

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

EDILZA GOMES DA CRUZ

**PERFIL DE ATENDIMENTO DE UMA MATERNIDADE
ESTADUAL DE REFERENCIA SECUNDÁRIA DE ALTO
RISCO EM CARUARU, PERNAMBUCO**

**RECIFE
2010**

EDILZA GOMES DA CRUZ

**Perfil de atendimento de uma maternidade estadual de referencia secundária
de alto risco em Caruaru, Pernambuco**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Orientadora: Prof. Ms. Maria Aparecida de Souza

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

C955p Cruz, Edilza Gomes da.

Perfil de Atendimento de uma Maternidade Estadual de Referência Secundária de Alto Risco em Caruaru, Pernambuco. / Edilza Gomes da Cruz. – Recife. 2010.

35 p.

Monografia (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientador: Maria Aparecida de Souza

1. Assistência Obstétrica. 2. Gestante de Alto Risco. 3. Fluxo Assistencial. I. Souza, Maria Aparecida de. II. Título.

CDU 614.39

EDILZA GOMES CRUZ

Perfil de atendimento de uma maternidade estadual de referencia secundaria de alto risco em Caruaru, Pernambuco.

Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para o título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em ___/___/___

Banca Examinadora:

Prof^a. Ms. Maria Aparecida de Souza
SES/PE

Prof^a. Ms. Maria Valéria Gorayeb de Carvalho
SES/PE

AGRADECIMENTOS

Agradeço as pessoas que colaboraram para a conclusão desse trabalho, especialmente a meus pais e a Dila.

À minha orientadora, Aparecida Souza, pelo apoio em todos os momentos.

Às instituições envolvidas nesse processo, Ministério da Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz, COSEMS e Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco que me proporcionam a possibilidade de participar desse curso.

Ao corpo técnico do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, nas figuras de Ive e Semente.

CRUZ, EDILZA GOMES. **Perfil de atendimento de uma maternidade estadual em referência secundária de alto risco em Caruaru, Pernambuco**. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Estudo do nível de risco obstétrico da clientela atendida na emergência obstétrica da Maternidade Jesus Nazareno, unidade de referência secundária para gestantes de alto risco pertencente a Secretaria da Saúde de Pernambuco. A identificação do perfil da clientela atendida no serviço e a sua adequação a missão institucional motivaram este trabalho. Ao longo dos anos os serviços de saúde hospitalar em obstetrícia delinearão seu perfil para atendimentos em baixo, médio (risco habitual) e alto risco obstétrico, nesse processo a Maternidade Jesus Nazareno por sua estrutura física, capacidade instalada de leitos, técnicos capacitados e apoio ao diagnóstico de média complexidade foi classificada como de alto risco secundário em obstetrícia. Nesse contexto indagamos se a maternidade vem cumprindo seu papel, para responder a tal questão foi realizado um estudo baseado em análise de série de dados, de delineamento transversal, obtidos por fontes secundárias do sistema de informação de saúde, no período de janeiro a dezembro de 2009. Dos 4.689 partos realizados no período, 4.624 foram classificados de baixo risco e 65 classificados como de alto risco, demonstrando que a missão da Maternidade Jesus Nazareno vem sendo comprometida pela excessiva demanda de partos de risco habitual. Na demanda das gestantes que procuraram este serviço encontramos o município de Caruaru correspondendo a 53,41% da demanda atendida, os demais municípios estudados quando somados são responsáveis por 46,59% da demanda. Ao consolidar as informações sobre a clientela que procurou a Maternidade Jesus Nazareno ou mesmo que possa estar sendo a ela referenciada, pretende-se colaborar na construção de uma rede regionalizada de assistência obstétrica, na qual a Maternidade Jesus Nazareno possa efetivamente cumprir seu papel como referência da Macrorregião Caruaru para o parto de alto risco.

Palavras chaves: Assistência Obstétrica, Gestante de Alto risco, Fluxo Assistencial.

CRUZ, EDILZA GOMES. **Logistics of Intra Partum care in a small town in the arid zone of Pernambuco: trajectory by pregnant women.** 2010. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

Study the level obstetrical risk of the clientele in emergency obstetric. Maternity Jesus of Nazareth, secondary referral unit for high risk pregnancies belonging to the Health Department of Pernambuco. Identifying the profile of the clientele in the service and its appropriateness to institutional mission motivated this work. Over the years the health services in hospital obstetrics care for his profile outlined in low, medium (low risk) and high risk obstetrics, this process Motherhood Jesus of Nazareth by its physical structure, capacity of beds, trained technicians and support diagnosis of intermediate complexity was classified as high risk obstetrics secondary. In this context we asked whether motherhood has been fulfilling its role, to answer this question we performed a study based on analysis of data series of cross-sectional design, obtained by secondary sources of health information system, from January to December 2009. Of the 4689 deliveries during the period, 4,624 were classified as low risk and 65 classified as high risk, demonstrating that the mission of Jesus of Nazareth Motherhood is being jeopardized by excessive demand for low risk births. On the demand of the women who sought assistance, found the city of Caruaru representing 53.41% of demand met, the other cities studied when combined account for 46.59% of the demand. By consolidating the information on customers who sought Maternity Jesus of Nazareth or even that she might be being referenced, we intend to collaborate in building a network of regionalized obstetric care, in which Jesus of Nazareth Motherhood can effectively fulfill its role as a reference Macroregions of Caruaru for high-risk delivery.

Keywords: Obstetric Care, High Risk Maternity, Stream care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	OBJETIVOS.....	11
2.2	Objetivo Geral.....	11
2.2	Objetivos Específicos.....	11
3	SAÚDE MATERNO INFANTIL.....	12
3.1	Saúde Materno Infantil no Brasil.....	12
3.2	Regionalização e Hierarquização dos Serviços de Assistência Materno e Neonatal.....	14
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	18
4.1	Tipo de Estudo.....	18
4.2	Local do Estudo.....	18
4.3	População.....	20
4.4	Fonte de Dados.....	21
4.5	Instrumentos de Coleta de Dados.....	21
4.6	Análise de Dados.....	21
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	22
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

Apesar das dificuldades em garantir uma assistência integral e de qualidade em um país de dimensões continentais como o Brasil, o Governo Federal vêm ao longo das últimas décadas estimulando a implantação de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde da mulher, o que tem provocado impacto sobre os indicadores de saúde pública.

Com a preocupação de prevenir a gestação de risco e o acompanhamento do pré-natal o Ministério da Saúde criou em 1978 o Programa de Prevenção a Gestação de Alto Risco (PPGA) e em 1980 o Programa de Ações Básicas de Saúde (Prevsaúde) que pretendia estender a cobertura de cuidados primários de saúde, com articulação simultânea dos diversos serviços em uma rede única e regionalizada.

Também visando à consolidação das ações de saúde materno-infantil, em 2005 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que englobava as ações de promoção, prevenção e assistência de gestantes e recém-nascidos, executadas em conjunto pelo Governo Federal, Secretarias de Saúde dos Estados e Secretaria de Saúde dos Municípios. A Portaria previa uma contratualização de metas a serem assumidas pelos gestores municipais, estaduais e pelo Ministério da Saúde, em consonância com as diretrizes e condições aprovadas pela Comissão Intergestora Tripartite – CIT e o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006).

O processo de contratualização de metas pressupunha que os gestores deveriam assumir responsabilidades definidas a partir do nível de complexidade da rede instalada no seu território. Para isso deveria haver uma reclassificação das unidades de referência para atendimento as gestantes e recém-nascidos de alto risco nos estados e municípios e o estabelecimento de uma rede de assistência materno-infantil que contemplasse três elementos fundamentais: a população, a estrutura e o modelo de atenção a saúde.

