

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

ALICE AZEVEDO E SOUZA

**ASSISTÊNCIA AO PARTO EM UM MUNICÍPIO DE
PEQUENO PORTE: TRAJETÓRIA PERCORRIDA PELAS
GESTANTES**

**RECIFE
2010**

ALICE AZEVEDO E SOUZA

**ASSISTÊNCIA AO PARTO EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE:
TRAJETÓRIA PERCORRIDA PELAS GESTANTES**

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

Orientadora: Profa. Ms. Maria Aparecida de Souza

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S719a Souza, Alice Azevedo e.

Assistência ao Parto em um Município de Pequeno Porte: Trajetória Percorrida pela Gestante. / Alice Azevedo e Souza. - Recife, 2010.

47 p.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientador: Maria Aparecida de Souza.

1. Assistência obstétrica. 2. Hospital de Pequeno Porte. 3. Humanização do Parto. I. Souza, Maria Aparecida de. II. Título.

CDU 614.39

ALICE AZEVEDO E SOUZA

**ASSISTÊNCIA AO PARTO EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE:
TRAJETÓRIA PERCORRIDA PELA GESTANTE.**

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

Profa. Ms. Maria Aparecida de Souza
SES/PE

Profa. Ms. Maria Valéria Gorayeb de Carvalho
SES/PE

AGRADECIMENTOS

A Deus, por renovar sua misericórdia a cada manhã, derramando bênçãos sem fim em minha vida.

A minha orientadora Aparecida, que é mais que orientadora acadêmica, é exemplo para a minha vida. Devo a ela todo o meu crescimento e importantes conquistas alcançadas este ano. **MUITO OBRIGADA!**

Aos meus pais Eutázio e Geozélia, pelo amor sem fim. Apoio que tornou possível meu mais novo “primeiro passo”.

Ao meu irmão Felipe, fonte inesgotável de inspiração. Mãos estendidas para todas as horas, e Cybele, sempre tão amorosa e disponível.

Ao amor da minha vida, João Renato, por ser tão companheiro, por ser meu porto seguro.

À Dila pela dedicação e preocupação com meu crescimento acadêmico e pessoal.

À Maria do Carmo Andrade e Edilza, pela atenção, presteza e o carinho.

SOUZA, Alice Azevedo. **Assistência ao parto em um município de pequeno porte**: trajetória percorrida pelas gestantes. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

A possibilidade de descrever como a assistência obstétrica desenvolve-se em uma pequena cidade do agreste de Pernambuco, Camocim de São Félix, motivou a realização desse estudo, que está ancorado na avaliação das políticas públicas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, que definiu a implantação de estratégias de qualificação da assistência obstétrica como prioridade. Questionamentos como: qual a trajetória percorrida pelas mulheres na hora do parto e onde as gestantes deste município estão parindo, conduziram a pesquisa. Para resposta a essas questões foi realizado um estudo baseado na análise exploratória de dados obtidos a partir de fontes secundárias obtidos nos sistemas de informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde. Os resultados apontaram uma alta evasão de partos de Camocim de São Félix. Dos 166 partos registrados em 2009, 73,5% ocorreram fora do município, 30,12% em São Joaquim do Monte, 19,88% em Vitória de Santo Antão e 14,46% em Caruaru. Em 2010, até setembro, 74,65% dos partos foram realizados fora do município, sendo 30,12% em Vitória de Santo Antão, 11,64% em São Joaquim do Monte e 10,96% em Caruaru. Ao sistematizar as informações sobre assistência obstétrica no município de Camocim de São Félix, espera-se contribuir com a gestão municipal na consolidação uma rede humanizada de atenção às gestantes, fortalecendo a atenção primária como instrumento de qualificação da atenção às gestantes, para que se possa garantir que a população tenha acesso a uma rede de assistência na área obstétrica e neonatal, que atenda de maneira não só qualificada, mais articulada e hierarquizada do pré-natal ao parto.

Palavras chaves: Assistência Obstétrica, Hospital de Pequeno Porte, Humanização do Parto.

SOUZA, Alice Azevedo. **Logistics of Intra Partum care in a small town: trajectory by pregnant women.** 2010. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

This study, anchored in the Federal Health Ministry recommendations regarding the evaluations, prioritizations and implementations of obstetric public policies, was lead in a small town in the arid region of Pernambuco, Camocim de São Félix. Questions such as: the itinerary of women in labor and where pregnant women are giving birth in this city, conducted the research. To answer these questions, the study was built based on the exploratory analysis of data obtained from secondary sources sought in the information systems provided by the Ministry of Health and the State Health Department. The results are showing that a high number of births are occurring outside the town of Camocim. There were 166 registered births in 2009, and 73.5% of these births happened outside of the town's border. In 2010 -up until the month of September- 74.65% of labors were outside of town. The channeling and centralization of this data regarding obstetric care in this municipality will hopefully help to contribute in the construction of a more humane obstetrical network, specifically in strengthening primary care and ensuring a qualified and articulate access of obstetric and neonatal care to the population.

Keywords: Obstetric Care, Small Hospital, Humanization of Childbirth.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro1 – Serviços de saúde do município de Camocim de São Félix, 2010	26
Mapa 1 – Localização de Camocim de São Félix no mapa de Pernambuco	28
Mapa 2 – Evasão de procedimentos obstétricos de Camocim de São Félix, 2009 .	30
Mapa 3 – Evasão de procedimentos obstétricos de Camocim de São Félix (até 09/2010)	30
Mapa 4 – Evasão de Partos dos municípios de Camocim de São Félix, 2009	31
Mapa 5 – Evasão de partos do Município de Camocim de São Félix, 2010	32
Mapa 6 – Municípios do estado de Pernambuco que são referencia para atendimento dos municípios de Camocim de São Félix 2010	34
Mapa 7 – Evasão dos procedimento de alta complexidade do município de Camocim de São Félix, 2010	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População residente por faixa etária e sexo, 2009	26
Tabela 2 – Internações Hospitalares U. M. Nossa Senhora do Bom Parto	27
Tabela 3 – Cobertura da Atenção Básica	27
Tabela 4 – Indicadores de Mortalidade	28
Tabela 5 – Procedimentos obstétricos realizados no Hospital Jesus de Nazareno em gestantes oriundas de Camocim de São Félix, 2009 e 2010	36
Tabela 6 – Óbitos de menores de 28 dias de idade, 2009	36
Tabela 7 – Percentual de Partos Césares realizados, 1999 – 2009	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNES:	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF:	Equipe de Saúde da Família
GAR:	Gestante de alto risco
HPP:	Hospitais de Pequeno Porte
IDH:	Índice de Desenvolvimento Humano
NOAS:	Norma Operacional de Assistência a Saúde
OMS:	Organização Mundial de Saúde
PACS:	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM:	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PHPN:	Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento
PSF:	Programa de Saúde da Família
SES:	Secretaria Estadual de Saúde
SIH:	Sistema de Informação Hospitalar
SISPRENATAL:	Sistema de Informação do Pré-Natal
SUS:	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL	15
2.1	O acesso à assistência obstétrica.....	15
2.2	Atenção Humanizada ao parto.....	18
2.3	Assistência obstétrica em cidades de pequeno porte.....	21
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	24
3.1	Tipo de Estudo.....	24
3.2	Área do Estudo.....	24
3.3	População	28
3.4	Fontes de dados.....	28
3.5	Análise de dados	28
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	40
	REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

A assistência ao parto e suas complicações exigem respostas ágeis e eficazes uma vez que as dificuldades de acesso aos serviços no tempo oportuno geralmente acarretam angústia, sofrimento e consequências indesejadas a mulher e a criança recém-nascida.

Segundo Wanderley (2004), para garantir uma assistência adequada ao binômio “mãe, recém-nascido”, é necessário suplantar dificuldades no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, tais como: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade no momento oportuno, a ausência de definição clara da missão e responsabilidade de cada instituição, a fragilidade na conformação de sistemas integrados de atendimento de acordo com os princípios de regionalização e hierarquização, a consolidação de uma política que englobe a totalidade do processo assistencial e integre os diversos níveis de atenção, configurando de fato, uma rede de assistência em obstetrícia e neonatologia.

Embora o desafio primordial dos governos municipais seja colocar em prática os preceitos legais que constituem o Sistema Único de Saúde, transformando-os em serviços e ações que assegurem o acompanhamento da população, a garantia da assistência torna-se ainda mais difícil em municípios de pequeno porte, que de um modo geral não possuem uma infra-estrutura adequada para gerenciar os serviços, nem uma rede de saúde estruturada capaz de responder às necessidades da população, a exemplo das gestantes que precisam de atendimento obstétrico de qualidade.

Diversos estudos têm avaliado a assistência obstétrica, explorando temas como integralidade, acesso, qualidade, eficácia, abrangência (DONABEDIAN, 1991; GALVÃO et al, 1999) e vários desses estudiosos apontaram a necessidade de desenvolver novos trabalhos, que pudessem auxiliar os gestores públicos que, frequentemente, ao assumirem a gestão de sistemas de saúde, não dispõem de ferramentas que lhes permitam avaliar o desempenho dos serviços, corrigirem os rumos e adotar medidas mais adequadas.

A possibilidade de descrever como a assistência obstétrica desenvolve-se numa pequena cidade do agreste de Pernambuco (Camocim de São Félix) motivou a realização desse estudo, que está ancorado na avaliação das políticas públicas

desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, que definiu a implantação de estratégias de qualificação da assistência obstétrica como prioridade (BRASIL, 2000a).

Sua relevância baseia-se na possibilidade de gerar conhecimentos sobre a assistência ao parto em pequenos municípios, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da atenção prestada e suscitar a reflexão sobre o tema, auxiliando a gestão na tomada de decisão, já que, segundo Alfradique e Rodrigues (2001), o estudo dos fluxos de pacientes buscando atendimento de saúde pelo sistema público de saúde proporciona o conhecimento da utilização desses serviços, podendo contribuir para a organização de uma rede de atenção estruturada em cima das reais necessidades das mulheres.

Nessa perspectiva, a importância dessa monografia está na necessidade de se ampliar os estudos sobre a assistência ao parto prestada pelos pequenos municípios do interior, que constitui uma parcela significativa dos municípios do país.

