



LUCIA KATHARINA RÖHR

**ASSISTÊNCIA AO PARTO EM PERNAMBUCO: DESIGUALDADES NA
DISPONIBILIDADE E DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE CUIDADOS
OBSTÉTRICOS E DA MORTALIDADE MATERNA E PERINATAL**

**RECIFE
2014**

LUCIA KATHARINA RÖHR

**ASSISTÊNCIA AO PARTO EM PERNAMBUCO: DESIGUALDADES NA
DISPONIBILIDADE E DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE CUIDADOS
OBSTÉTRICOS E DA MORTALIDADE MATERNA E PERINATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva - PPGISC, do Centro de Ciências da Saúde - CCS da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de mestre em saúde coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Thália Velho Barreto de Araújo

**RECIFE
2014**

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

R739a Röhr, Lucia Katharina.
Assistência ao parto em Pernambuco: desigualdades na disponibilidade e distribuição dos serviços de cuidados obstétricos e da mortalidade materna e perinatal / Lucia Katharina Röhr. – 2014.
76 f.: il.; tab.; gráf.; 30 cm.

Orientadora: Thália Velho Barreto de Araújo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2014.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Assistência ao parto. 2. Regionalização. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Mortalidade materna. 5. Mortalidade perinatal. I. Araújo, Thália Velho Barreto de (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2017-217)

LUCIA KATHARINA RÖHR

**ASSISTÊNCIA AO PARTO EM PERNAMBUCO: DESIGUALDADES NA
DISPONIBILIDADE E DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE CUIDADOS
OBSTÉTRICOS E DA MORTALIDADE MATERNA E PERINATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 26/08/2014

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. **Ana Bernarda Ludermir**
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. **Sandra Valongueiro Alves** (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. **Elias Ferreira de Melo Júnior** (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

REITOR

Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Ernani Rodrigues de Carvalhos Neto

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Nicodemus Teles de Pontes Filho

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA**

Thália Velho Barreto de Araújo

**VICE-COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA**

Heloisa Maria Mendonça de Moraes

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Albanita Gomes da Costa de Ceballos

Ana Bernarda Ludermir

Cristine Vieira do Bonfim

Heloisa Maria Mendonça Moraes

Marcelo Luiz Pelizzoli

Maria Beatriz Lisbôa Guimarães

Nilcema Figueiredo

Petrônio José de Lima Martelli

Ronice Maria Pereira Franco de Sá

Sandra Valongueiro Alves

Solange Laurentino dos Santos

Thália Velho Barreto de Araújo

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Ana Paula de Oliveira Marques

Márcia Carrera Campos Leal

Paulo Henrique Novaes Martins

Dedico essa dissertação à
Professora Luci Praciano Lima,
perda inestimável para a Saúde Coletiva,
e para todas as mulheres que peregrinam para o parto.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela dádiva da vida e de uma vida plena.

Aos meus pais, Gunde e Ferdi, que desde a infância me incentivaram a seguir estudando para alcançar novos horizontes. Obrigada Painho pelos conselhos e por me convencer a entrar logo no mestrado após a residência médica. Obrigada Mainha pelo apoio incondicional nas minhas decisões e pelo cuidado comigo sempre. Amo vocês.

Ao meu irmão e melhor amigo Lucas, pela solidariedade e carinho e por sua preciosa ajuda na revisão deste trabalho.

Ao meu esposo David, que encarou esse desafio junto comigo em um momento de tantas transformações em nossas vidas. Sua presença ao meu lado foi primordial.

Aos amigos e familiares que desculparam as minhas ausências nesse período.

Aos meus sogros, principalmente Dona Socorro, pelo cuidado comigo.

Aos amigos e colegas da obstetrícia do Hospital das Clínicas e do Hospital Barão de Lucena. Sem a colaboração, apoio e trocas de plantão não seria possível concluir esse trabalho. Assim como aos amigos do Centro Acadêmico do Agreste, por me encorajarem nessa jornada.

A minha orientadora, Thália Velho Barreto de Araújo, por ter me aceito como orientanda, pelas sábias contribuições, por ter tido a paciência de conciliar nossas agendas nada fáceis, e pela perspectiva de muitos trabalhos conjuntos futuros.

Ao professor Wayner Vieira de Souza, pela ajuda com as análises estatísticas.

Aos professores do PPGISC pelos novos conhecimentos e por ampliar meus olhares através da Saúde Coletiva.

A Moreira e a Isabel, pela disposição de ajudar prontamente em nossas solicitações.

Às amigas Hérika Dantas e Manuella Brayner, pela valiosa ajuda nessa dissertação junto à Secretaria de Saúde do Estado.

Ao amigo César Filgueiras, pela amizade e valorosa contribuição na confecção de todos os mapas desse trabalho. Espero que possamos continuar a trabalhar juntos.

A toda turma do mestrado 2012, a maior da história do PPGISC, em especial aos amigos Emerson, Isis, Juliano, Mariana e Vasco. Vocês entraram para sempre na minha vida.

Finalmente, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste trabalho. Meus sinceros agradecimentos!

