi Dantas Gurgel Júnior, com registro no CEP/CPqAM/Fiocruz: 38/11, registro no CAAE: 0037.0.095.000-11, e parecer n. 37/2011 prorrogado até de 06 de setembro de 2014.

Garibaldi Dantas Gurgel Júnior  
Docente Pesquisador

Garibaldi Dantas Gurgel Júnior