Considere-se, ainda, que o conhecimento obtido pela pesquisa será colocado a disposição do gestor local, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de atenção prestada no município sob sua gestão, considerando que o presente estudo deverá se voltar para a assistência ao parto no município de Camocim de São Félix. Foram definidas as seguintes perguntas condutoras apresentadas a seguir.

Qual a trajetória percorrida pelas mulheres na hora do parto?

Onde as gestantes do município de Camocim de São Félix estão parindo?

Para resposta a essas questões foi realizado um estudo baseado na análise exploratória de dados obtidos a partir de fontes secundárias, cujo objetivo central foi identificar a trajetória percorrida pelas mulheres residentes no município de Camocim de São Félix no momento do parto e onde elas estão parindo.

O conhecimento da realidade municipal no que se refere a organização da rede e da atenção obstétrica, bem como o conhecimento dos fluxos percorridos pelas gestantes são informações fundamentais para embasar a definição de políticas que propiciem a superação das dificuldades relacionadas ao acesso qualificado e oportuno aos serviços de saúde.

Especificamente, objetivou-se descrever a rede de saúde local e a entrada das gestantes nos serviços de assistência obstétrica, através do levantamento das interações ocorridas por município de residência e ocorrência.

Em busca de tais objetivos e visando a construção de um texto de fácil compreensão, este trabalho foi estruturado da forma descrita a seguir.

O segundo capítulo trata do referencial teórico e trás uma abordagem das políticas públicas implantadas nos últimos anos no país visando promover o acesso das gestantes à assistência obstétrica e a humanização do parto. Discorre também sobre a iniciativa do Ministério da Saúde voltada para a oferta da assistência obstétrica segura e de qualidade através de incentivo financeiro para que pequenos municípios implantem Hospitais de Pequeno Porte (HPP), política adotada pelo município alvo desse estudo.

No capítulo três é realizada uma descrição dos procedimentos metodológicos utilizados, apresentando-se a estratégia adotada nesse estudo para a descrição da assistência ao parto no município de Camocim de São Félix, a partir da análise de dados secundários, obtidos nos sistemas de informações disponibilizados pelo Ministério da Saúde, pela Gerência Regional de Saúde (IV GERES) e pela Secretaria Estadual de Saúde.

O capítulo quatro apresenta os resultados do estudo realizado e as discussões pertinentes ao tema desenvolvido, momento no qual são feitas reflexões que analisam os achados da pesquisa a partir das citações contidas nas fontes mencionadas no referencial teórico.

O último capítulo apresenta as conclusões do trabalho e algumas recomendações que podem contribuir para a tomada de decisão por parte do gestor em reestruturar a atenção obstétrica, considerando as vantagens de se garantir a assistência ao parto no território local.

Ao sistematizar as informações sobre assistência hospitalar obstétrica no município de Camocim de São Félix, espera-se contribuir com a gestão municipal e a estadual na discussão da construção de uma rede regionalizada e hierarquizada de assistência às gestantes da região.

2 A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

2.1 O acesso à assistência obstétrica

A constituição Federal de 1988 definiu que o Sistema Único de Saúde deve garantir, com base nos seus princípios e diretrizes operacionais, uma assistência de saúde universal, integral e igualitária, assegurada através da oferta de um conjunto de ações e serviços públicos de saúde estabelecidos na forma de um sistema único composto por redes regionalizadas, descentralizadas e hierarquizadas e, em conformidade com as necessidades da população (BRASIL, 1988).

Assim a reforma constitucional promove uma profunda descentralização na área da saúde, transferindo do nível federal para os municípios a responsabilidade pelo planejamento, execução e gestão dos serviços de saúde oferecidos no território, particularmente aqueles relacionados à assistência básica.

Nesse contexto o modelo de organização do Sistema Público de Saúde proposto pelo Ministério da Saúde, contido na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002a), trata da proposta de regionalização da assistência à saúde, a ser coordenada pelas Secretarias Estaduais de Saúde, que ficam responsáveis por coordenar o processo de configuração da regionalização.

Para operacionalizar a proposta coube aos estados e municípios a tarefa de elaborar um Plano Diretor de Regionalização, que deveria assegurar a população o acesso a todos os níveis de atenção a saúde, sendo que o cuidado primário e serviços como a assistência ao parto devem se localizar o mais próximo possível da residência do cidadão (ANDRADE, 2002).

A necessidade de fortalecimento da assistência obstétrica foi reforçada no Pacto pela Saúde, lançado em 08 de Março de 2004, sendo prioridades como a redução da mortalidade materna, a redução da mortalidade neonatal e a redução da mortalidade infantil reafirmadas pelo Ministério da Saúde em janeiro de 2006.

Foram dinamizadas ações para a assistência obstétrica, dentre elas destacam-se a atenção humanizada ao parto domiciliar; a qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento; o apoio a criação de centros de parto normal; a garantia do direito a acompanhante e ao alojamento conjunto; o estímulo a formalização da referência e contra-referência na atenção à mulher durante a gestação; a qualificação das urgências e emergências maternas e

neonatais; a redução dos partos cesáreos desnecessários e a expansão e regionalização da rede de bancos de leite humano (BRASIL, 2006).

No que se refere ao acesso, Galvão et al. (1999), assume o conceito de que uma determinada área de demanda está coberta se tem acesso, a menor das distâncias críticas pré-definidas, a serviços de baixa e alta complexidade, considerando um modelo de hierarquia sucessivamente inclusiva, ou seja, quando uma unidade de saúde presta serviços relacionados ao nível de complexidade inferior a sua.

Uma das inúmeras dificuldades encontradas na tentativa de humanização da assistência se refere ao acesso das gestantes aos serviços de saúde. Quanto maior a distância a ser percorrida pela gestante, mais difícil é o acesso e menor a probabilidade de adequação de suas necessidades aos serviços oferecidos, especialmente quando se trata de gestantes de alto risco, para as quais de um modo geral os municípios de pequeno porte não dispõe de estrutura de atendimento (BRASIL, 2000a).

Para Donabedian (1991) acesso é traduzido como o ingresso no sistema de saúde. Ele destaca, porém, que a prova de acesso em si não consiste simplesmente na disponibilidade de serviços e recursos, mas sim no fato de que os serviços sejam realmente utilizados por quem deles necessitam e no momento oportuno. Então quando se trata de assistência obstétrica entende-se que o acesso deveria ser garantido o mais próximo possível da gestante e no momento oportuno.

A implantação e implementação de redes regionalizadas de atendimento são elementos indispensáveis para que se promova a universalidade de acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção, particularmente para os municípios de pequeno e médio porte, uma vez que dificilmente possuem capacidade instalada, recursos humanos e físicos necessários para prestar atenção integral à saúde de seus municípios (WANDERLEY, 2004).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde apontou no seu relatório final as dificuldades encontradas pelos municípios pequenos em ofertar os serviços essenciais de saúde. O acesso é particularmente difícil no que se refere à atenção de média e alta complexidade, mesmo nas cidades pólo, atribuindo-se, entre os entraves, a precariedade das centrais de regulação de leitos e consultas e a baixa oferta dos serviços necessários (BRASIL, 2000b).

Galvão et al. (1999) entende que a regionalização e hierarquização dos serviços de assistência materna e neonatal deve garantir uma melhor distribuição espacial dos serviços ofertados, racionalizando os gastos com a queda dos custos na prestação dos mesmos. Considera que as unidades de maior complexidade devem disponibilizar os equipamentos e procedimentos mais sofisticados, recebendo uma demanda filtrada pelas unidades de saúde de menor complexidade, contribuindo dessa forma, para melhorar o desempenho operacional e econômico do sistema de saúde.

Assim, a garantia do acesso a serviços de saúde de qualidade passa necessariamente, pela organização da rede de saúde no que se refere à definição do papel assistencial de cada unidade do sistema, em função do seu nível de complexidade e a definição de referências e contra referências que possibilite a articulação entre a atenção básica e a hospitalar (BRASIL, 2001a).

A hierarquização na área de atendimento à gestante e ao neonato como estratégia de aumento da resolutividade deve ser estabelecida dentro do princípio da regionalização, em uma dimensão intermunicipal, englobando toda capacidade instalada do SUS, responsável por esta demanda assistencial – Rede Básica de Assistência e Rede Hospitalar, aí incluídos, Centro Obstétrico, UTI neonatal e adulto, e atendimento pré e inter-hospitalar (GALVÃO et al, 1999).

Dentre algumas ações orientadas para o grupo materno infantil que foram implementadas pelo Ministério da Saúde em parceria com os Governos Estaduais e Municipais, estão o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento- PHPN e o Programa de Apoio à Implantação de Sistema de Referência Hospitalar para o atendimento à Gestante de Alto risco – GAR (BRASIL, 1998a). São iniciativas como estas que reforçam a regionalização e a hierarquização como instrumentos organizativos das ações de saúde.

Redes de assistência adequadamente articuladas entre si e estruturadas em níveis crescentes de complexidade são raras. Normalmente as redes existentes são incompletas e sem definição clara das responsabilidades e missão de cada unidade constituinte de processo assistencial hierarquizado (BRASIL, 2001b).

No final dos anos 90, após quase duas décadas de instituição do Programa da Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a saúde da mulher do Brasil permanecia com muitas questões a serem enfrentadas. Foi a partir daí que o Ministério da Saúde definiu a saúde da mulher como prioritária e sistematizou

projetos específicos para a melhoria da assistência obstétrica, elaborando um plano em três etapas. Na primeira aumentou a remuneração do parto normal, instituiu um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital e incluiu a remuneração dos procedimentos referentes à analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira obstétrica (BRASIL, 1998b). Na segunda, foi instituído o Programa de Apoio a Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para gestação de alto risco. A terceira etapa tratava especificamente da atenção no pré-natal e ao parto, enfocando a qualidade da assistência, o acesso, também considerando como um indicador da qualidade da atenção, a humanização da atenção. Essas ações tinham como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbi-mortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, com a perspectiva da humanização como grande fio condutor.

Outro aspecto voltado para a melhoria da qualidade da atenção ao parto consistiu em integrar na assistência as parteiras tradicionais, atualizando-as periodicamente e oferecendo suporte técnico para a assistência, objetivando melhorar a qualidade no atendimento a partos domiciliares, e a identificação de gestantes de risco. A padronização de rotinas de atendimento ao parto também representou uma estratégia importante, pois padronização, quando multiprofissional e interdisciplinar, leva a uma assistência integrada, única, eficaz e humanizada, onde se minimiza as lacunas nos processos e a fragmentação explícita nas ações de equipe, agregando segurança à mulher (ALMEIDA, 1995).