RÖHR, Lucia Katharina. **Assistência ao parto em Pernambuco: desigualdades na disponibilidade e distribuição dos serviços de cuidados obstétricos e da mortalidade materna e perinatal.** Dissertação, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

RESUMO

A rede de atenção obstétrica deve estar organizada de forma a evitar deslocamentos desnecessários por ocasião do parto e garantir acesso, diminuindo assim mortalidade materna e perinatal. O objetivo desse estudo é descrever a distribuição dos partos dos nascidos vivos no Estado de Pernambuco de 2010 a 2012, sua relação com a estrutura da rede de atenção obstétrica bem como a mortalidade materna e perinatal. Para tanto foram investigados os municípios de residência da mãe e de ocorrência do parto; descrita a rede de atenção obstétrica; construídos mapas temáticos da mortalidade materna e perinatal e mapas de fluxo dos deslocamentos para o Recife. No período, 61% dos partos do Estado ocorreram na Macrorregional de Saúde I, que reúne grande parte da rede de assistência obstétrica. No interior, a rede se concentra em alguns municípios de maior porte. Os resultados mostram que a desestruturação da rede obstétrica acarreta no desrespeito do direito da mulher de saber com antecedência o local do parto. A mortalidade materna e perinatal são desigualmente distribuídas pelo Estado, assim como a rede de atenção obstétrica. Estratégias de regionalização da assistência ao parto são ainda insuficientes para corrigir desigualdades no acesso aos serviços de saúde por ocasião do parto.

Palavras-chave: Assistência ao Parto. Regionalização. Acesso aos Serviços de Saúde.

Mortalidade Materna. Mortalidade Perinatal.

RÖHR, Lucia Katharina. **Obstetrical assistance in Pernambuco: inequalities in the availability and distribution of obstetric health services and of maternal and perinatal mortality.** Master's Dissertation, Postgraduate Integrated Program in Public Health – Federal University of Pernambuco, 2014.

ABSTRACT

The obstetric care network should be organized in a manner to avoid unnecessary displacements for childbirth and access should be guaranteed to every patient, diminishing maternal and perinatal mortality. The aim of this study is to describe the distribution of live born parturitions in the state of Pernambuco, Brazil, from 2010 to 2012, its relation with obstetric care network, as well as maternal and perinatal mortality. Therefore, we evaluated the residence municipalities of mothers and birth occurrence, described the obstetric care network, and built maternal and perinatal mortality thematic maps and flux maps of the displacements to Recife. During the period analyzed, 61% of the births in Pernambuco took place in the First Health Macroregion, which embraces a great part of the obstetric care network. At the other Macroregions, the network is agglomerated in some larger municipalities. The mother and perinatal mortalities are unequally distributed throughout the state, as well as the obstetric care network. This disruption of the obstetric network leads to disrespecting the right of women to know beforehand the place of childbirth and creating bonds with it. Regionalization strategies of parturition care are still insufficient to avoid disproportional access to health care services for birth occasions.

Key words: Birth. Regional Health Planning. Health Services Accessibility. Maternal Mortality. Perinatal Mortality.

LISTA DE GRÁFICOS

ARTIGO 2

- Gráfico 1** Total de NV de mãe residentes por GERES nos anos de 2010 a 2012 no Estado de Pernambuco, NV que nasceram na própria GERES de residência da mãe e total de nascimentos ocorridos por GERES. 42
- Gráfico 2** Expectativa de internações em obstetrícia, por ano, no Estado de Pernambuco segundo a população de 2010 em cada GERES (IBGE, 2010), número de NV filhos de mães residentes e NV de mães residentes ocorridos na própria GERES de residência da mãe. 42
- Gráfico 3** Expectativa da necessidade de leitos obstétricos por GERES segundo a população da GERES no ano de 2010 (IBGE, 2010) e o total de leitos obstétricos existentes por GERES segundo o CNES em 2012. 43
- Gráfico 4** Necessidade de médicos anestesistas de acordo com população de cada Macrorregional no ano de 2010 (IBGE, 2010) e anestesistas atuantes em cada Macrorregional segundo o CNES em 2012. 44
- Gráfico 5** Porcentagem de existência, segundo o CNES em 2012, de leitos obstétricos, médicos obstetras, médicos anestesistas e leitos de UTI adulto em relação às necessidades dos mesmos de acordo com a população de cada Macrorregional no ano de 2010 (IBGE, 2010) e porcentagem da existência de leitos de UTI neonatal em relação aos necessários segundo os Nascidos Vivos de cada Macrorregional. 45

LISTA DE FIGURAS

DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS

Figura 1	Divisão do Estado de Pernambuco em doze Gerências Regionais de Saúde e seus municípios sede, 2014.	26
-----------------	--	----