Deste então, o princípio norteador de políticas de saúde, baseado nesses três elementos, população estrutura operacional e modelo de atenção à saúde, passou a integrar as propostas de organização de redes difundidas pelo Ministério da Saúde.

O primeiro elemento, considerado o mais importante, é a população, para a qual devem estar voltadas as atenções dos gestores, no que se refere à

responsabilidade sanitária e econômica da gestão pública. O segundo elemento, a operacionalização do sistema, passa pela organização da atenção primária, atenção secundária e terciária bem como o apoio, governança e sistema logístico. O terceiro elemento, o modelo de atenção a saúde, deve contemplar a atenção em todos os níveis, respeitando as particularidades dos diferentes territórios.

Embora tenha se avançado na definição de um Modelo de Atenção Obstétrica voltado para a instalação de sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento a gestante de alto risco, resultado de uma discussão que envolveu os três níveis de gestão, sob a coordenação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a prática dos serviços mostra que ainda está longe de se alcançar um patamar de assistência adequado a necessidade da gestante e do recém-nascido.

Diversos trabalhos vêm sendo realizados para estudar o acesso das mulheres à rede de saúde materno-infantil, a assistência ao parto de forma humanizada e de qualidade (MENEZES et al., 2005). A peregrinação das gestantes e a desassistência no momento do parto são pontos cruciais apontados nos resultados dessas pesquisas.

Essa situação nos impulsionou a estudar a realidade da Atenção Obstétrica na IV Regional de Saúde, a partir da rotina de atendimento da Maternidade de Referência da Macrorregional Caruaru, como forma de contribuir para a implementação de uma rede materno-infantil regionalizada e organizada por nível de complexidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar o perfil de atendimento por risco obstétrico em uma Unidade Estadual de Referência Obstétrica Secundária, localizado no município de Caruaru, Pernambuco.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever os atendimentos realizados na Maternidade de Referência Obstétrica segundo o município de origem, complexidade e tipo de risco de parto;
- Avaliar adequação da demanda atendida quanto a classificação do hospital como referência para gestantes de alto risco secundário
- Identificar o fluxo de partos de baixo e alto risco, normais e cesários, para a Maternidade de Referência Regional.

3 SAÚDE MATERNO INFANTIL

3.1 Saúde Materno Infantil no Brasil

Embora não houvesse uma instituição de alcance nacional na década de 20, a saúde materno-infantil vem sendo alvo de políticas públicas desde esta década, inicialmente com a reforma sanitária de Carlos Chagas e posteriormente através das várias outras que se seguiram na forma de organização e assistência a saúde da mulher e da criança (ARRUDA, 1989).

Portanto, a saúde da mulher e da criança foi uma área pioneira a receber investimentos governamentais. Em 1940 foi implantado o primeiro órgão do governo voltado exclusivamente à saúde materno-infantil, o Departamento Nacional da Criança - DNCR (BRASIL, 2010a).

Em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, que oficializou a dicotomia na área da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde. Nessa época o Ministério da Previdência contava com a maior parte dos recursos, numa clara opção pela medicina curativa.

Só em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, desmembrado do antigo Ministério da Educação e Saúde Pública, que passou a coordenar em nível nacional, a assistencial da saúde materno- infantil (CANESQUI, 1987).

A partir da década de 70 a assistência materno-infantil foi largamente disseminada nos serviços de saúde pública (OSIS, 2008). Entre os vários programas criados dois foram usados como base para delinear o programa de saúde da mulher: o Programa Materno-Infantil (PMI), em 1975 e o Programa de Assistência Integrada a Saúde da Mulher (PAISM), em 1984. O Programa Materno Infantil era composto por seis subprogramas: assistência materna, assistência a criança e ao adolescente, expansão da assistência materna infantil, suplementação alimentar, atividades educativas e capacitação de recursos humanos. O programa trouxe uma nova concepção na organização do processo de trabalho, ao colocar o profissional de enfermagem como elemento central no desenvolvimento das ações, especialmente aquelas relacionadas à assistência a criança de 0 a 4 anos e nas consultas das gestantes, nesse período ofertadas nos centros de saúde (BRASIL, 1984).

O Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher chegou ao país num cenário de democratização, momento em que as mulheres reivindicavam através dos movimentos sociais seus direitos enquanto cidadã.

Além da demanda advinda do movimento de mulheres, neste período houve uma grande discussão sobre a necessidade de estruturação de uma assistência em saúde voltada para a mulher e para a criança. Esse movimento serviu de base para montar um programa que propôs uma reestruturação na assistência prestada, envolvendo a capacitação de profissionais, a introdução de novas práticas educativas em saúde da mulher e a discussão de uma estrutura de atendimento que ampliasse a oferta de serviços (BRASIL, 1984).

Mas, para consolidar a atenção à saúde da mulher e da criança era fundamental a ampliação da rede de assistência no nível municipal, passo dado com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), em 1987, quando foi iniciado o processo de descentralização e redefinição de papéis entre os entes federal, estadual e municipal. Nesse período o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que até então prestava serviços de saúde aos trabalhadores brasileiros, deixou de ser o órgão responsável pelas ações de assistência a saúde e esta obrigação foi repassada para os estados e municípios, o que resultou num aumento gradativo da rede de saúde básica nos municípios (OSIS, 2004).

Os avanços foram consolidados pelo movimento da reforma sanitária, que conseguiu garantir no texto da Constituição Federal de 1988, que as responsabilidades pelo planejamento, execução e gestão dos serviços de saúde fossem dos municípios, que ao organizar seus serviços deveriam se pautar pelos princípios e diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS): assistência universal, integral, igualitária e participação social na definição das prioridades.

Foi definido também que o sistema de saúde seria constituído por redes assistenciais regionalizadas, descentralizadas e hierarquizadas, capazes de atender as necessidades de diferentes populações (BRASIL, 1988a).

Dentre as políticas de fortalecimento da assistência obstétrica, destaca-se o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em março de 2004 e reafirmado pelo Pacto pela Saúde, em 2006, que estabeleceu entre as prioridades a redução da mortalidade infantil e materna. O compromisso passa pela implantação de bancos de leite materno, a atenção humanizada ao parto,

a estruturação física e qualificação profissional nas unidades de urgências obstétricas e neonatais (BRASIL, 2006).

3.2 Regionalização e Hierarquização dos Serviços de Assistência Materno e Neonatal

As redes de atenção a saúde representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os para que os diferentes níveis de atenção e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a oferta de serviços e ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e recuperação da saúde (MAGALHÃES, 2006).

A implantação e ou implementação de redes regionalizadas de saúde é fundamental para facilitar o acesso da população à assistência, especialmente porque estas são estruturadas a partir de uma base municipal, a atenção primária, que representaria a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde pública.

A atenção primária teria a obrigação de resolver pelo menos 85% dos problemas apresentados pela população, encaminhando os demais casos para os níveis de atenção de maior complexidade, a atenção secundária e terciária, que possuem um maior aporte tecnológico, para resolução de problemas de média e alta complexidade (MAGALHÃES, 2006).

Em relação à rede materno-infantil, Galvão et al. (1999) entende regionalização e hierarquização dos serviços de assistência materna e neonatal como uma melhor distribuição espacial dos serviços ofertados a menores custos, o que implica em oferta de serviços o mais perto possível do domicílios das gestantes.

A questão do acesso à assistência obstétrica deve ser uma prioridade das gestões municipais, considerando a possibilidade de intercorrências, fator complicador até mesmo para as gestantes de baixo risco, que por falta de uma rede organizada peregrinam em busca de uma maternidade na hora do parto.