2.2 Atenção Humanizada ao parto

O conceito de atenção humanizada ao parto é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção ao parto e nascimento saudáveis prevenindo a mortalidade materna e perinatal. Este conceito inicia-se no pré-natal e garante que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e bebê, evitando assim, as intervenções desnecessárias (CHANES; TEIXEIRA, 2003).

A medicalização e instrumentalização do parto marcaram a obstetrícia do século XX, institucionalizando e normatizando a atenção ao parto em todo o mundo (CECATTI; LAGO; SERRUYA, 2004).

Hoje observamos que boa parte dos profissionais compreende a gestação e o parto de uma maneira apenas biológica e patológica, sendo as pessoas treinadas para desempenhar rotinas diárias como uma linha de produção, sem avaliação crítica e individualizada de cada caso.

A imprevisibilidade do parto além de trazer insegurança para as gestantes perturba também os médicos, que, por sua vez não possuem exata certeza do que irá acontecer, fazendo com que recorram aos procedimentos técnicos, como a indução do parto e a cesárea marcada como medidas de segurança. Muitas vezes estas ações são utilizadas desnecessariamente na tentativa de conseguir o controle absoluto da situação (BRASIL, 2001b).

O modelo brasileiro de assistência ao parto e nascimento é em sua grande maioria extremamente intervencionista. Apesar dos esforços para a melhoria da assistência obstétrica, o modelo atual está associado à valorização dos aspectos físicos e da utilização excessiva da tecnologia, em detrimento das ações de saúde de nível primário, ou seja, das ações de promoção e prevenção em saúde. Penaliza a mulher e sua família ao ignorar a fisiologia e os aspectos sociais e culturais do parto, tendo como resultado taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal incompatíveis com os avanços tecnológicos ao nosso alcance (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Tratando como eventos eminentemente médicos, a gestação e o parto passaram a ser vistos como catalisadores de angústia e sofrimento para as mulheres, permeados pela simbologia de risco e dor para a maioria delas (CARON; SILVA, 2002). Essa percepção pode ser modificada na medida em que a mulher participa da decisão sobre como será seu pré-natal e parto, sendo informada a respeito das evidências científicas disponíveis para a indicação da melhor conduta na situação determinada (OLIVEIRA et al, 2002).

A impossibilidade de acesso às informações de forma contínua e integral, em qualquer um destes períodos, fragiliza a assistência, expondo a mãe e o bebê a riscos de vida (TANAKA, 1995).

O debate sobre a Humanização da Assistência hospitalar é amplo e controverso, pois envolve entendimentos diversos. Revisão bibliográfica realizada por Casate e Correa (2005) revela a existência de artigos produzidos no âmbito da saúde, desde os fins da década de 1950. Os principais sentidos atribuídos a humanização do atendimento, vão desde uma perspectiva caritativa de “doar-se ao

próximo”, até a integração mais recente, a partir dos anos 90, do discurso dos direitos do cidadão em ter acesso a uma atenção de qualidade, inserindo-se no contexto de um projeto político para saúde pública.

Se não é possível denominar com precisão o conceito de Humanização, os textos, distribuídos em quatro décadas, têm em comum a reflexão sobre as práticas e modelos de atendimento que poderiam ser considerados “desumanizantes”, sendo os mais apontados: *a)* As condições precárias de trabalho que levam a falhas e estresse dos profissionais por um lado, as longas esperas, dificuldade de acesso e má acolhida aos pacientes, por outro; *b)* Necessidades subjetivas, culturais e pessoais dos pacientes são ignoradas, conduzindo assim um atendimento impessoal, focado na patologia e não na pessoa que sofre; *c)* O uso da tecnologia como substitutivo da relação do profissional com o paciente, sendo desvalorizadas a comunicação e empatia entre ambos (CASATE; CORREA, 2005).

No Brasil estas reflexões vão ser retomadas de forma mais intensa no final da década de 1980, pelos profissionais de saúde preocupados em oferecer uma assistência de qualidade às gestantes (FLORENTINO et al, 1998) e pelos movimentos de redemocratização política, no espírito do Movimento da Reforma Sanitária e, especialmente, pelo Movimento das Mulheres, em torno de pautas de direitos sexuais e reprodutivos e das críticas ao modelo médico hegemônico (DESLANDES, 2005).

Como referência para implantação de um processo de humanização na assistência obstétrica, o Ministério da Saúde publicou um guia, denominado Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Esse guia tinha como prerrogativa humanizar o atendimento, aqui compreendido como um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal. Essas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis. Coloca ainda como objetivo da assistência obstétrica, o nascimento saudável, com o menor nível possível de intervenção, ressaltando o apoio à mulher durante o trabalho de parto, no momento do nascimento e no pós-parto; o monitoramento do estado fetal e posteriormente o do recém-nascido; a avaliação dos fatores de risco; a detecção precoce dos problemas e o encaminhamento da

parturiente a um nível de assistência mais complexo, caso surjam fatores de risco ou complicações que justifiquem (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Em 2000 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, substituído pela Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS em 2004, a norma de Atenção Humanizada do Recém-nascido de baixo peso em 1999-2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, em 2002 (BRASIL, 2004, 2000d, 2002c). Tais programas e políticas são acompanhados da produção de diretrizes técnicas importantes, tais como os Manuais do Parto, aborto e puerpério, Assistência Humanizada à Mulher de 2001 e a Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru de 2002, que seria a base de cursos para capacitação de profissionais (BRASIL, 2000c, 2001c, 2001b, 2002b).

A portaria GM nº 569, que instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento traz em seu 1º parágrafo: "... considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis de cidadania..." "... Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: a- toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; b- toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; c- toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura" (BRASIL, 2000c).

A proposta da Humanização da assistência ao parto vem ao encontro de duas grandes demandas das mulheres. A primeira, a da oferta de um serviço que garanta as mulheres, o direito de parir em condições que assegurem sua segurança e a de seu bebê. A segunda, que ofereça à mulher, a possibilidade de atuar como protagonista, fazendo com que o parto deixe de ser um evento meramente biológico, e sim uma experiência humana, que deva ser experimentada de acordo com suas expectativas (DIAS; DOMINGUES, 2005).

2.3 Assistência obstétrica em cidades de pequeno porte

A Portaria nº 2.224, de 05 de Dezembro de 2002, estabeleceu o Sistema de

Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Esta Portaria divide os hospitais brasileiros em quatro tipos, de acordo com uma série de parâmetros, entre os quais, seu número de leitos. São classificados como de Pequeno Porte, (01 a 49 leitos), Médio Porte (50 a 149 leitos), Grande Porte (150 a 499 leitos) e Especiais (acima de 500 leitos) (BRASIL, 2002d).

Os Hospitais de Pequeno Porte – HPP, são vistos como elementos estratégicos para a reformulação do modelo de atenção do Sistema Único de Saúde- SUS. Seja pela sua elevada participação no sistema, tendo em vista que representam 62% dos estabelecimentos hospitalares do sistema de saúde brasileiro, seja pelo novo papel que deles se espera, como unidade de internamento nas clínicas básicas (pediatria, clínica médica e obstetrícia), recebendo pacientes encaminhados pela atenção básica, especialmente pelo Programa de Saúde da Família – PSF (CORRÊA, 2009).

A política dos Hospitais de Pequeno Porte, adotada pelo Ministério da Saúde, permitiu a redefinição do papel das unidades de internamento das pequenas cidades e estabeleceu metas quantitativas e qualitativas, em correspondência a um teto orçamentário global, em substituição ao tradicional sistema de pagamento por procedimento (UGÁ, 1994).

O movimento de redefinição do papel dos Hospitais de Pequeno Porte, ou da sua “missão”, nos termos de Crémadez (1997), tem relação direta com a expansão da atenção básica através da estratégia do PSF. Nos municípios onde já há uma satisfatória cobertura, o HPP deveria ganhar relevância como ente prestador de serviços de média complexidade.

Segundo Ponett (1999), a justificativa da existência dos HPP é o difícil acesso a centros maiores, para execução, principalmente de ações de média complexidade mais simples e ações relacionadas à atenção de urgência/emergência e materno-infantil. Em relação à atenção ao parto de baixo risco, também seria contemplada a sua importância simbólica para a comunidade em que este hospital encontra-se inserido. Ademais, os HPP costumam apresentar baixa complexidade tecnológica.

Em relação especificamente à Política Nacional para HPP, observa-se que, no texto da Portaria, enfatiza-se a regionalização e organização dos serviços em redes articuladas, além da integralidade da atenção à saúde, garantindo a continuidade da atenção prestada pela Atenção Básica. Observa-se ainda a necessidade de ofertar leitos tomando como base a população da área de

abrangência, respeitando as propostas locais para suprir necessidades assistenciais da população (CORRÊA, 2009).

O Programa Mãe Coruja é outra política pública adotada para reforçar a atenção obstétrica em cidades de pequeno porte. Desenvolvido pelo Governo do Estado de Pernambuco, é coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde, que trabalha em parceria com outras secretarias do governo do estado.

O Programa Mãe Coruja, implantado em Camocim de São Félix, em fevereiro de 2010, se propõe a combater a mortalidade materno-infantil no estado de Pernambuco, através da oferta de assistência integral à gestante e ao bebê, do pré-natal até os cinco anos de vida da criança. As secretarias de saúde, da mulher, educação, desenvolvimento social, juventude e emprego, agricultura e planejamento fazem parte do programa oferecendo assim uma assistência multidisciplinar.

Dentre outras ações o Programa Mãe Coruja vem reforçar políticas de direitos reprodutivos, como planejamento familiar, garantir acesso ao parto e ao nascimento humanizado e vincular a gestante à maternidade do próprio município no início do pré-natal, com intuito de reduzir o fluxo de evasão.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de Estudo

Esse estudo buscou descrever a assistência ao parto numa pequena cidade do Agreste de Pernambuco, Camocim de São Félix.

Foi utilizado o método de análise exploratória de dados obtidos a partir de fontes secundárias.