LISTA DE MAPAS

ARTIGO 2

Mapa 1	46
Mapa 2	48
Mapa 3	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Divisão do Estado de Pernambuco em doze Gerências Regionais de Saúde, seus municípios sede e as Macrorregionais de Saúde às quais pertencem, 2014.	26
Tabela 2	Divisão do Estado de Pernambuco em suas quatro Macrorregionais de Saúde, a GERES que as compõem e seus municípios sede, 2014.	27
Tabela 3	Variáveis analisadas no estudo divididas em estrutura disponível, profissionais disponíveis e população residente, definição e dimensões das variáveis.	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CMNP	Coefficiente de Mortalidade Neonatal Precoce
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
GERES	Gerência Regional de Saúde
HEMOPE	Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NV	Nascido Vivo
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SMR	Standard Mortality Ratio
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	MARCO TEÓRICO.....	16
2.1	Acesso aos serviços de saúde para o parto.....	16
2.2	Redes de atenção obstétrica.....	19
2.3	Assistência obstétrica segura e os direitos das gestantes.....	21
2.4	Mortalidade materna e perinatal.....	23
3	DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS.....	25
3.1	Tipo de estudo.....	25
3.2	Local do estudo.....	25
3.3	População do estudo.....	27
3.4	População elegível.....	27
3.5	Critérios de inclusão.....	28
3.6	Critérios de exclusão.....	28
3.7	Variáveis.....	28
3.8	Coleta de dados.....	29
3.9	Análise dos dados.....	30
3.9.1	Artigo 1.....	30
3.9.2	Artigo 2.....	31
3.10	Aspectos éticos	32
3.11	Riscos e Benefícios.....	33
4	ARTIGOS.....	34
4.1	ARTIGO 1 – Assistência ao parto e inadequação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco.....	34
4.2	ARTIGO 2 – Assistência ao parto em Pernambuco: desigualdades na disponibilidade e distribuição dos serviços de cuidados obstétricos e da mortalidade materna e perinatal.....	35
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
	REFERÊNCIAS.....	56
	APÊNDICES.....	60
	Apêndice A – Artigo 1 – Assistência ao parto e inadequação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco.....	60
	Apêndice B – Tabelas com correlações entre mortalidade e estrutura... 	69
	ANEXOS.....	73
	Anexo A – Declaração de Nascido Vivo e Declaração de Óbito.....	73
	Anexo B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE.....	75

1 INTRODUÇÃO

Com a transição demográfica e epidemiológica no Brasil, houve, a partir da década de 1970, um declínio contínuo na taxa de fecundidade do país e conseqüentemente, queda da natalidade. A queda na mortalidade geral e infantil acarretou no maior envelhecimento da população (MEDRONHO, 2009).

Apesar da queda na mortalidade infantil, principalmente na última década, o Brasil ainda se encontra distante de cumprir as metas do milênio da Organização Mundial da Saúde (OMS) de redução da mortalidade infantil e materna. Ocorreram avanços em relação às mortes imunopreveníveis e por doenças diarreicas, porém, o componente neonatal, principalmente o neonatal precoce, continua elevado. Esse índice está diretamente relacionado com a assistência dada às mulheres no pré-natal e parto, assim como com os cuidados aos recém-nascidos. A mortalidade materna, que é considerada evitável na imensa maioria dos casos através de melhoria da assistência à saúde, ainda é elevada no nosso meio (ONU, 2000).

O cenário do nascimento no Brasil nos últimos anos apresenta-se com um aumento alarmante do número de partos cesarianos, tanto no setor privado, quanto no setor público. Em conjunto com esse fato, observa-se um aumento da prematuridade, que aumenta a morbimortalidade dos recém-nascidos (LEAL et al., 2012). Dentro desse contexto, aumenta o movimento de mulheres a partir da sociedade civil organizada para a humanização do nascimento e a autonomia da mulher sobre o seu corpo. Reivindica-se a redução de intervenções e procedimentos obstétricos desnecessários, entre eles a cesariana agendada sem indicação precisa.

Como resposta às ainda elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal, foi lançada em 2011 a estratégia governamental Rede Cegonha em todo o território nacional. Além do objetivo de diminuir esses índices, a Rede Cegonha está fundamentada no princípio da humanização do nascimento, através de melhorias no pré-natal, vinculação da gestante ao serviço onde ocorrerá o parto, boas práticas no momento do parto, redução das taxas de cesarianas e acompanhamento do recém-nascido até o segundo ano de vida (BRASIL, 2011).

Além disso, foi também realizada, a partir de solicitação do Ministério da Saúde e financiamento do CNPq, a Pesquisa Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento, que investigou determinantes, magnitude e efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo as cesarianas, além das complicações médicas no puerpério e período neonatal.

Essa pesquisa traz indícios da necessidade de mudanças na assistência materno-infantil no país (LEAL, et al, 2014).

Dentro desse panorama, observa-se no Estado de Pernambuco uma regionalização ainda frágil em relação à rede de assistência ao parto, com grandes diferenças regionais. São frequentes as denúncias na mídia de superlotação das maternidades, principalmente na capital, Recife. Ainda ocorre uma peregrinação das mulheres no momento do parto em busca de uma maternidade, seja de risco habitual ou de alto risco. Principalmente porque os leitos obstétricos e equipes obstétricas completas são distribuídos desigualmente pelo Estado, estando muito mais concentrados na região metropolitana do Recife e em municípios de maior porte no interior (VALONGUEIRO, 2008). Essa desestruturação da rede está na contramão das duas principais linhas de ação da estratégia Rede Cegonha, humanização e assistência.