Portanto a estruturação da rede de assistência materno-infantil deve, obrigatoriamente, adotar estratégias para garantir o acesso das gestantes ao pré-natal e a maternidade, em tempo oportuno, sob pena de comprometer toda a assistência prestada (LEAL, 2005; BRASIL, 2006; MENEZES, 2006).

Para o Ministério da Saúde essa é uma discussão extremamente importante e pertinente, considerando que no Brasil 95% dos partos são hospitalares e na maioria das regiões não existe uma rede conectando a atenção primária à assistência hospitalar, o que dificulta o acolhimento das gestantes na hora do parto e o estabelecimento de vínculo com a equipe da maternidade (BRASIL, 2010b, 2010c).

Diante desta problemática, o Ministério da Saúde vem adotando estratégias e desenvolvendo instrumentos de gestão para facilitar o acesso das mulheres à assistência obstétrica, buscando a ampliação da rede, através da descentralização dos serviços e consolidação da atenção básica, da regionalização e da organização da assistência (TANAKA, 1995).

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) criado pelo Ministério da Saúde em junho de 2000, representa uma estratégia para facilitar o acesso das gestantes aos serviços de saúde. Os municípios que aderem ao programa recebem incentivos financeiros do Governo Federal, mas, em contrapartida, têm que estruturar uma rede de atenção materno-infantil, que garanta o acesso da gestante à assistência, desde o pré-natal, passando pelo apoio ao diagnóstico, até a assistência de média complexidade, representada pela maternidade, se possível o mais perto possível do seu território ou em município próximos que tenham unidades e ou serviços de referência (BRASIL, 2000).

Após a adesão ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) os municípios estão obrigados a comprovar a execução das ações relacionadas aos objetivos propostos pelo PHPN, atingindo metas relacionadas à execução de atividades materno-infantis, no seu território ou em unidades de referência localizadas em outros municípios, sob pena de perderem os incentivos conquistados (BRASIL, 2000).

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento têm entre suas prioridades o desenvolvimento de estratégias visando à diminuição das altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal; a melhoria do acesso aos serviços; o aumento da cobertura e a melhoria da qualidade do pré-natal; a melhoria do atendimento ao parto, ao puerpério e a assistência neonatal; a ampliação das redes de assistência a gestação de alto risco, com incremento de custeio e investimento nas unidades hospitalares integrantes desta rede; a integração e regulação do atendimento a gestação e ao parto nos níveis ambulatoriais básico e especializado; o atendimento pré, inter-hospitalar e hospitalar e, ainda, o controle de

leitos obstétricos como forma de garantir a integralidade assistencial, definindo mecanismo de regulação, criando fluxo de referência e contra-referência que garantam o atendimento adequado a gestante, ao parto e ao recém-nascido (CASTAMAN, 2006).

Segundo Rocha (2004), embora a rede de atenção obstétrica deva ser estruturada de forma a garantir todos os níveis da assistência, a população de gestantes deverá ser atendida preferencialmente no primeiro nível do sistema, ou seja, na atenção ambulatorial e, só se necessário, referenciada para a atenção secundária e ou assistência hospitalar

Considerando a importância da organização dos serviços para garantir o acesso ordenado da gestante de alto risco a Rede Materno Infantil, o Ministério da Saúde, criou instrumentos indutores de organização da rede de assistência, classificando as maternidades por nível de complexidade em secundária e terciária, o que deveria garantir o encaminhamento das mulheres que apresentassem situação de vulnerabilidade para o atendimento do alto risco (BRASIL, 1988b).

Segundo a Portaria Ministerial, os serviços de assistência obstétrica são classificados segundo seu grau de hierarquização em:

- a) Maternidades de Referência Secundária: unidades habilitadas para identificação do risco que necessite de encaminhamento a unidade de referência terciária. Estas unidades de saúde deverão dispor de infra-estrutura para cuidados a assistência neonatal, estrutura física para atendimento de emergência obstétrica e neonatal 24 horas, serviços próprios de diagnóstico e terapia, garantir acesso a serviço de atenção terciária a gestante de alto risco, além de dispor de equipe mínima permanente de assistência a gestante;
- b) Maternidade de Referência Terciária: unidade que disponha de leitos, preferencialmente para gestantes de alto risco referenciadas pelas unidades de risco secundário. Estas unidades deverão dispor de índices de cesariana menor que 40%, Comitê de Mortalidade Materna e Neonatal, Comissão de Infecção Hospitalar, leitos cadastrados na Central de Regulação de Leitos, assistência pré-natal e planejamento familiar a gestante de alto risco. Além dos aspectos citados deve dispor de estrutura física para atendimento a gestante de alto risco, serviços próprios de diagnóstico e terapia 24 horas, garantir o acesso a exames de alta complexidade, bem como dispor de equipe técnica para atendimento resolutivo em clínica e cirurgia obstétrica, neonatologia, UTI adulto e neonatal.

As unidades de nível secundário serão estações de atenção de média complexidade que deverão atuar de maneira integrada com a atenção primária e terciária, não podendo ser um equipamento isolado de prestação de serviço, com baixa comunicação com os outros níveis de atenção, especialmente com a atenção primária da saúde, sob pena de se transformar numa unidade incapaz de dar a resposta esperada (MENDES, 2009).

Pelas suas características, essas unidades devem garantir um atendimento humanizado e equânime às gestantes, assegurando a assistência de acordo com a necessidade de cada usuária e ofertando ações e serviços em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esse trabalho buscou pesquisar o perfil de atendimento de uma maternidade estadual de referência secundária, localizada no município de Caruaru, Pernambuco, através da descrição dos atendimentos segundo o município de origem, complexidade e tipo de risco de parto.

4.1 Tipo de Estudo

Para estudar o perfil da demanda de uma unidade de referência obstétrica de risco secundário, optou-se por realizar um estudo retrospectivo, a partir dos dados do sistema oficial de informação, que reconstruiu a trajetória das gestantes que saíram de seus territórios de origem em busca de atendimento no momento do parto.

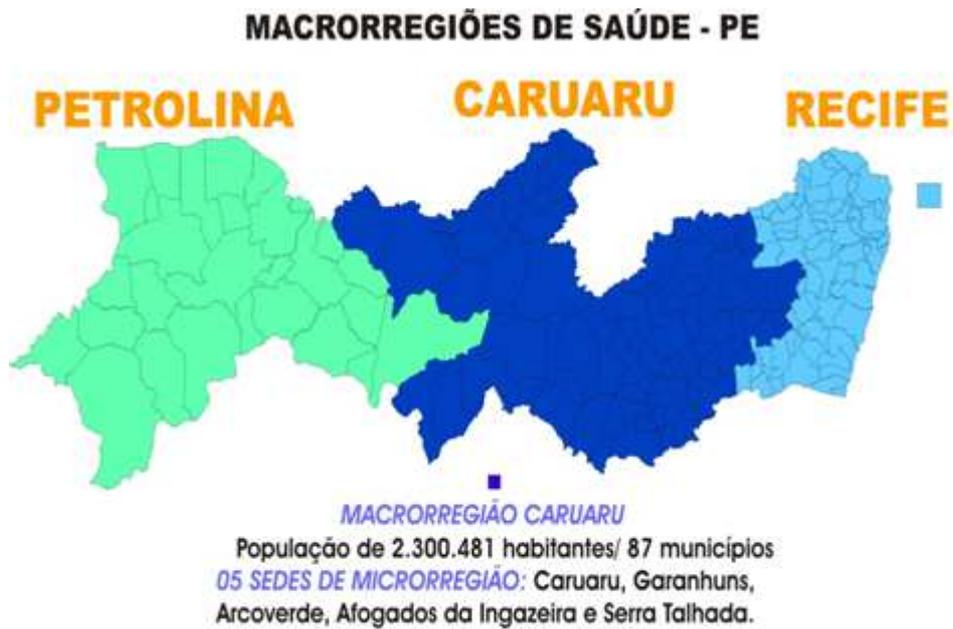
O desenho do estudo foi a análise de série de dados, de delineamento transversal, obtidos a partir de fontes secundárias, através dos sistemas de informação em saúde, especialmente o Sistema de Informação Hospitalar do sistema Único de Saúde (SIHSUS)

4.2 Local de Estudo

A maternidade do Hospital Jesus Nazareno (HJN), unidade sob Gestão Estadual, de médio porte, com capacidade instalada para 108 leitos (BRASIL, 2010d). Está localizada em Caruaru, Pernambuco, cidade situada no entroncamento das BRs 232 e 104, facilitando o acesso das pacientes oriundas da Macrorregião Caruaru para a qual é referência obstétrica secundária para gestantes de alto risco (PERNAMBUCO, 2010).