Para o estudo de acesso das gestantes a assistência obstétrica, foram utilizados os bancos de dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), bem como os dados disponibilizados no site oficial da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, relativos aos dados cadastrais dos estabelecimentos de saúde do município, recursos humanos e produção de atividades.

Buscou-se, também, identificar a relação entre oferta de serviços de saúde e fluxo de gestantes entre o local de residência e a maternidade, utilizando informações disponibilizadas nos sites da IV Gerência Regional de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde.

O estudo de invasão e evasão permitiu avaliar o caminho percorrido pelas gestantes em busca de um serviço de referência e lançar luz sobre o nível de resolutividade do serviço de atenção hospitalar, oferecendo subsídios para o estudo da complexidade de tal sistema.

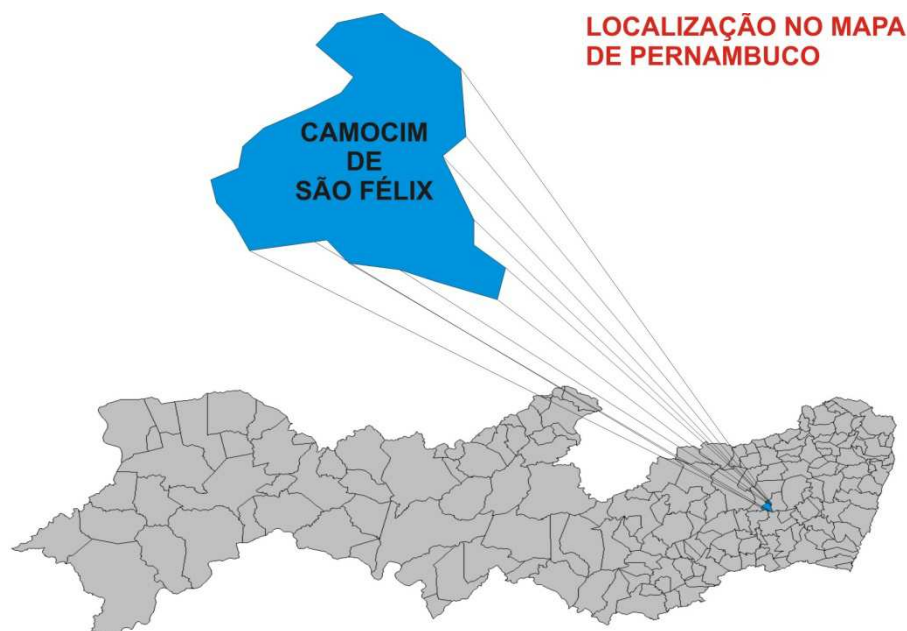
Os dois indicadores acima tiveram como fontes de dados os bancos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, através do DATASUS/SIH/SUS, que fornecem informações referentes às internações ocorridas por município de residência e ocorrência. Além destas, foram utilizadas as informações disponibilizadas no site da IV Gerência Regional de Saúde.

Para a determinação e mensuração dos fluxos de pacientes, foram analisadas informações sobre procedimentos realizados no município de residência das pacientes e locais de atendimento das mesmas (municípios de ocorrência).

A análise da utilização dos serviços de saúde possibilitou observar os centros de referência obstétricos procurados pelas usuárias, independente de regulação formal entre os municípios.

3.2 Área do Estudo

O local do estudo foi Camocim de São Félix, cidade localizada no Agreste de Pernambuco, Brasil, distante 113 km da Capital Recife (Mapa 1).



Mapa 1- Localização de Camocim de São Félix no mapa de Pernambuco.
Fonte: IBGE (2009)

Sua população é estimada em 16.575 habitantes (Tabela 1), com 5.235 mulheres em idade fértil, entre 10 – 49 anos (IBGE, 2009).

Possui uma área territorial de 53,28 km² e uma densidade demográfica de 311,09 hab./km². Apresenta um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,626.

Em relação ao saneamento básico a situação é a seguinte: 49,5% dos domicílios são abastecidos de água pela rede pública, 12,3% utiliza água de poços ou nascente e 38,1% utilizam outro tipo de fonte. Em relação ao destino do lixo, 71,6% é recolhido pela coleta pública, 12,5% é queimado e 14,6% são jogados a céu aberto. Quanto ao destino dos dejetos, apenas 34,9% das residências jogam os dejetos no sistema de esgoto e 53,6% utilizam fossa (IBGE, 2000).

Tabela 1 – População residente por faixa etária e sexo, 2009

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
Menor de 1	157	152	309
1 a 4	614	614	1.228
5 a 9	772	796	1.568
10 a 14	764	799	1.563
15 a 19	768	797	1.565
20 a 29	1.526	1.536	3.062
30 a 39	1.113	1.156	2.269
40 a 49	861	947	1.808
50 a 59	574	681	1.255
60 a 69	424	523	947
70 a 79	266	400	666
80 e +	153	182	335
Total	7.992	8.583	16.575

Fonte: IBGE (2009)

A Rede Municipal de Saúde é constituída por unidades de Saúde da Família, responsáveis pela atenção básica e um Hospital de Pequeno Porte, a Unidade Mista (Quadro 1).

SERVIÇOS DE SAÚDE	LOCALIZAÇÃO
Unidade Mista Nossa Senhora do Bom Parto	Zona Urbana
PSF Afro Alves de Oliveira	Zona Urbana
PSF José Antônio Dos Santos Filho	Zona Urbana
PSF Pacas	Zona Rural
PSF São José	Zona Urbana
PSF Serra de Aires	Zona Rural
PACS	Zona Urbana

Quadro 1 – Serviços de Saúde do Município de Camocim de São Félix, 2010

Fonte: BRASIL (2010)

A unidade hospitalar é responsável pelo internamento nas clínicas médica, pediátrica e obstétrica (Tabela 2), sendo referência para as unidades de Saúde da Família, que cobrem mais de 70% da população (Tabela 3).

Tabela 2 – Internações Hospitalares U. M. Nossa Senhora do Bom Parto

Clínica	2008	2009	2010*	Total
Obstétrica	10	46	46	102
Clínica Médica	82	182	171	435
Pediátrica	12	47	50	109

Fonte: SIH/SUS.

Nota: * 2010 até novembro.

Tabela 3 – Cobertura da Atenção Básica

Ano	Modelo de Atenção	População coberta	% população coberta pelo programa	% de crianças c/aleit. materno exclusivo	% de cobertura de consultas de pré-natal
2004	PACS	8.663	55,4	52,5	71,1
	PSF	7.075	45,2	54,7	94,6
	Total	15.738	100,6	54,1	88,6
2005	PACS	8.248	51,8	58,2	85,0
	PSF	7.381	46,4	57,3	86,5
	Total	15.629	98,2	57,6	86,1
2006	PACS	7.960	49,5	55,2	97,4
	PSF	9.297	57,9	58,9	90,5
	Total	17.257	107,4	58,0	92,0
2007	PACS	3.465	21,4	59,7	93,5
	PSF	13.454	83,0	60,4	94,7
	Total	16.919	104,3	60,3	94,5
2008	PACS	4.799	29,2	24,1	96,1
	PSF	12.274	74,6	65,6	95,8
	Total	17.073	103,8	58,5	95,8
2009	PACS	6.319	38,1	39,0	100,0
	PSF	13.033	78,6	58,2	94,8
	Total	19.352	116,8	53,6	95,7
2010	PACS	6.319	38,1	54,4	100,0
	PSF	13.286	80,16	64,3	95,5
	Total	19.605	118,28	65,46	96,04

Fonte: SIAB (2010).

Tabela 4 - Indicadores de Mortalidade

INDICADORES	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total de óbitos	138	112	125	113	119	117	133	119
Coeficiente Geral de Mortalidade*	9,0	7,2	8,0	7,1	7,4	7,2	8,1	7,2
Total de óbitos infantis	17	7	7	13	6	4	7	9
% de óbitos infantis**	12,3	6,3	5,6	11,5	5,0	3,4	5,3	7,6
Coeficiente de Mortalidade infantil***	55,0	30,0	25,5	44,7	22,9	18,1	28,7	42,3

* por 1.000 habitantes

** Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

*** Coeficiente de Mortalidade Infantil por 1.000 NV - SIM/SINASC

Fonte: SIM/SINASC, 2010.

Nota: Dados de 2008 e 2009 sujeitos a modificação

3.3 População

A população estudada foi constituída pelas gestantes residentes no município de Camocim de São Félix, no período correspondente ao ano de 2009 e ao ano de 2010 até setembro.

3.4 Fontes de dados

Foi realizada análise de dados secundários coletados nos sistemas oficiais de informação do Sistema Único de Saúde: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Também foram utilizadas informações disponibilizadas nos sites do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde.

3.5 Análise de dados

Os dados foram analisados por estatísticas descritivas realizadas com base nos achados da pesquisa e as tabelas e os gráficos foram elaborados com o auxílio dos softwares Excel 2007, CorelDRAW e Google Maps.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora o parto integre o conjunto dos procedimentos obstétricos, para uma melhor visualização dos resultados, nesse trabalho os dados referentes aos partos, sejam eles normais ou cesáreos, serão apresentados em separado.

Dessa forma os resultados serão apresentados em dois grupos: os partos e os demais procedimentos obstétricos, que nesse caso serão representados pelo tratamento de complicações relacionadas ao puerpério, pelo tratamento da eclampsia, pelo tratamento das intercorrências clínicas da gravidez, pela curetagem pós-abortamento/puerperal e pelo tratamento cirúrgico da gravidez ectópica.