Com o intuito de evidenciar a desestruturação da rede de atenção ao parto no Estado de Pernambuco, foi investigada a distribuição dos nascimentos dos nascidos vivos de mulheres no Estado e a ocorrência do parto em sua regional de saúde de residência. Foi também investigada a distribuição da mortalidade materna e perinatal no Estado. Na proximidade da capital, ocorrem os menores índices de mortalidade, apesar de ser a região que mais concentra os nascimentos do Estado e apresenta problemas de superlotação dos serviços. Os maiores índices de mortalidade estão concentrados no interior do Estado, onde há menor disponibilidade de serviços.

A melhora da atenção ao nascimento no Estado passa tanto pela humanização do nascimento, dando à mulher o direito de saber onde irá parir, quanto pela ampliação da rede de assistência obstétrica e neonatal, dentro da lógica da regionalização e com melhora na distribuição da mesma pelo Estado de Pernambuco.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Acesso aos serviços de saúde para o parto

Existem diversos motivos para dificuldades de acesso ao parto: distâncias geográficas por distribuição desigual dos leitos no Estado, falta de UTIs neonatais e obstétricas em número adequado, oferta desigual da qualidade dos serviços de saúde, entre outros. As dificuldades de acesso ao parto, e consequentes peregrinações em busca deste acesso, aumentam a vulnerabilidade da mãe e do concepto (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012). Estudo sobre mortalidade materna, realizado no município de São Paulo em 1989, concluiu que, na maioria dos casos, as principais causas dos óbitos estavam associadas a problemas de assistência durante a gestação, o parto e o puerpério, quer por ausência ou deficiência na qualidade da atenção prestada. Os fatores que mais contribuíram foram: peregrinação por assistência, perda do momento “ideal” para o atendimento e problemas relacionados à assistência ao parto (TANAKA, 1995).

Os deslocamentos para o parto não afetam apenas a mortalidade materna. Outro estudo analisando o deslocamento de gestantes dos seus municípios para o local de parto em todo o território brasileiro, evidenciou que o maior deslocamento intermunicipal é um fator de risco para a mortalidade infantil, aliado à desigualdade de oferta de serviços qualificados e à falta de articulação/integração entre o atendimento ambulatorial (principalmente a atenção básica de saúde) e os serviços de assistência ao parto (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012). Segundo Almeida (2012), a realização de estudo do deslocamento geográfico para o parto pode fornecer contribuições relevantes ao problema de redução da mortalidade infantil no Brasil (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012).

A distribuição espacial dos serviços de saúde e de sua clientela é uma análise importante para o planejamento na saúde. Existe uma concentração de serviços em determinadas áreas e escassez em outras. Assim, pessoas que residem mais próximas aos serviços tem mais facilidade de acesso do que as que residem distantes. Através do estudo do fluxo de pacientes é possível identificar problemas de acesso, como áreas com poucos serviços, ou oportunidades de desconcentração e regionalizações alternativas, melhorando a atenção a saúde da população daquela área estudada (MELO et al, 2007).

Estudo realizado em 2000 no Rio de Janeiro analisou os deslocamentos de gestantes do seu local de residência aos locais de ocorrência dos seus partos. Foi observado que o fluxo das parturientes apontava no sentido das regiões mais ricas da cidade, ligando as pacientes que

residiam em áreas de baixa renda para áreas onde se encontravam melhores e maiores ofertas de serviços de saúde, sendo observados deslocamentos por grandes distâncias. Caso houvesse uma boa distribuição geográfica dos serviços de saúde os mapas apresentariam um padrão de deslocamentos curtos entre regiões administrativas vizinhas (CAMPOS; CARVALHO, 2000). Melo e colaboradores (2007), no mesmo município, evidenciaram que nos nascimentos vinculados ao SUS a utilização dos serviços diminui à medida que aumentam as distâncias a serem percorridas pelos que demandam atendimento (MELO et al, 2007).

Em última análise, os problemas de acesso geográfico refletem as falhas na integração e articulação entre os setores de saúde. A assistência obstétrica no Estado de Pernambuco é muitas vezes desarticulada e fragmentada (ARAÚJO; PONTES; PONTES, 2011). As atividades de atenção básica e hospitalares deveriam ser complementares e terem continuidade, porém esta referência raramente ocorre, apesar do parto ser um evento previsível. Por essa falta de vínculo da gestante com um serviço, a mesma geralmente não recebe assistência ao parto no primeiro serviço que procura (COSTA et al, 2007) levando à peregrinação para o parto. Os leitos especializados para recém-nascidos, UTI neonatal e berçários intermediários, de forma geral, existem em número bem aquém do necessário no Brasil. Segundo pesquisa do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) realizado em 1998, foi estabelecida uma necessidade de três leitos de unidade intermediária e um leito de UTI neonatal para cada mil nascidos vivos. Nenhum Estado do país chega a esses valores, além do que, houve aumento no nascimento de prematuros nos últimos anos (MENEZES et al, 2006). Estudo realizado no Rio de Janeiro em 1999/2000 demonstrou que 1/3 das puérperas entrevistadas buscou assistência em mais de uma maternidade e que quase 70% destas foram mandadas para outro estabelecimento por falta de vagas, sendo que apenas 1/5 delas em ambulâncias e todas as demais precisaram se deslocar por meios próprios (MENEZES et al, 2006).