Atende uma clientela que chega espontaneamente ou encaminhada de forma regulada pela Central de Leitos da Secretaria Estadual de Saúde, da Macrorregião Caruaru, que compreende cinco microrregiões de saúde: Afogados da Ingazeira, Serra Talhada, Arcoverde, Garanhuns e Caruaru, formadas por 87 municípios (Mapa 1) (PERNAMBUCO, 2010).

A maternidade do Hospital Jesus Nazareno está localizada na sede da Microrregião Caruaru, formada por 32 municípios (Mapa 2).



Mapa 1 – MACRORREGIÃO DE SAÚDE CARUARU
 Fonte: IV GERES (PERNAMBUCO, 2010)



Mapa 2 - MICRORREGIÃO DE SAÚDE CARUARU
 Fonte: IV GERES (PERNAMBUCO, 2010)

4.3 População

A população estudada foi representada pelas gestantes dos municípios que compõem a pela clientela da Macrorregião Caruaru (Tabela 1) atendida na maternidade do Hospital Jesus Nazareno, localizada no município de Caruaru, Pernambuco, no período de janeiro a dezembro de 2009.

Tabela 1 – Municípios que compõem a Macrorregião Caruaru

MACRORREGIÃO CARUARU				
Microrregião Serra Talhada	Microrregião Afogados da Ingazeira	Microrregião Arcoverde	Microrregião Garanhuns	Microrregião Caruaru
Betânia Calumbi Carnaubeira da Penha Flores Floresta Itacuruba Santa Cruz da Baixa Verde São José do Belmonte Serra Talhada (sede) Triunfo	Afogados da Ingazeira (sede) Brejinho Carnaíba Iguaraci Ingazeira Itapetim Quixadá Santa Terezinha São José do Egito Solidão Tabira Tuparetama	Arcoverde Buíque Custódia Ibimirim Inajá Jatobá Manari Pedra Petrolândia Sertânia Tacaratu Tupanatinga Venturosa	Águas Belas Angelim Bom Conselho Brejão Caetés Calçado Canhotinho Capoeiras Correntes Garanhuns (sede) Itai Itaíba Jupi Lagoa do Ouro Lajedo Palmeirinha Paranatama Saloá São João Terezinha	Agrestina Alagoinha Altinho Barra de Guabiraba Belo Jardim Bezerros Bonito Brejo da Madre de Deus Cachoeirinha Camocim de São Félix Caruaru (sede) Cupira Frei Miguelinho Gravatá Ibirajuba Jataúba Jurema Painel Pesqueira Poção Riacho das Almas Sairé Sanharó Santa Cruz do Capibaribe Santa Maria do Cambucá São Bento do Una São Caetano São Joaquim do Monte Tacaímbó Taquaritinga do Norte Toritama Vertentes
10 municípios	12 municípios	13 municípios	20 municípios	32 municípios

Fonte: IV GERES (PERNAMBUCO, 2010)

4.4 Fonte de Dados

A pesquisa utilizou dados secundários coletados nos sistemas oficiais de informação desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para o Sistema Único de Saúde: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), relativos ao período de janeiro a dezembro de 2009.

Os dados secundários coletados foram relativos ao período de janeiro a dezembro do ano de 2009 e serviram para apreensão das informações necessárias para a realização deste estudo.

4.5 Instrumentos de Coleta de Dados

A técnica escolhida para a realização da coleta de dados foi a prospecção pelo acesso via internet nos sistemas oficiais disponibilizados nos sites do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco e da IV Gerência Regional de Saúde (IV GERES).

4.6 Análise de Dados

Os dados foram descritos quantitativamente com análise simples do número de gestantes atendidas, por estatística descritiva e cálculo de porcentagens, a partir dos quais se obteve a caracterização do perfil da demanda da unidade de referência obstétrica de risco secundário, descreveram-se os atendimentos realizados segundo o município de origem, complexidade e tipo de risco de parto e demonstrou-se o fluxo percorrido pelas gestantes na hora do parto.

As tabelas e os gráficos foram elaboradas com o auxílio do Microsoft Excel 2007, software baseado em planilha eletrônica, muito utilizado para cálculos, estatísticas, gráficos e relatórios.

Os mapas construídos para demonstrar o fluxo percorrido pelas gestantes em busca de uma maternidade na hora do parto foram elaborados com o auxílio do software CorelDRAW, programa de desenho vetorial bidimensional para design gráfico e do software Google Maps, serviço de pesquisa e visualização de mapas e imagens de satélite da terra gratuito na web.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O enfoque do presente estudo foi identificar o perfil de atendimento de um serviço estadual de referência obstétrica secundária, localizado no município de Caruaru, Pernambuco, descrevendo os atendimentos segundo o município de origem, complexidade e tipo de risco de parto.

Embora o trabalho não tivesse o objetivo de descobrir o motivo pelo qual as gestantes procuraram a Maternidade do Hospital Jesus Nazareno (HJN) no momento do parto e não uma maternidade de baixo risco ou uma mais próxima do seu domicílio, o teor dos resultados encontrados chamou a atenção e nos fizeram questionar os motivos da intensa demanda espontânea de gestantes de baixo risco para uma maternidade de referência secundária.

Esse é um questionamento extremamente pertinente considerando o importante volume de partos de baixo risco realizados neste serviço de saúde. Dos 4.689 partos apenas 65 foram tidos como partos de alto risco, ou seja, mais de 80% dos procedimentos, a princípio, não deveriam ter sido realizados lá, tendo em vista que esta unidade hospitalar é de referência para gestantes de alto risco secundário.

É possível observar que a maior concentração de gestantes é da IV Microrregional Caruaru, tanto em partos de baixo risco como partos de alto risco, contribuindo para isso as gestantes da cidade de Caruaru, território de localização do Hospital Jesus Nazareno, embora neste município também exista uma maternidade.

No caso dos partos de baixo risco vários motivos podem ter contribuído para este fato, dentre eles a insuficiência de leito de baixo risco na região e de profissionais médicos nas maternidades municipais e a fragilidade da regulação dos partos. Essa situação provavelmente contribuiu para a peregrinação da gestante em busca de uma unidade na hora do parto e a procura espontânea por um serviço onde teriam a garantia do atendimento. Portanto é preciso que se realizem estudos voltados para a identificação das reais causas da superlotação da maternidade do HJN com partos de baixo risco.

Observou-se que o número de partos de alto risco realizados foi pequeno e como o HJN é referência para uma região que compreende 87 municípios, isso nos leva a pensar na possibilidade de subnotificação dos procedimentos, visto que no Brasil existe uma cultura de subnotificação importante.