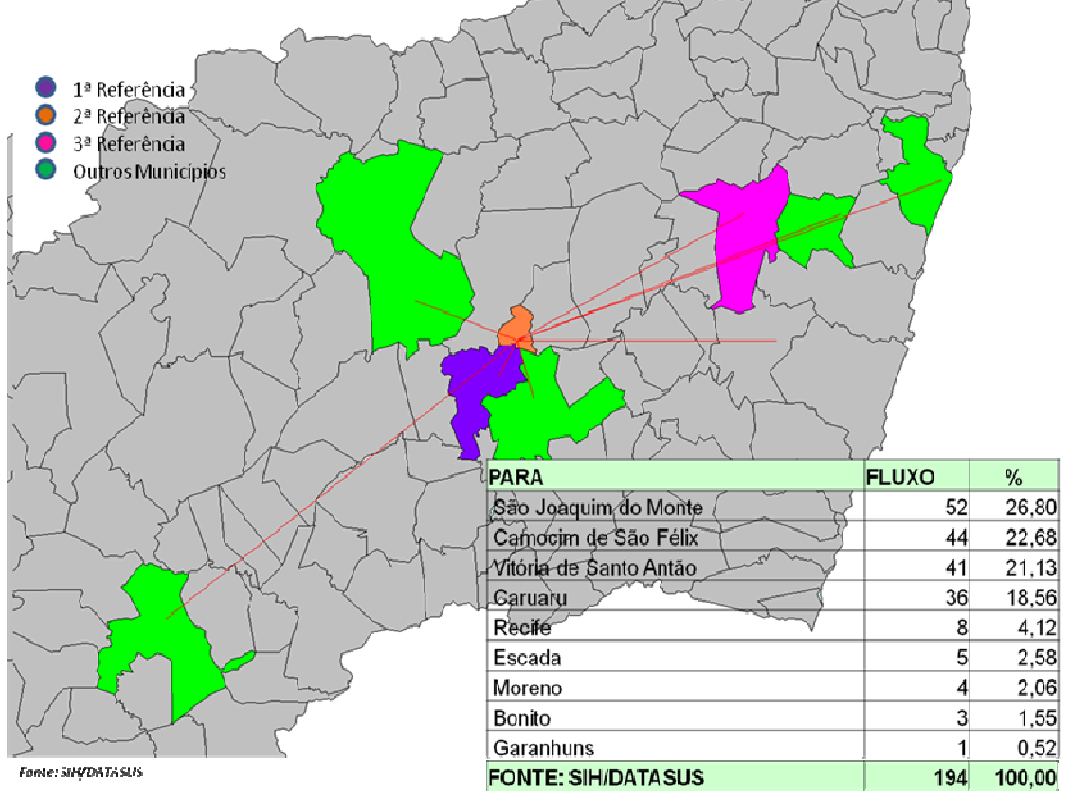
Estudos que abordavam a análise do fluxo de pacientes buscando atendimento de saúde em unidades do Sistema Único de Saúde, já apontavam a importância do conhecimento sobre a trajetória percorrida pelos usuários para utilizar esses serviços de saúde, como forma de contribuir para identificação das fragilidades na organização das ações de saúde, de forma a auxiliar os gestores públicos em intervenções visando a melhoria da oferta e o aumento da resolutividade da rede de saúde (CAMPOS et al, 2000; RODRIGUES; ALFRADIQUE, 2001).

O desenho traçado a partir do percurso feito pelas gestantes de Camocim de São Félix mostra que embora exista no município uma unidade hospitalar que realiza partos, grande parte das gestantes procura serviços de saúde em outros municípios para realização de procedimentos obstétricos, apontando para a baixa resolutividade do serviço local.

Em 2009, dos 194 procedimentos obstétricos realizados em gestantes de Camocim de São Félix, 150 foram realizados fora do município, o que correspondeu a 77% dos procedimentos. Os outros 44 procedimentos, que corresponderam a 23% do total, foram realizados no hospital local, na Unidade Mista Nossa Senhora do Bom Parto (Mapa 2).

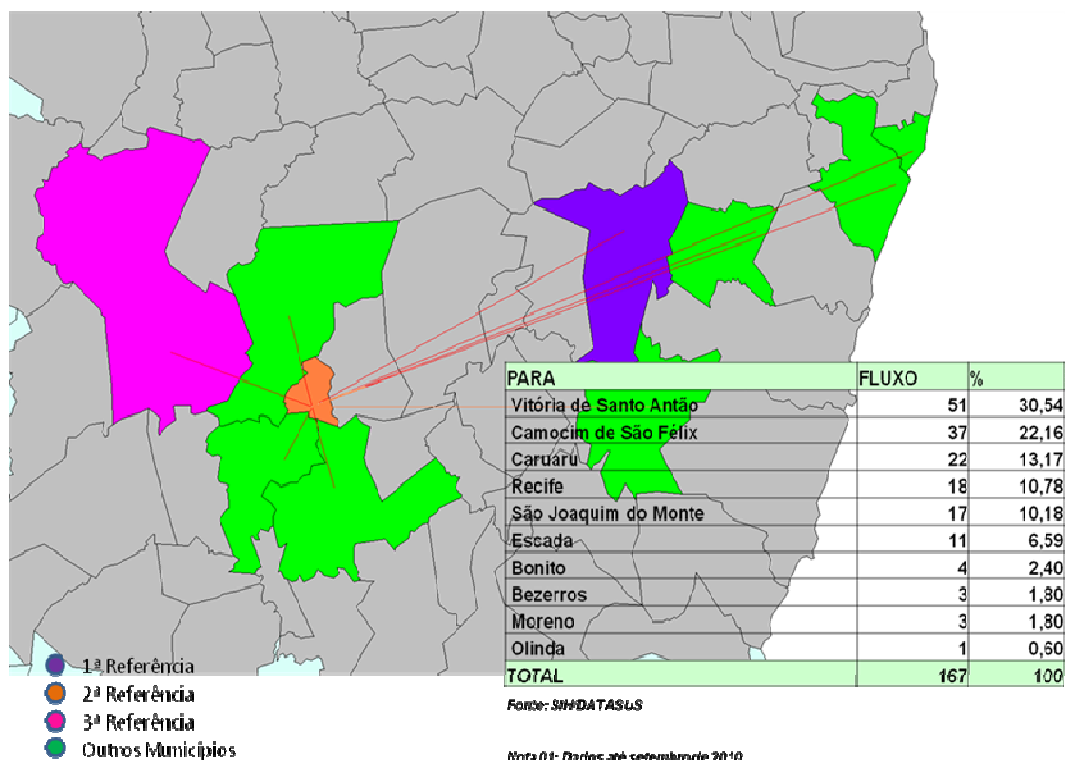
Em 2010, até setembro, dos 167 procedimentos obstétricos realizados em gestantes de Camocim de São Félix, 130 foram realizados fora do município, o que correspondeu a 78% dos procedimentos, contra 22%, 37 procedimentos, realizados no hospital local, Unidade Mista Nossa Senhora do Bom Parto (Mapa 3).

EVASÃO DE PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX - 2009



Mapa 2: Evasão de procedimentos obstétricos de Camocim de São Félix, 2009.

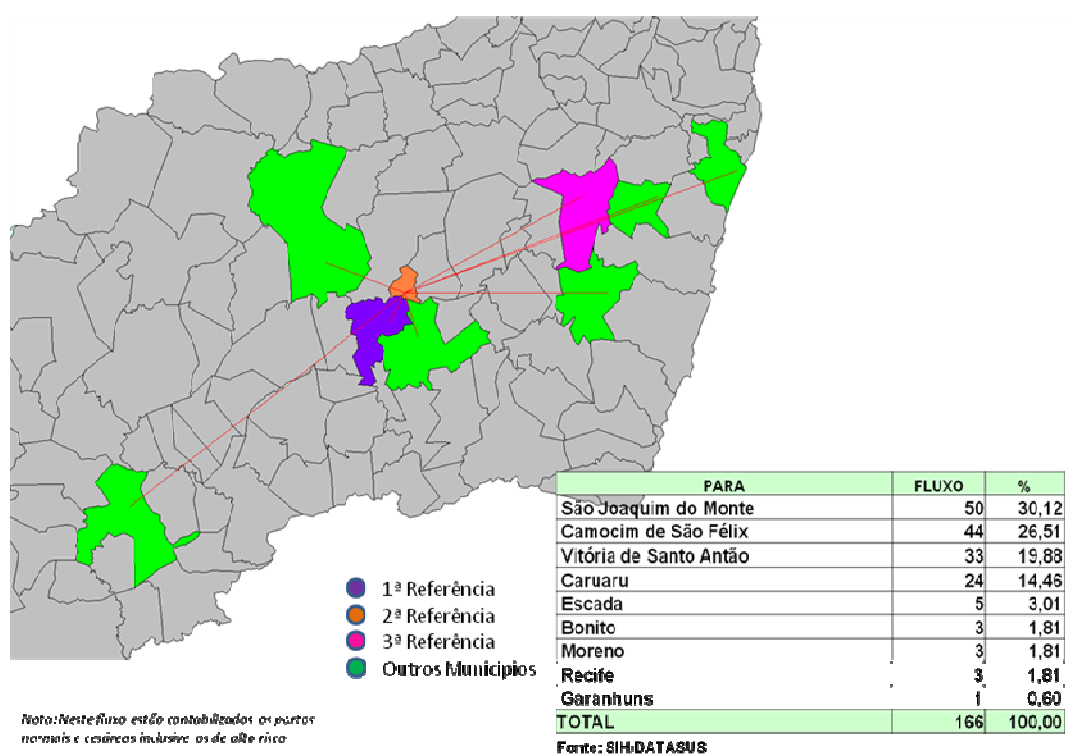
EVASÃO DE PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX - 2010



Mapa 3: Evasão de procedimentos obstétricos de Camocim de São Félix (até 09/2010)

Em relação à realização de partos, em 2009 foram registrados 166 partos de mulheres de Camocim de São Félix, sendo que 44 (26,51%) ocorreram na própria cidade e 122 (73,5%) ocorreram fora do município. Quando se analisa a evasão de partos, observa-se que São Joaquim do Monte recebeu um fluxo de 50 gestantes era o município de primeira referência, realizando 30,12% dos partos, seguido de Vitória de Santo Antão, com 33 partos (19,88%) e Caruaru com 24 (14,46%) partos (Mapa 4).