Estudo realizado com puérperas adolescentes no Rio de Janeiro em 2010 concluiu que o acesso ao serviço foi considerado insatisfatório em 36,6% dos casos e 20,7% das puérperas passaram por mais de uma unidade de saúde para parir. Por conta dessa alta recusa constatada no primeiro serviço procurado, os autores sugerem, para melhorar o acesso aos serviços de assistência ao parto, a melhor hierarquização da rede, garantindo a funcionalidade da referência e da contra-referência e a comunicação entre as maternidades (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS, 2010).

Quando não existe adequação do atendimento em relação ao risco da paciente e complexidade do serviço pode ocorrer uma “superutilização” de serviços de alto risco. Pacientes de baixo risco procuram maternidades de maior complexidade por acharem que tais

serviços têm mais recursos ou simplesmente por estarem mais próximas aos seus domicílios. Essas maternidades ficam sobrecarregadas e muitas vezes ficam incapazes de atender às pacientes que apresentam realmente alto risco obstétrico, comprometendo a qualidade da assistência para estas. Um sistema eficaz de regulação e referência, assim como protocolos clínicos de avaliação de risco, minorariam estes casos (MENEZES et al, 2006).

Os estudos sobre a avaliação de risco e da necessidade de transferência remetem ao estudo de Philpott e Castle em 1972. Baseados na descrição de E. A. Friedman em 1954 da dilatação cervical normal e sua representação gráfica, os autores propuseram em seus estudos o uso da linha de alerta e ação no partograma. Essa representação gráfica possibilitaria às parteiras a identificação precoce de parto obstruído e desproporção céfalopélvica, possibilitando assim a transferência das pacientes em tempo hábil para um hospital de melhor estrutura. Assim foi observada redução de hemorragia pós-parto, ruptura uterina e mortes maternas. A linha de alerta possibilitava um período de segurança de quatro horas para esse deslocamento (PHILPOTT; CASTLE, 1972). Ainda hoje é obrigatório o uso do partograma em todas as maternidades brasileiras, porém também se faz necessária uma adequada classificação de risco na chegada da paciente às unidades e no decorrer da evolução do trabalho de parto.

Muito se argumenta a respeito do baixo número de leitos de alto risco obstétrico. Segundo Parmanum (2000), a obstetria de alto risco e cuidados intensivos neonatais são serviços de alto custo e baixo volume de atendimentos. Assim, gestores da saúde mundialmente concordam que os serviços perinatais especializados devem ser organizados para fazer uso máximo dos recursos disponíveis. Sob essa ótica, está implícito que nos serviços existentes deve ser mantida uma elevada taxa de ocupação de leitos e que podem ser admitidas algumas transferências de gestantes, recém-nascidos ou ambos, para melhor uso dos recursos. Porém, alguns deslocamentos não deveriam ocorrer. No Reino Unido, dois tipos de transferências são consideradas má prática: mulheres e recém-nascidos não devem viajar para além do centro de referência mais próximo e centros terciários não devem transferir suas próprias pacientes e/ou RNs de alto risco (PARMANUM et al, 2000).

A busca de pacientes das periferias para os grandes centros onde há maior concentração de serviços de saúde, principalmente quando as pacientes são de alto risco, necessitando de estabelecimentos de alta complexidade como UTI adulto e neonatal, unidades transfusionais, entre outros, é denominado de “peregrinação anteparto” (MENEZES et al, 2006). A organização da rede de atenção obstétrica, com hierarquização dos níveis de complexidade, sistema de comunicação e transporte adequados, tem potencialidade para a diminuição desta peregrinação com prováveis impactos sobre a morbimortalidade materna e neonatal, visto que

o maior deslocamento intermunicipal mostrou-se fator de risco para a mortalidade infantil, aliado à desigualdade de oferta de serviços qualificados e à falta de articulação entre o atendimento ambulatorial e a assistência ao parto (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012).

2.2 Redes de atenção obstétrica

A descentralização é uma das diretrizes do SUS. O Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006) define a regionalização como eixo estruturante da gestão que deve orientar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre gestores. Esse sistema regionalizado, em rede horizontal, deve apresentar ações integradas de atenção, liderado pela atenção básica, e deve ser autossuficiente em atenção à média complexidade em seu território regional.

Dentro dessa rede de atenção obstétrica, o papel do município é prestar os serviços de primeiro contato, garantir assistência à gestante e ao parto de baixo risco, e conduzindo a usuária em todas as linhas de cuidado existentes na rede. Desta forma o município desempenha um papel primordial na manutenção do sistema como rede integrada. O âmbito de maior complexidade, que incorpora maior tecnologia e serviços especializados, deveria receber e absorver apenas uma pequena demanda epidemiológica (SANTOS; CRUZ; SILVA, 2011).

No Brasil são recentes e ainda incipientes as iniciativas no sentido da regionalização da assistência perinatal. A assistência pré-natal, realizada na maioria das vezes na atenção primária nas Unidades de Saúde da Família, tem ampla cobertura. Já a rede de assistência ao parto ainda é insuficiente para a distribuição e demanda populacional. Assim, se não houver uma regionalização coerente, ocorre um fluxo desordenado de gestantes em busca de atendimento nas unidades de referência, o que gera uma peregrinação de mulheres em busca de um local para o parto. Fato que poderia ser amenizado com uma melhor distribuição geográfica dos serviços nas localidades e um sistema de referência e contra-referência mais eficiente (CUNHA et al, 2010).