Pela descrição dos tipos de partos realizados, os resultados do estudo apontam que a maternidade do HJN não vem cumprindo integralmente sua missão como referência para gestação de alto risco secundário, pois a alta demanda atendida de partos de baixo risco acaba por superlotar a unidade, o que provavelmente compromete a capacidade para receber as gestantes que necessitam da atenção especializada.

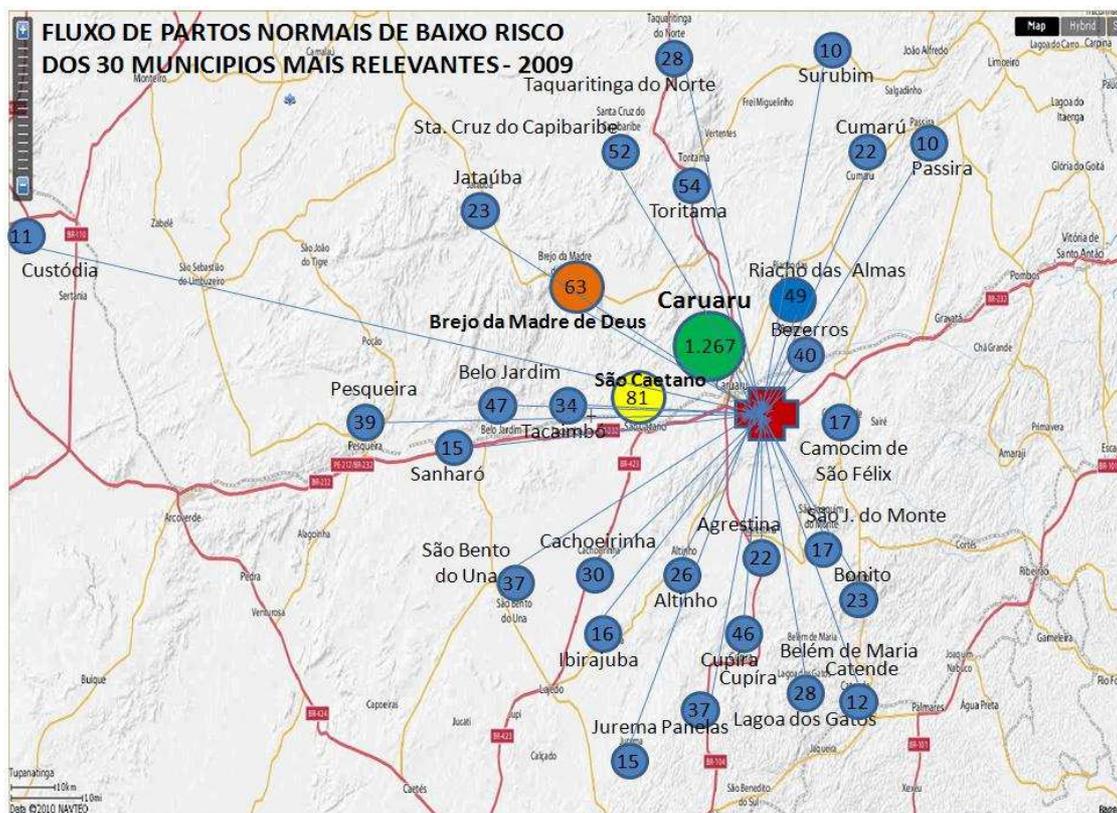
Foi observado que dos 2.398 (100%) partos normais de baixo risco realizados no HJN, 1.267 (52,84%) foram dos residentes de Caruaru, sendo seguido pelo município de São Caetano com 81 (3,38%), após Brejo da Madre de Deus com 63 (2,63%). É importante ressaltar que Caruaru e Brejo da Madre de Deus são municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e nessa condição deveriam garantir a assistência obstétrica de baixo risco (Tabela 1 e no Mapa 1).

Tabela 1 – Partos normais de baixo risco por município - 2009

Município de Residência	Número de Partos	%	Acumulado %
Caruaru	1.267	52,84	52,84
São Caetano	81	3,38	56,21
Brejo da Madre de Deus	63	2,63	58,84
Toritama	54	2,25	61,09
Santa Cruz do Capibaribe	52	2,17	63,26
Riacho das Almas	49	2,04	63,30
Belo Jardim	47	1,96	67,26
Cupira	46	1,92	69,18
Bezerros	40	1,67	70,85
Pesqueira	39	1,63	72,48
Panelas	37	1,54	74,02
São Bento do Uma	37	1,54	75,56
Tacaimbó	34	1,42	76,98
Cachoeirinha	30	1,25	78,23
Lagoa dos Gatos	28	1,17	79,40
Taquaritinga do Norte	28	1,17	80,57
Altinho	26	1,08	81,65
Bonito	23	0,96	82,61
Jataúba	23	0,96	83,57
Agrestina	22	0,92	84,49
Cumarú	22	0,92	85,40
Camocim de São Félix	17	0,71	86,11
São Joaquim do Monte	17	0,71	86,82
Ibirajuba	16	0,67	87,49
Jurema	15	0,63	88,12
Sanharó	15	0,63	88,74
Catende	12	0,50	89,24
Custódia	11	0,46	89,70
Passira	10	0,42	90,12
Surubim	10	0,42	90,53

Demais Municípios (84)	227	9,47	100,00
TOTAL	2.398	100,00	100,00

Fonte: SIH/DATASUS (2010e)



Hospital Jesus Nazareno 1ª Referência 2ª Referência 3ª Referência Demais Municípios

Mapa 1 - Fluxo de partos normais de baixo risco – 2009
Fonte: SIH/DATASUS (2010e)

Em relação aos partos normais de alto risco, os achados apontaram uma baixa utilização da Maternidade do Hospital Jesus Nazareno no atendimento do alto risco, do total de partos normais realizados em 2009, 2.424, apenas 1,07% corresponderam aos partos normais de alto risco. Esse resultado parece apontar que os partos normais de alto risco da Macrorregião Caruaru, devem estar sendo realizados em outras unidades. A pergunta que precisa ser respondida é se isto está acontecendo porque essas gestantes não estão conseguindo acesso a Maternidade do Hospital Jesus Nazareno.

Segundo Menezes (2006) o fato de não se garantir o acesso da gestante a maternidade no tempo oportuno, torna inútil a utilização da estratégia de classificação do risco.

Ainda em relação ao acesso, Leal, Gama e Cunha (2005) ressaltam que a inexistência de um sistema adequado de referência e contra-referência e de um complexo regulador de leitos de obstetrícia, bem como a inexistência de protocolos clínicos em todos os níveis da assistência, acaba por sobrecarregar as maternidades de alto risco com casos de baixa complexidade, gerando dificuldade de acesso a quem realmente precisa do serviço e criando riscos adicionais as gestantes que já apresentam alterações no seu quadro gestacional.