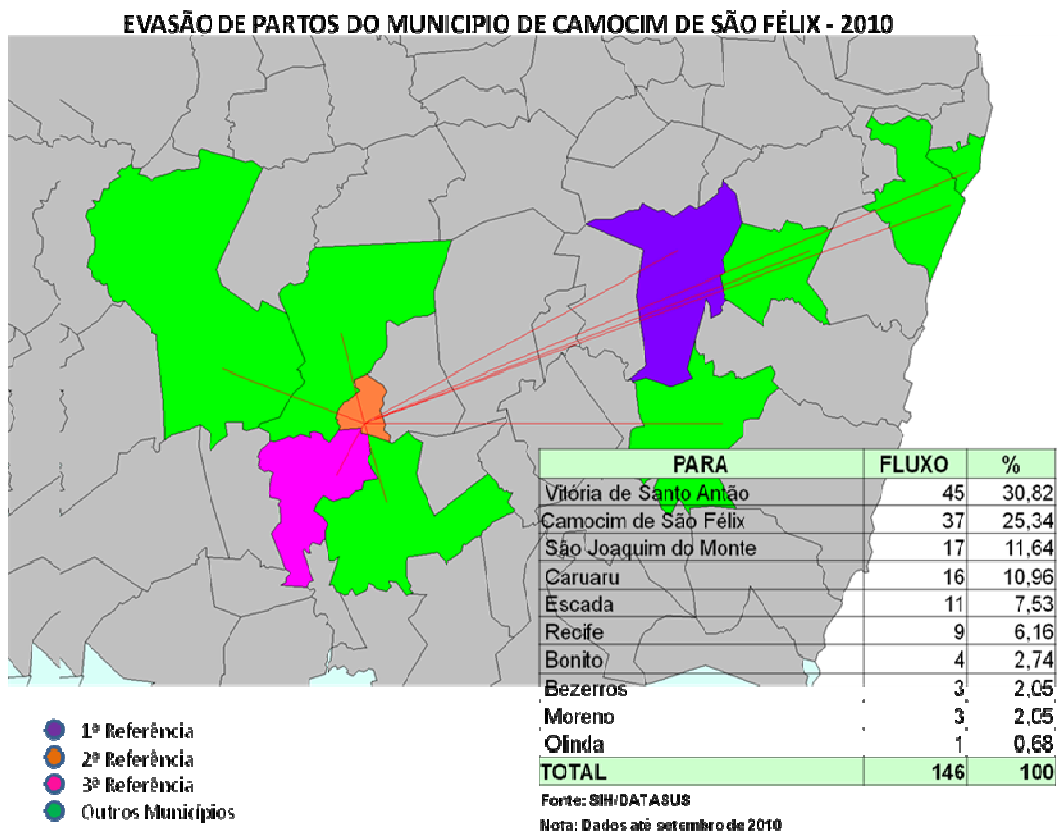
EVASÃO DE PARTOS DO MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX - 2009



Mapa 4: Evasão de Partos do município de Camocim de São Félix
Fonte: SIH/DATASUS (2009)

Em 2010, até setembro, foram registrados 146 partos de gestantes de Camocim de São Félix, sendo que 37 (25,34%) ocorreram na própria cidade e 109 (74,65%) ocorreram fora. Quando se analisa a evasão de partos, observa-se que Vitória de Santo Antão que recebeu um fluxo de 45 gestantes foi o município de primeira referência, realizando 30,12% dos partos, seguido de São Joaquim do Monte, com 17 partos (11,64%), Caruaru com 16 partos (10,96%). Registrou-se também um número significativo de partos realizados em Escada, 11 (7,53%) e Recife, com nove partos (6,16%) (Mapa 5).

Os dados de 2010 demonstram que o parto dessas mulheres está ocorrendo cada vez mais longe do seu município de residência, o que é um fator preocupante, considerando que a não garantia da realização do parto no local de residência das gestantes agrega riscos à gestação, conforme descrito em estudo realizado por Galvão et al, (1999), que ressaltou a importância da regionalização da assistência perinatal com o objetivo de melhorar o acesso das gestantes aos serviços de saúde, considerando o risco desigual de morte relacionado com o local de residência das mesmas (GALVÃO et al, 1999).



Mapa 5: Evasão de partos do município de Camocim de São Félix
 Fonte: SIH/DATASUS
 Nota: Dados até Setembro de 2010

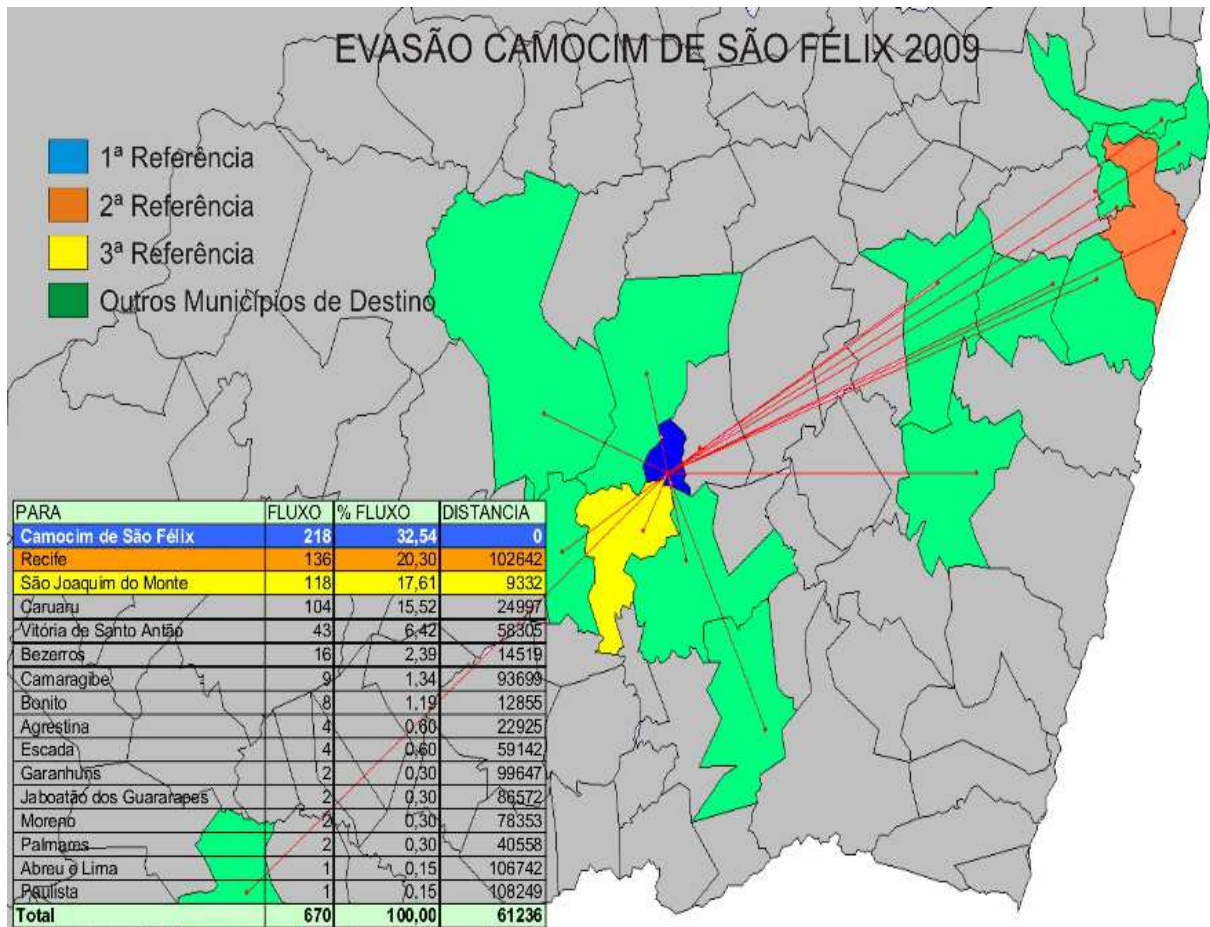
Os achados do estudo sugerem que embora o Ministério da Saúde venha criando estratégias para estimular a consolidação das políticas públicas voltadas para a integração entre as três fases da assistência materno-infantil – pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 1998a, 2000a, 2000b, 2002c), a articulação entre a realização do pré-natal e a retaguarda hospitalar ainda é precária, visto o alto índice de evasão das mulheres de Camocim de São Félix para realização de procedimentos obstétricos e parto.

Os dados de evasão das gestantes de Camocim de São Félix apontam que o município, provavelmente, não está conseguindo garantir o parto de baixo risco no próprio território, fazendo com que as mulheres saiam do município em busca de uma maternidade para parir. Essa situação foi descrita por Tanaka (1995) que relatou que a mulher nessa condição muito provavelmente “perambule” por inúmeras instituições, antes de ser atendida, somando, portanto, um risco adicional ao parto.

A questão da falta de vínculo entre a assistência pré-natal e a do parto, deixando sob a responsabilidade da gestante conseguir a internação, a falta de acolhimento nas unidades e a falta de atendimento ambulatorial no final da gestação, no momento de maior probabilidade de intercorrências obstétricas foram descritas por estudo realizado por Serruya, Cecatti e Lago, 2004. São questões que precisam ser enfrentadas pelos gestores que buscam a humanização da atenção obstétrica, como forma de devolver a toda mulher o seu direito de ter garantido o atendimento que necessite no momento oportuno.

A não garantia da estrutura adequada de acolhimento das mulheres na hora do parto contribui para aumentar os riscos inerentes a essa situação. Considerando que esses riscos são influenciados por fatores políticos, econômicos e sócio-culturais que ampliam ou diluem o risco individual, passa-se a considerar a situação como de vulnerabilidade social (BUCHALLA; PAIVA, 2002).

No Mapa 6 podemos observar que as munícipes de Camocim de São Félix percorrem em média 61km a procura de assistência médica hospitalar (BRASIL, 2009). Diesfeld et al., 2000, ressaltou que a adequação do atendimento está associada à “superutilização” e “subutilização” dos serviços. Não raro pacientes de baixo risco são internadas em maternidades de maior complexidade (“superutilização”). Essa “superutilização” em geral é associada ao auto referenciamento, ou seja, pacientes buscam atendimento em maternidades de maior complexidade porque entendem que elas abrigam mais recursos, ou muitas vezes apenas porque são próximas do domicílio. A falta de um sistema de regulação e de referência, assim como a inexistência de protocolos clínicos, acaba fazendo com que as maternidades de alto risco fiquem sobrecarregadas, sendo muitas vezes incapazes de atender pacientes que realmente possuem alto risco obstétrico, comprometendo a qualidade destes serviços e gerando prejuízos à mãe e seu recém-nascido (AHMED et al, 2001; BÉTHUNE et al, 1997).