Estudo realizado em Garanhuns – PE em 2011 verificou uma demanda maior que esperada para o nível de maior complexidade de atenção obstétrica, evidenciando o não cumprimento dos municípios de suas funções de atenção básica às gestantes. A falta de permanência das pacientes nas unidades de baixa complexidade dos seus respectivos municípios prejudica o funcionamento da rede como um todo, causando superlotação nos serviços de alta complexidade e baixas taxas de internamentos nas instituições de risco habitual. A sobrecarga nas unidades de média e alta complexidade compromete a qualidade da

assistência prestada às gestantes nestes serviços, que muitas vezes acabam reencaminhando essas pacientes que peregrinam entre serviços procurando um local para os seus partos (SANTOS; CRUZ; SILVA, 2011).

Ainda assim, algumas transferências ocorrem porque na organização das redes de atenção obstétrica não se justifica, em termos financeiros e operacionais, a existência de serviços de atenção ao parto em todos os municípios. Segundo critérios internacionais, não deveriam existir serviços específicos de assistência ao parto que realizam abaixo de 300 partos por ano, a não ser em municípios de acesso muito difícil (SCHRAMM et al, 2002).

Um estudo realizado no município de Surubim, Pernambuco, evidenciou outro exemplo da desestruturação da rede e dos serviços de atenção obstétrica. Os pesquisadores encontraram uma maternidade pública construída, com prédio próprio, que não funciona. Os leitos obstétricos disponíveis na cidade estão localizados em hospitais gerais, menos apropriados para o momento do parto, sendo um público e um filantrópico (ARAÚJO; PONTES; PONTES, 2011).

A rede regionalizada foi regulamentada através do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite em 2004, que define diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal. O município deve garantir o atendimento e cadastramento de todas as gestantes, garantido encaminhamento a níveis de maior complexidade se necessário, assegurando o acompanhamento e assistência à gestante desde a porta de entrada (Unidade de Saúde da Família) até o final do puerpério (BRASIL, 2004). Essa rede de assistência à gestante em Pernambuco está longe de atingir seus objetivos, pelo não cumprimento das pactuações assumidas pelos municípios, pela deficiente estruturação dos serviços e consequente aumento da demanda por atendimentos em unidades de referência de alto risco em sedes regionais (SANTOS; CRUZ; SILVA, 2011).

Além da estruturação dos serviços, também deve ser garantido transporte de qualidade e segurança para as mulheres. A garantia do transporte das gestantes, tanto de seu domicílio para o serviço de saúde, quanto entre diferentes serviços por motivo de transferência, é obrigação do SUS. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal instituída pela portaria nº 1.067 (BRASIL, 2005) estabelece uma rotina no transporte de pacientes. Segundo esta política, deve ser assegurado no âmbito regional/municipal o transporte para gestantes em situação de risco, hospitalizadas ou não, respeitando o direito ao acesso, a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. Como garantia de sua efetivação, deve ser utilizada a regulação regional das urgências e emergências – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Regional (CARVALHO, 2011).

Ainda se faz necessário, segundo Cunha (2010), uma melhor interação entre os serviços de pré-natal e parto, assim como o aumento do número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva e Unidades Intermediárias Neonatais disponíveis. Em estudo realizado em São Luís, Maranhão, foi identificado que das pacientes estudadas 40,6% receberam atendimento após terem percorrido mais de um serviço de saúde. Em 60% dos casos, o motivo foi a não disponibilidade de leitos. Os autores reforçam a importância de uma central de vagas que tenha um controle sempre atualizado das unidades com leitos disponíveis (CUNHA et al, 2010).

Segundo Araújo (2011), os territórios regionais do Estado ainda não são autossuficientes em atenção de média complexidade, o que só pode ser atingido a partir da integralidade da atenção garantida através de uma rede horizontal, coordenada pela atenção primária à saúde (ARAÚJO; PONTES; PONTES, 2011). As Macrorregionais de Saúde devem atender integralmente aos casos de alto risco. Os partos de risco habitual configuram 85% dos partos, enquanto os de alto risco correspondem a 15% do total (BRASIL, 2011).

Em Pernambuco, no ano de 2007, foi implantado o Programa Mãe Coruja para a diminuição dos deslocamentos para o parto e, conseqüente, redução da morbimortalidade materna e infantil (PERNAMBUCO, 2007). Já em âmbito nacional, para melhorar a atenção a mulheres e seus recém-nascidos, foi lançada pelo Ministério da Saúde, em 2011, a estratégia Rede Cegonha, operacionalizada pelo SUS e fundamentada nos princípios da humanização e da assistência. Ela propõe-se a ampliar o acesso, o acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; garantir transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto; vincular a gestante à unidade de referência para assistência ao parto; realizar o parto e nascimento seguros através de boas práticas; garantir o acompanhante no parto de livre escolha da gestante; atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses; acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011). A Rede Cegonha ainda está em processo de implementação no Estado de Pernambuco, sendo necessários estudos sobre os impactos da mesma sobre os deslocamentos das gestantes para o parto.