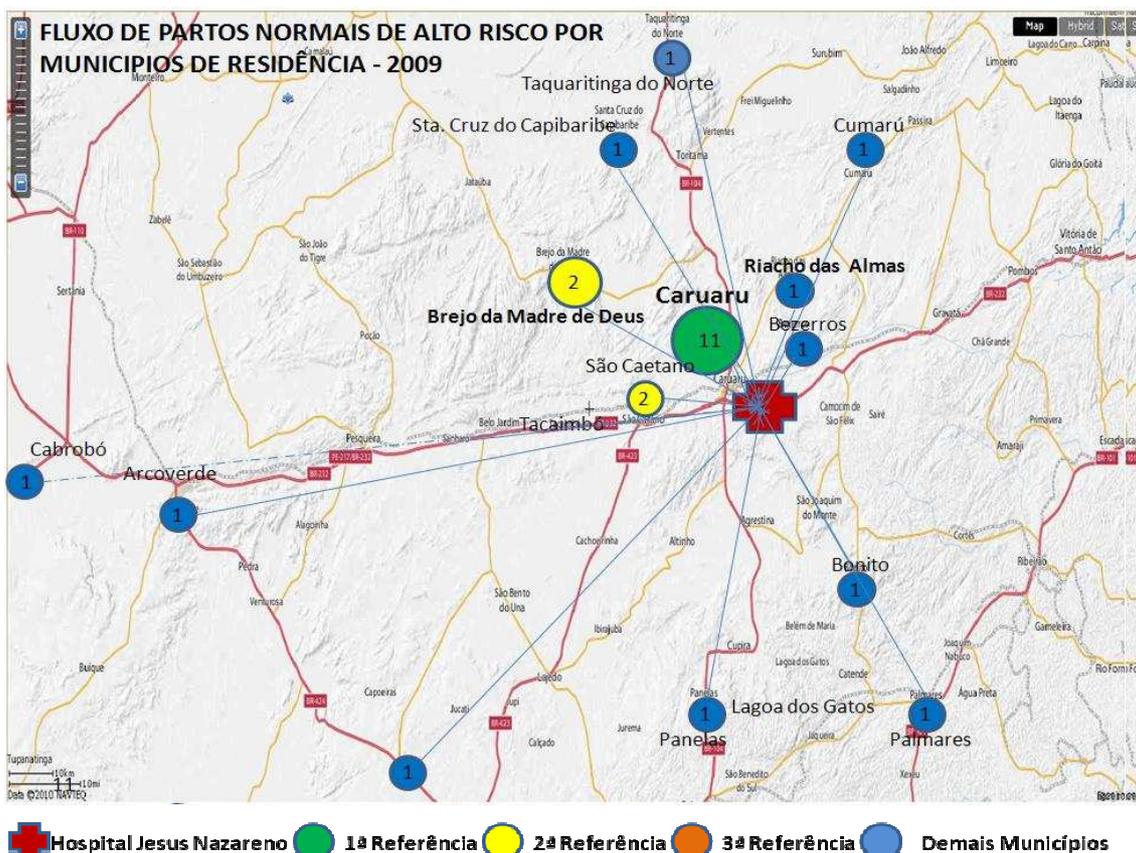
Um dos fatores que contribui para a morte na hora do parto está relacionado com a peregrinação das gestantes em busca de atendimento hospitalar. A dificuldade de acesso aos serviços, no momento oportuno, torna-se fator determinante no resultado final para a criança e até para a mãe, pois diminui as chances de uma intervenção eficaz (LEAL, 2005).

Quando se avaliou os atendimentos dos partos normais de alto risco, os resultados encontrados (Tabela 2 e Mapa 2) apontaram o município de Caruaru com 11 partos (42%) do total de partos normais de alto risco realizados. Em segundo lugar apareceu Brejo da Madre de Deus com 02 partos (7,69%) do total e São Caetano também com 02 partos (7,69%) do total. Os demais municípios apareceram com 11 partos, (42,35%). Com exceção de um parto do município de Arcoverde da VI Microrregião de Saúde (IV GERES), todos os demais partos são de gestantes oriundas da IV Microrregião de Saúde (IV GERES).

Tabela 2 – Partos normais de alto risco por município de residência – 2009

Município de Residência	Número de Partos normais de alto risco	%
Caruaru	11	42,32
Brejo da Madre Deus	2	7,69
São Caitano	2	7,69
Arcoverde	1	3,85
Bezerros	1	3,85
Bonito	1	3,85
Cabrobó	1	3,85
Caetés	1	3,85
Cumaru	1	3,85
Palmares	1	3,85
Panelas	1	3,85
Riacho das Almas	1	3,85
Santa Cruz do Capibaribe	1	3,85
Taquaritinga do Norte	1	3,85
TOTAL	26	100,00

Fonte: SIH/DATASUS (2010e)



Mapa 2- Fluxo de partos normais de alto risco por município – 2009
 Fonte: SIH/DATASUS (2010e)

Quando se avaliou os atendimentos dos partos cesários de baixo risco, os resultados encontrados revelaram que do total de partos realizados, correspondente a 2.226, Caruaru aparece em primeiro lugar, com 1.189 partos, o que correspondeu a 53,41% dos partos cesários de alto risco realizados. Em seguida vem o município de Brejo da Madre de Deus com 142 (6,38%) e Riacho das Almas com 58 (2,61%).

Considerando que a somatória dos partos oriundos desses municípios correspondeu a 62,4% do total de partos cesários de baixo risco, questiona-se porque essas gestantes não estão sendo acolhidas nas maternidades municipais. Segundo Leal (2005) e Menezes (2006) o acesso das gestantes a assistência obstétrica deve ser uma prioridade da gestão municipal, considerando a possibilidade de intercorrências, fator complicador até mesmo para a gestante de baixo risco, que por falta de uma rede organizada peregrinam em busca de uma maternidade na hora do parto. Portanto a estruturação da rede de assistência materno-infantil deve, obrigatoriamente, adotar estratégias para garantir o acesso

das gestantes ao pré-natal e a maternidade, em tempo oportuno, sob pena de comprometer toda a assistência prestada (BRASIL, 2006).

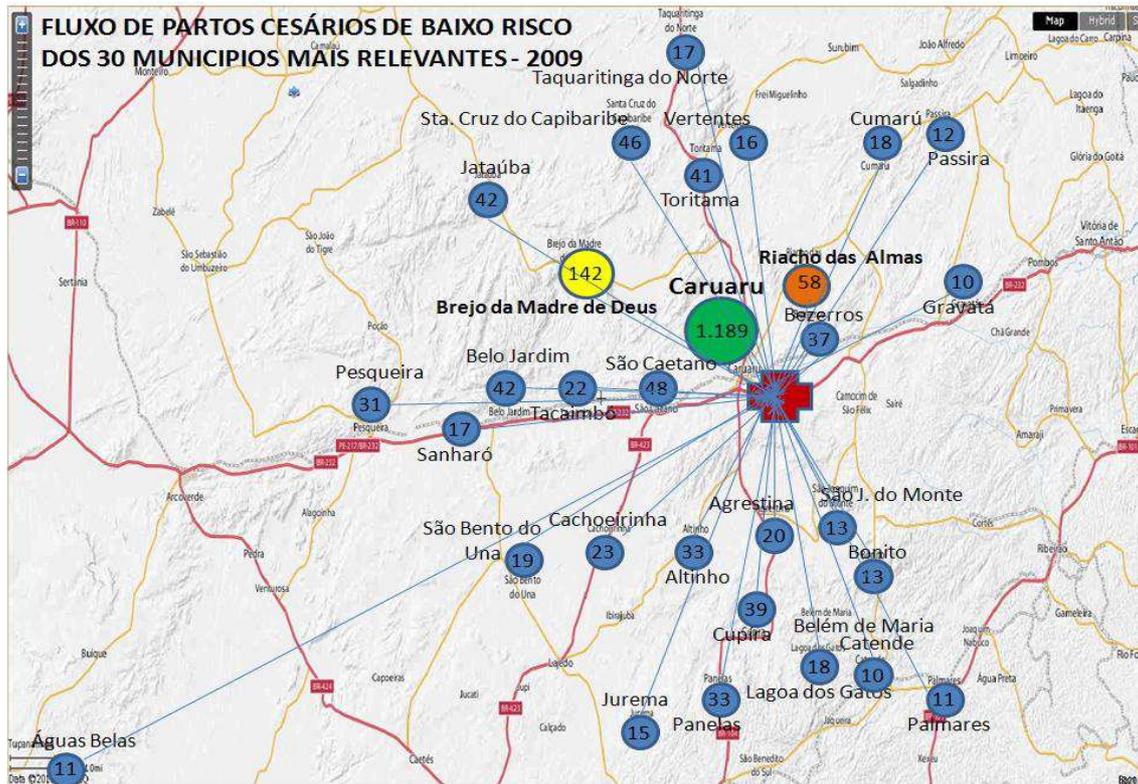
Para o Ministério da Saúde essa é uma discussão extremamente importante e pertinente, considerando que no Brasil 95% dos partos são hospitalares (BRASIL, 2010b, 2010c).