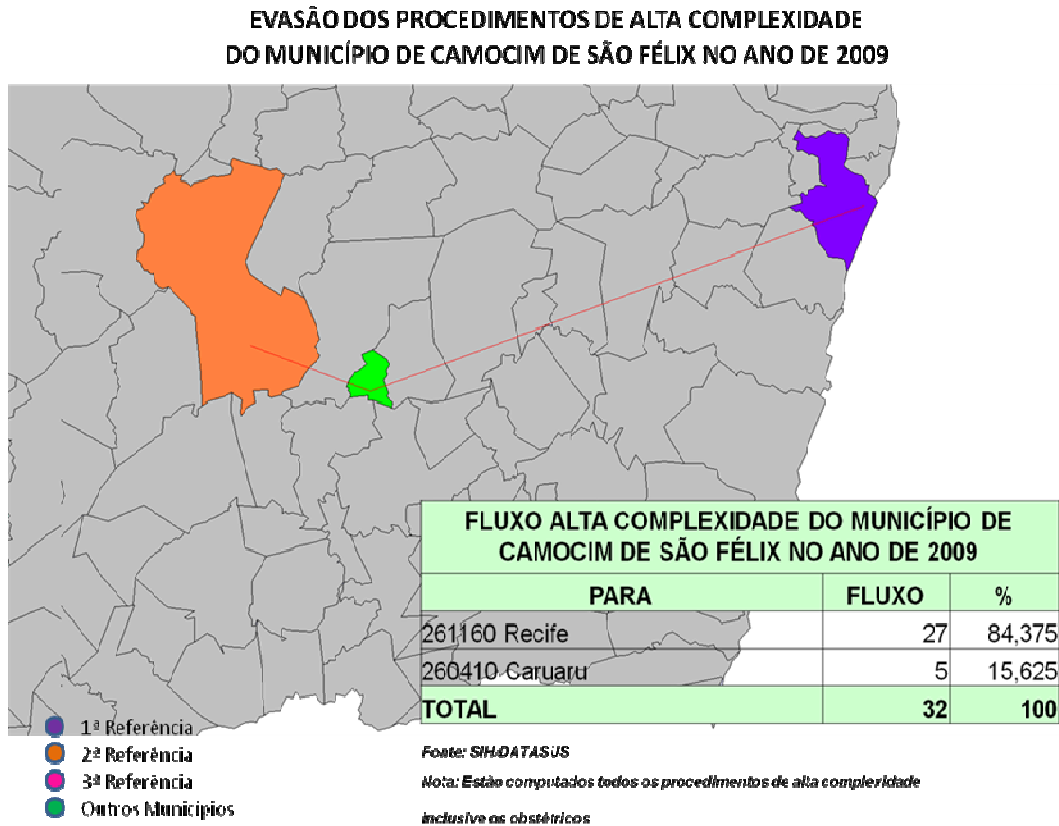
Mapa 6 - Municípios do estado de Pernambuco que são referência para atendimento dos municípios de Camocim de São Félix.
Fonte: SIH / DATASUS, 2010

Dados do BRASIL (2010) relatam que em 2009, o Hospital Jesus Nazareno, maternidade de referência da Macro-região Caruaru, que compreende 87 municípios, realizou 17 partos normais e 07 partos cesáreos em gestantes de Camocim de São Félix, números que retratam a “superutilização” do serviço de referência, já que o município de Camocim de São Félix conta com uma maternidade 24 horas.

Em relação à evasão em busca de atendimentos de alta complexidade os dados apontam que a 1ª referência de Camocim de São Félix fica concentrada na capital, Recife, com 84,4% e a 2ª referência é Caruaru, com 16% (Mapa 07).

O alto percentual de evasão para Recife em busca de atendimento de alta complexidade pode ser explicado pelo alto número de pacientes de baixo risco internadas no Hospital Jesus Nazareno, que por sua superutilização, termina não

conseguindo absorver os partos de maior complexidade, comprometendo assim sua missão.



Mapa 7: Evasão dos procedimentos de alta complexidade do município de Camocim de São Félix

Fonte: SIH/DATASUS, 2010

Nota: Estão computados todos os procedimentos de alta complexidade, inclusive obstétricos.

A situação da superutilização do serviço de referência está retratada na Tabela 5, que mostra que em 2009, o Hospital Jesus Nazareno realizou 17 partos normais e 07 cesáreos em mulheres do município de Camocim de São Félix. Em 2010, dos 16 partos realizados no Hospital Jesus Nazareno em mulheres oriundas de Camocim de São Félix, apenas 03 foram de gestantes de alto risco, sendo 01 normal e 02 cesáreos (PERNAMBUCO, 2010).

Tabela 5: Procedimentos obstétricos realizados no Hospital Jesus Nazareno em gestantes oriundas de Camocim de São Félix, 2009 e 2010

Procedimentos	2009	2010
Tratamento das intercorrências clínicas da gravidez	03	03
Parto normal	17	06
Parto normal em gestação de alto risco	00	01
Parto cesariano	07	07
Parto cesariano em gestação de alto risco	00	02
Curetagem pós abortamento/puerperal	09	03
TOTAL	36	22

Fonte: SIH/DATASUS (2010).

A discussão sobre a importância da assistência obstétrica envolve questões que estão relacionadas com a preservação da vida, tema abordado por Carvalho (1993), que destacou que a maioria dos óbitos neonatais e perinatais no Brasil, estão vinculadas a causas preveníveis, relacionadas ao acesso e a utilização dos serviços de saúde.

A Tabela 6, a seguir, descreve o número de óbitos de menores de 28 dias de idade na cidade de Camocim de São Félix, tendo sido registrados 5 óbitos em 2009.

O número de óbitos registrados foi acima da meta pactuada pelo município no Pacto da Atenção Básica, que era de 3 óbitos no ano (SES, 2010).

Tabela 6 - Óbitos de menores de 28 dias de idade, 2009

Mês	Acompanhamento Mensal – Nascidos vivos	Óbitos em menores de 28 dias (por 1.000 nascidos vivos)
Janeiro	18	1
Fevereiro	25	1
Março	11	0
Abril	12	0
Maio	14	1

Junho	10	2
Julho	12	0
Agosto	9	0
Setembro	18	0
Outubro	17	0
Novembro	8	0
Dezembro	8	0
TOTAL	162	05

Fonte: SIM/IV GERES

Além de outros motivos possíveis, esse número de óbitos, acima do esperado, poderia estar relacionado a não garantia da atenção obstétrica no próprio território, situação evidenciada pelo elevado número de mulheres que saem do município na hora do parto. McCormick et al, (1985) demonstrou que a redução da mortalidade perinatal, bem como a prevenção das seqüelas dos recém-nascidos originadas neste período, depende do pronto reconhecimento dos riscos da gravidez e da criança, além do acesso oportuno a serviços de saúde regionalizados e qualificados. Hartz (1996) e Wigglesworth (1980, 1994) destacaram a importância desse tipo de estudo para ajudar a avaliar a qualidade da atenção médica e o nível de organização da rede pública de saúde.

Outro destaque importante do estudo está relacionado ao percentual de cirurgias realizadas nas mulheres de Camocim de São Félix. Embora o Ministério da Saúde (2000a) tenha desenvolvido uma política pública visando reforçar diretrizes que preconizam que a atenção à saúde da mulher deve priorizar, entre outras ações, o estímulo ao parto normal, as informações apresentadas na Tabela 7, que descrevem o percentual de partos cesáreos realizados em mulheres de Camocim de São Félix, mostram um percentual que se mantém bastante elevado, acima do aceitável pela Organização Mundial de Saúde, que estabelece um patamar em torno de 15% como aceitável (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Tabela 7 – Percentual de Partos Cesáreos realizados, 1999 – 2009

Ano	Percentual de partos cesáreos
1999	22,1
2000	17,8
2001	21,9
2002	18,8
2003	27,5
2004	26,3
2005	28,2
2006	30,9
2007	37,6
2008	48,8
2009	44,1

Fonte: SINASC, 2010

Nota: Os dados de 2009 estão sujeitos a alteração.

Segundo Pinto (2006), o percentual de partos cesáreos quando acima do limite tecnicamente aceitável ou justificável denota menor qualidade na assistência às mulheres e aos recém-nascidos, já que a exposição a um procedimento cirúrgico desnecessário acarreta riscos adicionais às mães e seus bebês.

Pesquisas que analisaram a qualidade da atenção a saúde e a trajetória percorrida pelas pacientes demonstraram a inutilidade de classificar a gestante como de risco se o acesso da mesma à maternidade de referência não for garantido ou não ocorrer em tempo hábil (CARVALHO, 1993; CAMPOS, 2000; CARON, 2002).

Embora esse estudo não tenha se proposto a identificar os fatores que poderiam contribuir para aumentar os riscos de complicações naquelas gestantes que saem do município em busca de uma maternidade para parir, pesquisas realizadas por outros autores destacaram que dentre os motivos apontados como fatores de elevação dos riscos inerentes ao atraso no atendimento às gestantes, incluíram-se as longas distâncias a serem percorridas, a falta de um sistema de

transporte eficaz e a falta de um sistema de regulação e referenciamento adequados (LEAL, 2006 apud GROOT et al, 1993).

Apesar de o parto se tratar de uma urgência prevista, o fluxo da evasão de Camocim de São Félix aponta que embora o município tenha aderido a política do Ministério da Saúde, com a implantação de Hospital de Pequeno Porte (BRASIL, 2002d), o mesmo não vem garantindo a atenção ao parto de baixo risco no seu território, mostrando a baixa resolutividade da assistência, provavelmente decorrente de uma atenção desarticulada e fragmentada entre pré-natal e o parto, realidade comum em outras regiões, conforme demonstrado em pesquisa de Monteiro e Nazário (1995).

O cenário apresentado aponta para a necessidade de reorganização dos serviços visando à garantia do acompanhamento e do acolhimento das gestantes na hora do parto.

Segundo Merhy (1997) mudanças profundas na organização dos serviços só são viáveis sob a ótica de uma nova abordagem, na qual são analisados processos que operam efetivamente nos serviços, se escutam os ruídos que estão presentes, se tomam os conflitos como matéria-prima, e se propõe a explorar criativamente a potência do trabalho vivo - criador de brechas e de alternativas, de tecnologias leves e leves-duras - que cada trabalhador gera no encontro com os usuários e com outros trabalhadores.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A definição das referências, compostas a partir da identificação das unidades de assistência e os respectivos níveis de complexidade e resolutividade, os fluxos existentes e os propostos, são fundamentais para o estabelecimento das redes de atendimento que garantam o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde.