2.3 Assistência obstétrica segura e os direitos das gestantes

Organizações internacionais, principalmente a OMS, vêm aprimorando definição de requisitos mínimos para uma assistência obstétrica segura. A presença dessas funções essenciais tem sido usada em estudos que demonstram a habilidade dos serviços de saúde em responder de forma eficaz às principais complicações obstétricas na atenção básica e especializada. Em 1986, foi publicado pela OMS o relatório “Funções essenciais obstétricas no

primeiro nível de referência”, no qual foram estabelecidos indicadores básicos que deveriam ser supridos por hospitais. Essas funções tinham como foco o tratamento de emergência de complicações (cirurgias obstétricas, anestesia, transfusão sanguínea, procedimentos manuais), mas também incluíam uma função de monitoramento (uso do partograma), preventiva (planejamento familiar, que evita a gravidez não desejada e conseqüentemente suas complicações) e emergencial de recém-nascido (ressuscitação neonatal) (GABRYSCH et al, 2012).

A diretriz das Nações Unidas de 1997, reformulada em 2009, que orientou as funções essenciais para cuidados obstétricos de emergência, deu ênfase mais direta para oito funções essenciais que são tratamentos para as cinco principais causas de mortalidade materna (hemorragia, doenças hipertensivas da gestação, sepse, parto obstruído e aborto inseguro). Os cuidados de emergência foram classificados em básico e complexo, sendo a diferença entre eles a capacidade de realização de parto cesariano e transfusão sanguínea (WHO; UNICEF; UNFPA, 1997). Em Pernambuco, a Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE) conta com dez unidades hemoterápicas distribuídas pelo Estado, sendo uma em cada Gerência Regional de Saúde (GERES) (HEMOPE, 2014). O funcionamento adequado destas unidades qualificaria o município sede da GERES como de cuidados obstétricos complexos. Porém, nessas recomendações internacionais sobre funções essenciais obstétricas não são citados os leitos de UTI neonatais e maternos, que para parâmetros nacionais, deveriam existir em todas as Macrorregionais de Saúde do Estado.

Gabrysch e colaboradores (2012) ressaltam que pouca atenção é dada nesses indicadores para os cuidados de rotina das mães e recém-nascidos, que podem ser salvadores de vida por prevenirem complicações e levarem a intervenções precoces antes do desenvolvimento de complicações ameaçadoras à vida. A abertura dos serviços durante 24h em todos os dias da semana, profissionais de saúde treinados e em quantidade adequada, possibilidade de transferência para serviços de maior complexidade, assim como suprimento de energia elétrica e água potável são indicadores sugeridos para os serviços. Também não se pode desconsiderar a importância do planejamento familiar, pré-natal, cuidados no nível comunitário e outras intervenções sociais, para a redução da mortalidade materna e neonatal (GABRYSCH et al, 2012).

O acompanhamento de qualidade durante o pré-natal, parto e puerpério é um direito da gestante garantido por lei, havendo uma vasta legislação que regulamenta o atendimento à gestante no Sistema Único de Saúde (SUS). O direito ao acompanhamento pré-natal, por exemplo, deve ser assegurado de forma gratuita pela Secretaria Municipal de Saúde segundo o

Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000) (BRASIL, 2000). Segundo a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, a gestante também tem o direito de conhecer antecipadamente o hospital onde será realizado seu parto (BRASIL, 2007). Essa integração da assistência à gestante (pré-natal, parto e puerpério), geralmente não acontece de forma efetiva. O pré-natal muitas vezes acaba sendo realizado sem retaguarda hospitalar (CAMPOS; CARVALHO, 2000).

Ainda em relação ao serviço de saúde que presta assistência à gestante, no momento do parto e pós-parto, a gestante tem direito a um acompanhante: companheiro, mãe, irmã, amiga ou outra pessoa segundo a Portaria nº 2.418 de 2 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005). Além disso, após o parto, a mãe e o recém-nascido têm direito a ficarem juntos no mesmo quarto, denominado alojamento conjunto (Portaria nº 1.016 de 26 de agosto de 1993). A assistência humanizada ao binômio mãe-bebê melhora o vínculo entre estes, diminuindo risco de mortalidade infantil, como, por exemplo, melhorando a aderência ao aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 1993). Além dos direitos das gestantes garantidos dentro do SUS, existem também direitos sociais e trabalhistas garantidos às gestantes, como prioridade em filas, estabilidade no emprego e licença maternidade, entre outros (CLT, 2008).

2.4 Mortalidade materna e perinatal

A diminuição da mortalidade materna e infantil está entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU). Dos oito ODM, dois estão diretamente ligados à saúde materno-infantil: reduzir em dois terços em relação a 1990 a mortalidade de crianças menores de 5 anos; reduzir em três quartos a razão de mortalidade materna e atingir acesso universal à saúde reprodutiva (ONU, 2000).

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) estima o risco de morte de mulheres ocorrida durante a gravidez, o aborto, o parto ou até 42 dias após o parto, atribuída a causas relacionadas ou agravadas pela gravidez, pelo aborto, pelo parto ou pelo puerpério ou por medidas tomadas em relação a elas. A RMM corrigida para 1990 no Brasil era de 143,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos e em 2011 de 64,8 (DATASUS, 2014). No Estado de Pernambuco estão sendo investigadas as mortes maternas tardias, que acontecem de 42 dias até um ano de puerpério. Essa inclusão representa um ganho de 17,6% na RMM (BRAYNER, 2011).