A descrição do número de partos cesários de baixo risco por município está representada a seguir, na Tabela 3 e o fluxo dos partos no Mapa 3.

Tabela 3 - Partos Cesários de Baixo Risco, HJN - 2009

Município de Residência	Número de Partos Cesários de baixo risco	%	Acumulado %
Caruaru	1.189	53,41	53,41
Brejo da Madre Deus	142	6,38	59,79
Riacho das Almas	58	2,61	62,40
São Caitano	48	2,16	64,56
Santa Cruz do Capibaribe	46	2,07	66,02
Belo Jardim	42	1,89	68,51
Jataúba	42	1,89	70,40
Toritama	41	1,84	72,24
Cupira	39	1,75	73,99
Bezerros	37	1,66	75,65
Altinho	33	1,48	77,13
Panelas	33	1,48	78,62
Pesqueira	31	1,39	80,01
Cachoeirinha	23	1,03	81,04
Tacaimbó	22	0,99	82,03
Agrestina	20	0,90	82,93
São Bento do Uma	19	0,85	83,78
Cumaru	18	0,81	84,59
Lagoa dos Gatos	18	0,81	85,40
Sanharó	17	0,76	86,16
Taquaritinga do Norte	17	0,76	86,93
Vertentes	16	0,72	87,65
Jurema	15	0,67	88,32
Bonito	13	0,58	88,90
São Joaquim do monte	13	0,58	89,49
Passira	12	0,54	90,03
Águas Belas	11	0,49	90,52
Palmares	11	0,49	91,02
Catende	10	0,45	91,46
Gravatá	10	0,45	91,91
Demais municípios	180	8,09	100,00
TOTAL	2.226	100,0	

Fonte: SIH/DATASUS (2010e)



+ Hospital Jesus Nazareno
 ● 1ª Referência
 ● 2ª Referência
 ● 3ª Referência
 ● Demais Municípios

Mapa 3- Fluxo de partos casarios de baixo risco - 2009
 Fonte: SIH/DATASUS (2010e)

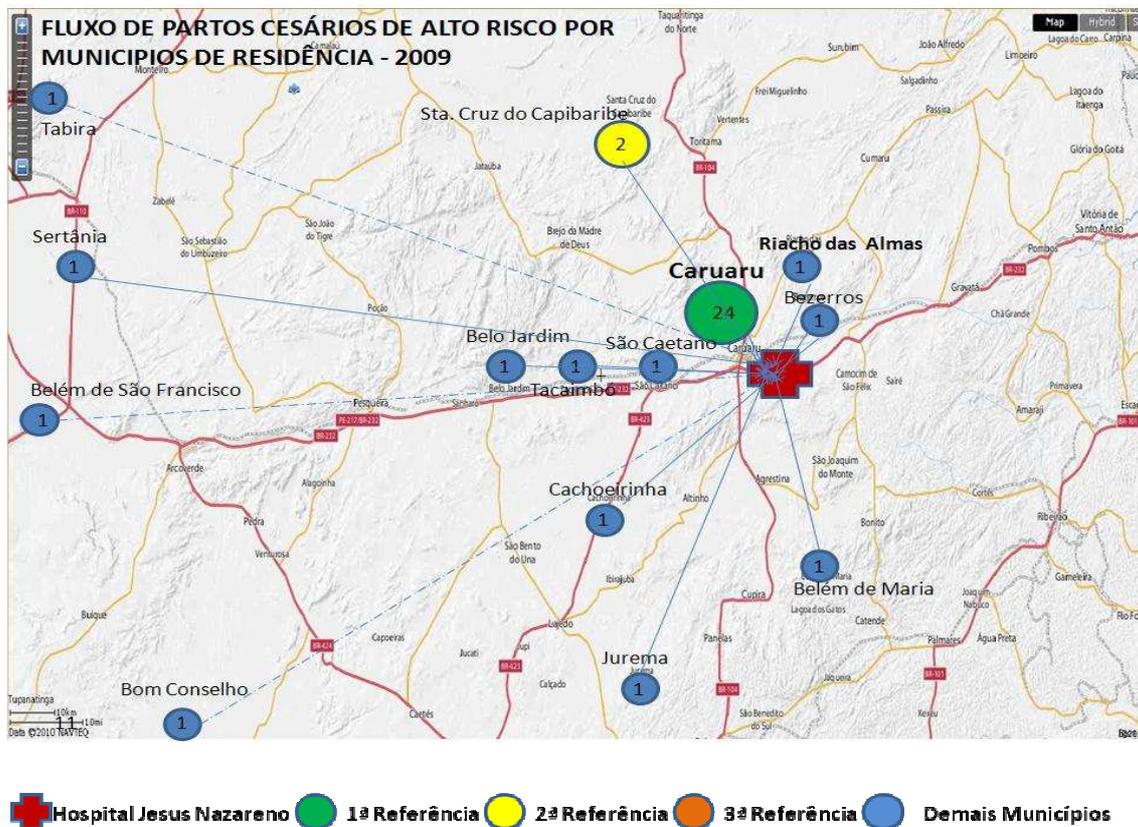
Diversos estudos revelam que o Brasil apresenta uma elevada taxa de partos por cesariana (42%) (UMBERLINO, 1996; D'ORSI; CARVALHO, 1998). Estudo realizado em São Paulo mostrou que do total de partos realizados, 46,2% eram cesáreas (TANAKA, 1989), freqüência considerada elevada segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS). Estudo realizado em Pelotas (RS), em 1989, demonstrou uma freqüência maior de partos cesários (47%) em famílias de maior renda que nas de baixa renda. Além disso, os partos cesários foram mais freqüentes nas gestações de baixo risco (33%) do que nas de alto risco (26%) (VICTORA et al., 1989).

Quando se avaliou os resultados apresentados no Tabela 4 e Mapa 4, relativos aos partos cesários de alto risco, observou-se que dos 39 partos realizados, 24 são de Caruaru (61%), os partos dos demais municípios correspondem a 15 partos cesários de alto risco (38.41%). O resultado novamente aponta um baixo número de partos cesários de alto risco (1,72%), em comparação com o número de partos cesários realizados, que correspondeu a 2.265 partos.

Tabela 4 - Partos cesários de alto risco por município – 2009

Município de Residência	Número de Partos Cesários de alto risco	%
Caruaru	24	61,54
Santa Cruz do Capibaribe	2	5,13
Belém de Maria	1	2,56
Belém de São Francisco	1	2,56
Belo Jardim	1	2,56
Bezerros	1	2,56
Bom Conselho	1	2,56
Cachoeirinha	1	2,56
Jurema	1	2,56
Riacho das Almas	1	2,56
São Caitano	1	2,56
Sertânia	1	2,56
Tabira	1	2,56
Tacaimbó	1	2,56
Tupanatinga	1	2,56
TOTAL	39	100,0

Fonte: SIH/DATASUS (2010e)



Mapa 4- Fluxo de partos cesários de alto risco por município de origem - 2009.
Fonte: SIH/DATASUS (2010e)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo conhecer o perfil de atendimento da Maternidade do Hospital Jesus Nazareno, quanto ao grau de complexidade do parto.