Quando se trata de assistência obstétrica então, o nível de organização dos serviços e o estabelecimento de redes são ainda mais prementes, considerando que a garantia de um parto tranqüilo e humanizado passa por um processo construído pelas mulheres e pelos profissionais de saúde, permeado por uma linha que começa na atenção básica e vai até a unidade hospitalar, onde a gestante deve ser acolhida no momento do parto.

É fundamental uma melhor hierarquização da rede, de forma que os centros de atenção primária tenham bem estabelecidos os serviços de pré-natal de alto risco e maternidades de alto e baixo risco para onde possam referenciar suas pacientes.

Em contrapartida, os serviços de pré-natal de alto risco e maternidades de referencia necessitam ter estabelecidos os postos de saúde e as maternidades de baixo risco para onde possam encaminhar as pacientes de baixo risco que receberem por demanda espontânea, diminuindo assim as taxas de “superutilização” dos serviços. Finalmente, as maternidades de baixo risco necessitam estar mais bem integradas com as maternidades de referencia para que pudessem encaminhar as gestantes de risco que recebessem.

Vale ressaltar que maternidades de baixo risco não podem funcionar adequadamente sem o apoio de um centro de referencia para onde possam ser transferidas as pacientes de risco. A colaboração entre esses dois níveis de atendimento, por meio de um sistema de referencia e contra-referencia eficaz, pode fortalecer ambas as partes, resultando em benefícios para as usuárias.

A concretização da humanização da atenção obstétrica passa pela valorização da atenção primária e pelo estímulo aos partos normais sem complicações. A implementação dos leitos obstétricos dos Hospitais de Pequeno Porte, a exemplo do Hospital de Camocim de São Félix que atendam as parturientes com baixa complexidade, exigindo pouca tecnologia em seu atendimento, poderia minimizar o quadro existente, já que as gestantes de risco seriam encaminhadas aos

hospitais de referência, equipados com aparelhagens de alta tecnologia e voltados para um atendimento mais complexo. É necessário, portanto que se identifique porque o hospital local não consegue garantir o parto das mulheres no território local.

Embora o estudo da evasão das gestantes do município de Camocim de São Félix em busca de assistência obstétrica, tenha permitido jogar luz sobre o fluxo percorrido pelas gestantes no momento do parto, as referências e a pouca resolutividade da atenção obstétrica no território municipal, ressaltamos que novos estudos são necessários para determinar as causas dessa evasão, a partir de fontes primárias, que envolva a escuta de gestores e das usuárias do sistema de saúde.

Como esse estudo se propôs especificamente a identificar a trajetória percorrida pelas mulheres em busca da assistência obstétrica, os partos não foram analisados separadamente em partos de baixo e alto risco, o que seria importante fazer em estudos posteriores, para ajudar a explicar o porquê de tão alta evasão das gestantes de Camocim de São Félix para outros municípios no momento do parto.

Considerando ser atribuição dos gestores de saúde garantir que a população tenha acesso a uma rede de assistência na área obstétrica e neonatal, que atenda de maneira não só qualificada, mais articulada em níveis hierárquicos e sabendo-se que o parto é uma urgência prevista, é preciso avançar na organização da sua assistência, garantindo as gestantes uma atenção hierarquizada e articulada do pré-natal ao parto.

O grande desafio que se coloca para os gestores e profissionais é como garantir de fato uma assistência humanizada ao parto, tornando esse momento uma experiência de crescimento e realização para a mulher. Para tanto é fundamental uma nova abordagem que estimule a participação ativa da mulher e seu acompanhante, que priorize a presença constante do profissional junto à parturiente, que preconize o suporte físico e emocional, e o uso de novas técnicas de cuidado que permitam o alívio da dor.

REFERÊNCIAS

AHMED, Y et al. Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referrals systems. **Health Policy Plan**, Rockville Pikev. 16, n. 4, p. 353-61, dec, 2001.

ALMEIDA, J. **Modelo de Gestão**. São Paulo: Igase, 1995.

ANDRADE, M. V. Políticas estaduais na área de saúde. In. MINAS GERAIS do século XXI. Belo Horizonte: Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais, BDMG, v. 8, p. 83 – 130, 2002.

ANDRADE, M. V; BOTEGA, L. A; RODRIGUES, R. N. **Distribuição Espacial das Internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2002**: utilização dos serviços de saúde e distância média percorrida pelos pacientes. Belo Horizonte: UFMG, 2006. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_496.pdf>. Acesso em: set de 2010.

BÉTHUNE, X; BROUWERE, V.D; LERBERGHE, W.V. Hospitals in sub-Saharan Africa: why we need more of what does not work as it should. **Trop Med Int, Health**, London, v. 2, n. 8, p. 799-808, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de Saúde da Mulher. **Assistência do planejamento familiar**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.818/GM/MS**. Institui o Programa de Apoio à Implantação de Sistema de Referência Hospitalar para o atendimento à Gestante de Alto risco – GAR. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.816/ GM/ MS**. Institui um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital. Brasília: Ministério da Saúde, 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 570/ GM/ SM**. Instituir o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/ GM/ SM**. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693/ GM/ SM**. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2000d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação do processo de instalação e execução dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento à gestante de alto risco**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – **SUS 01/02**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso – Método Mãe Canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituiu o **Programa Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.224/ GM/ SM**. Estabelece o Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699/ GM/ SM**. Instituiu o **Pacto pela Vida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUCHALLA, C. M; PAIVA, V. From understanding social vulnerability to a multidisciplinary outlook. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p.117-19, ago. 2002.

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

CAMPOS, T. P. et al. Mortalidade infantil no Rio de Janeiro, Brasil: áreas de risco e trajetória dos pacientes até os serviços de saúde. **Revista Pan Americana de Salud Pública**, Washington, v. 8, n.3, p. 164-171, 2000.

CARON, A. O. F.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 485-92, jul/ago, 2002.

CARVALHO, M. L. **Mortalidade neonatal e aspectos da qualidade da atenção a saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro em 1986-1987**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 1993.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Lat-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.105-111, 2005.

CECATTI, J. G.; LAGO, T. G.; SERRUYA, S. J. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, Jul./Set. 2004.

CHANES, M.; TEIXEIRA, G. G. As estratégias de humanização da assistência ao parto utilizadas por hospitais ganhadores do Prêmio Galba de Araújo: ações de mérito, ações premiadas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n.2, Abr./Jun. 2003.

CORRÊA, L. R. C. **Os hospitais de Pequeno Porte do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a segurança do paciente**. 2009. Tese (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2009.

CRÉMADEZ, M. et al. **Le management stratégique hospitalier**. 2^e éd. Paris: InterEditions; 1997.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, Jul./Set. 2005.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Jul./Set. 2005.

Diesfeld, H. D.; lang, M. D.; Jahn, A.; Shah, U. Maternity care in rural Nepal: a health service analysis. **Trop Med Int Health**, Belgium, v. 5, n. 9, p. 657-665, 2000.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**. Rockville Pike, v.114, p.1115-1118, 1991.

FLORENTINO, L. C et al. Elaborando e desenvolvendo padrões e critérios da qualidade na assistência perinatal. In: CIANCIARULLO, T. I; GUALDA D. M. R.; MELLEIRO, M. M. **Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal**. São Paulo: Ícone, 1998.

GALVAO, R. D. Modelos matemáticos de localização aplicados à organização espacial de unidades de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n. 2, p.422-434, 1999.

GROOT, A.; ROOSMALEN J.; SLORT W. Assessment of the risk approach to maternity care in a district hospital in rural. Tanzania: **Int J Gynecol Obstet**, 1993.

HARTZ, Z. M. A. Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do nordeste do Brasil: Indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 4, p.310-318, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Resultados da amostra do Censo Demográfico 2000: Malha digital do Brasil: situação em 2001**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

LEAL, M. C et al. Avaliação da perigração anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/ 2001. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-9, Março. 2006.

LÓPES, E. M.; UGÁ, M. A. D. Os Hospitais de Pequeno Porte e sua inserção no SUS. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-928, jul/ago, 2007.

MCCORMICK, M. C.; SHAPIRO, S.; STARFIELD, B. H. **The regionalization of perinatal services: Summary of the Evaluation of a National Demonstration Program**. JAMA, v. 253, p.799-803, 1985.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO. R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, p. 71-112, 1997.

MONTEIRO, C. A.; NAZÁRIO, C. L. Declínio da mortalidade infantil e equidade social: O caso da Cidade de São Paulo entre 1973 e 1993. In: **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil - A Evolução do País e de suas**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

OLIVEIRA, S. M. J. V et al. Tipo de parto? Expectativas das mulheres. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n.5, p. 667-674, Set/Out, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

PERMANBUCO. Secretaria Estadual De Saúde. **Caderno de Informações em Saúde**. Recife, 2009. Disponível em <<http://saude.pe.gov.br>>. Acesso em nov. 2010.

PINTO, A. M. R. V. **Avaliação do impacto da gestão descentralizada nos Sistemas Municipais de Saúde da Ibiapaba – Ceará, nos anos 1996 e 2005**. 2006. Tese (Mestrado em Planejamento e Políticas Públicas) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

POSNETT, J. "The hospital of the future Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care". **British Medical Journal**, Rockville Pike, n. 319, p. 1063–1065, 1999.

RODRIGUES, R. N; ALFRADIQUE, M. E. M. **Identificação e caracterização dos aglomerados de saúde do estado de Minas Gerais**. (mimeogr), 47p, 2001.

TANAKA, A. C. D. **Maternidade**: Um Dilema entre Nascimento e Morte. São Paulo: Editora Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002.

UGÁ, M. A. D. **Sistemas de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde**: uma proposta preliminar para a rede pública brasileira. Série Economia e Financiamento nº 4. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1994.

SILVA, L. C. F. P. **Conhecendo as expectativas das gestantes de Ermelino Matarazzo em relação ao parto**. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

WANDERLEY, K. L. **Uma análise das internações obstétricas e neonatais no estado de Alagoas, Brasil, 2000**. Tese (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde.) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

WIGGLESWORTH, J. S. **Monitoring perinatal mortality** - A pathophysiological approach. Lancet, Rockville Pike, v. 27, p.684-686, 1980.

WIGGLESWORTH, J. S. Classification perinatal deaths. **Soz Praventivmed**, London, v. 39, p.11-14, 1994.