O grande número de gestantes de baixo risco que chegam a Maternidade do Hospital Jesus Nazareno, encaminhadas pelos municípios ou que procuram espontaneamente a unidade, que é um equipamento de referência secundária de alto risco, aponta possíveis dificuldades de acesso ou uma baixa oferta dos serviços de assistência obstétrica por parte dos municípios, especialmente os da IV Região de Saúde (IV GERES), onde residem a maioria absoluta das gestantes encaminhadas.

Como não há um conhecimento prévio por parte da gestante de onde ela vai parir e também não há a garantia que esse parto vai acontecer nas maternidades municipais, dificilmente se estabelece um vínculo entre a gestante que busca atendimento e a equipe médica. Normalmente o médico que acompanha a gestante no período do pré-natal não é o mesmo que realizará o seu parto, e esse normalmente não tem nenhum contato anterior com a gestante, então não há o estabelecimento de uma relação de confiança, o que, garantiria a tranquilidade da gestante num momento tão delicado e a condução mais adequada dos procedimentos pela equipe hospitalar.

Os resultados encontrados são semelhantes a outras pesquisas, que já apontaram que os partos cesários foram mais frequentes nas gestações de baixo risco (33%) do que nas de alto risco (26%), o que pode-se considerar uma possível relação do parto cesário para a realização concomitante da laqueadura tubária.

Sabe-se que a experiência do parto é influenciada por fatores como procedimentos obstétricos, preparação das gestantes, a história obstétrica anterior, o desfecho de uma gravidez prévia e a experiência pessoal, ou familiar, que a mulher tem em relação aos diferentes tipos de parto. Além disso, fatores ligados à assistência médica, à precária educação e orientação às gestantes, assim como causas de natureza econômica, têm, provavelmente, proporcionado elevado número de parto cesariano em detrimento do parto normal.

É importante destacar que embora essas gestantes tenham parido de parto cesáreo, em sua maioria não chegaram encaminhadas formalmente, apontando

para a possibilidade que não havia necessidade de irem parir numa maternidade de referência, uma vez que não eram gestantes classificadas como de alto risco.

Destaca-se também que os municípios que representam o maior volume de encaminhamento de gestantes de baixo risco para a maternidade do Hospital Jesus Nazareno estão habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, e nessa condição deveriam garantir a assistência obstétrica do parto de baixo risco em seu próprio território.

A peregrinação da gestante em busca de um serviço que as acolha no momento do parto muitas vezes ocasiona a superlotação de maternidades preparadas para partos de alto risco, como em seu município de origem não há serviço de referência mesmo para parto de risco habitual ela entra em peregrinação por um leito, sendo este um risco tanto para mãe quanto para o filho.

Os resultados retratam a complexidade da problemática, que envolve a estruturação de uma rede de assistência obstétrica, com responsabilidade dos três níveis de governo, cada nível respondendo pela assistência obstétrica de acordo com o desenho proposto de regionalização, ficando para a maternidade do Hospital Jesus Nazareno a responsabilidade pelas gestantes que apresentarem risco obstétrico no período de acompanhamento do pré-natal ou durante o trabalho de parto.

Neste sentido levantamos o questionamento sobre a necessidade destas gestantes estarem sendo atendidas na maternidade do Hospital Jesus Nazareno, sendo importante novos estudos que pesquisem o porquê da peregrinação das gestantes em busca de um local para dar à luz, o que termina por superlotar uma maternidade que na verdade deveria estar recebendo partos regulados, de maior complexidade.

No momento do parto as mulheres estão extremamente vulneráveis, temerosas das possíveis intercorrências que podem advir no processo do nascimento, sendo essencial que a gestão viabilize as condições para que o parto transcorra de forma segura e seja conduzido por profissionais que se não acompanhou a gestante durante o período de pré-natal, pelo menos faça parte de uma rede de saúde articulada, na qual as equipes dos diversos níveis de assistência conversem entre si para evitar complicações que poderiam ser evitadas.

É preciso que novas práticas de atenção a saúde sejam aprimoradas no nível local. Investir na melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal centrando em

qualificações voltadas fortemente para ações de promoção e educação e ampliar o acesso ao planejamento familiar. A qualificação das equipes na atenção ao pré-natal é fundamental quanto a classificação das gestantes ao risco obstétrico, garantindo os encaminhamentos corretos no momento do parto.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, A. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. In: *Relatório do Encontro Nacional da Campanha Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado. Quando o paciente é mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Bases de Ação Programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Constituição (1988). da ordem social. In:_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 32ª ed. atual. ampl. São Paulo: Saraiva, 2003, p. 123-130. 1988a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.477/ GM/MS*. Institui mecanismo para implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar Estadual no atendimento à gestante de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 1988b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. *ABC do SUS: Doutrinas e Princípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Sistemas de Redes Assistenciais. Secretaria de Assistência a Saúde. *Relatório Final: Avaliação do processo de instalação e execução dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento a gestante de alto risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atos do Poder Executivo. *Decreto-lei nº 2.024 de 17/02/40*. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o país. Brasília: Ministério da Saúde, 1940. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 699/ GM/MS*. Instituiu o *Pacto pela Vida*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 04 out. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1067*. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 05 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. *Indicadores de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> acesso em: 20 out. 2010e.

CASTAMAN, DANIELA. *Acesso aos serviços de saúde em municípios brasileiros limítrofes de fronteira com os países do Mercosul*. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Londrina, Londrina, 2006.
Canesqui, A. M. *Assistência médica e a saúde e reprodução humana*. Textos NEPO 13. Campinas, SP, 1987.

D'ORSI, E; CARVALHO, M. S. Perfil de nascimentos no município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 14, p. 367 - 379, 1998.

FABRI, R. H; MURTA E. F. C. Tipos de parto e formas de assistência médica em Uberaba - MG. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Uberaba, v.21, p. 99-104. 1999.

UMBERLINO, M. O modelo de assistência a gestação, parto e nascimento na Inglaterra. *Rev. Saúde em Foco*, São Paulo, v.5, p.15-17, 1996.

GALVAO, R. D. Modelos matemáticos de localização aplicados à organização espacial de unidades de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.33, n. 4, p.422-434, 1999.

GOMES, M. A. S. M. *Aspectos da Qualidade do Atendimento à Gestação e ao Parto através da Percepção das Usuárias*. 1995. Dissertação (Mestrado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, 1995.

LEAL, M. C; GAMA, S. G. N; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v 39, n.1, p 1000-1007, 2005.

LOPES, R. C. S. et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Rev. Psicol. Reflex. Crit.* Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005.

MAGALHÃES, J. R. H. M. *O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Campinas, SP, 2006.

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

MENDES, E. V. *As redes de atenção a saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2009.

OSIS, M. J. D. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito, e o programa: história de uma intervenção*. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. BRASIL. *IV Gerência Regional de Saúde*. Disponível em:< www.ivgeres.com.br>. Acesso em: 04 dez. 2010.

ROCHA, F. A. F. *Trajetória de gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro*. 2004. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, R. I. Perfil de nascimentos no Município do Rio de Janeiro - 1995. *Saúde em Foco*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 28 – 31, 1996.

TANAKA, A. C. A.; SIQUEIRA, A. A. F.; BAFILE, P. N. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.23, n. 1, p. 67-75, 1989.

TANAKA, A. C. A. *Maternidade: Dilema entre Nascimento e Morte*. São Paulo: HUCITEC, 1995.

VICTORA, C. G; BARROS, F. C; VAUGHAN, J. P. *Epidemiologia da Desigualdade*. São Paulo: Editora Hucitec. 1989.