As mortes maternas podem ser classificadas em obstétricas diretas e indiretas. A direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devido às intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer

dessas causas. Exemplos dessas seriam a pré-eclâmpsia e eclâmpsia, aborto, hemorragia, infecções, entre outras. A morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devido às causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Como exemplos podem ser citados o HIV, cardiopatias, doenças do colágeno, hipertensão pré-existente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Com a melhora da assistência ao parto existe uma tendência de diminuição das mortes obstétricas diretas e elevação relativa das indiretas. Para a diminuição dessas mortes é necessária uma melhoria do sistema de saúde como um todo, mas principalmente da assistência pré-natal de alto risco.

A mortalidade infantil apresentou uma queda significativa no Brasil desde 1990. Naquele ano, a mortalidade foi de 47,1 óbitos por mil nascidos vivos, tendo como meta reduzir esse número para 17,9 óbitos, ou menos, por mil nascidos vivos em 2015. As causas da mortalidade infantil no Brasil se alteraram ao longo das últimas décadas. A redução das doenças infecciosas está relacionada a imunoprevenção e a redução de óbitos por diarreia, visto que essas patologias que afetam mais o período pós-neonatal. Proporcionalmente, cresceram as causas perinatais que são decorrentes de problemas durante a gravidez, parto e nascimento, que correspondem atualmente por mais de 50% das causas de óbitos no primeiro ano de vida (IPEA, 2010).

Recente relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do Grupo Interinstitucional de Estimativas sobre Mortalidade Infantil da ONU, publicado em setembro de 2012 e intitulado “O compromisso com a sobrevivência da criança: Uma promessa renovada” indica avanços na redução da mortalidade infantil no mundo. Segundo este relatório, o Brasil conseguiu reduzir em mais de 70% a mortalidade infantil em apenas duas décadas, bem maior que a média global, que foi um pouco maior de 40%. Em 1990 ocorriam 58 mortes para cada mil nascidos vivos, o que foi reduzido para 16 em 2011. No entanto, o Brasil ainda ocupa a 107ª posição no mundo, atrás de países como Cuba e Canadá que apresentam índice de 6 mortes por mil, enquanto Cingapura, Eslovênia, Suécia e Finlândia apresentam menos de 3 mortes por mil nascidos vivos (UNICEF, 2012).

Um dos motivos para a redução menor que esperada da mortalidade infantil no Brasil é a estabilidade da mortalidade neonatal (mortes de recém-nascidos até o 28º dia de vida) e principalmente da mortalidade neonatal precoce (que ocorre antes do 7º dia de vida). Estas mortes estão relacionadas a deficiências na assistência pré-natal, durante o parto e nos primeiros dias de vida, sendo necessários mais estudos que indiquem meios para a redução desse componente do índice no Brasil (OMS, 2012).

3 DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

O estudo é do tipo descritivo, ecológico de base populacional. Os estudos ecológicos têm como unidade de análise uma população ou grupo de pessoas pertencentes a uma área geográfica definida e geralmente se baseiam em base de dados de grandes populações. Em uma análise ecológica todas as variáveis são medidas agrupadas que podem envolver mensurações efetuadas diretamente no nível individual como também envolver observações de grupos, organizações ou lugares (MEDRONHO, 2009).

Referente ao método de agrupamento trata-se de um desenho de múltiplos grupos que serão identificados a partir de diversas localidades geográficas em um definido período de tempo. Medronho (2009) classifica os tipos de desenho de estudos ecológicos em exploratórios e analíticos. Como existe uma exposição de interesse mensurada e incluída na análise, trata-se de um estudo analítico e não exploratório, na qual não existe uma exposição específica de interesse.

A inferência causal em estudos ecológicos pode estar prejudicada por nem sempre estar associada ao mesmo nível de análise, dificultando a análise do confundimento. Assim, a maior limitação da análise ecológica para testar hipóteses ecológicas é o potencial para substancial viés de estimativa de efeito ou falácia ecológica. As principais vantagens dos estudos ecológicos são o baixo custo, a rápida execução pelas fontes de dados secundários já disponíveis e o fato de incluírem grandes números de indivíduos. As desvantagens são a impossibilidade de verificar associações em nível individual; a dificuldade de controlar os efeitos dos potenciais fatores de confundimento; as fontes secundárias de dados podem trazer uma qualidade variável de informação; dados geralmente representam níveis de exposição média, sem interpretação em nível individual (MEDRONHO, 2009).

3.2 Local do Estudo

A área de estudo foi o Estado de Pernambuco nos anos de 2010 a 2012, que é administrativamente dividido em 185 municípios, agregados em doze Gerências Regionais de Saúde (GERES). As GERES são identificadas de acordo com os seus respectivos municípios sede, como listadas abaixo. Cada uma destas unidades administrativas da Secretaria Estadual de Saúde (SES) é responsável por um grupo de cidades, atuando de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à

mortalidade infantil e às diversas endemias. Segundo a SES-PE o modelo de gestão da Saúde permite que as particularidades de cada região recebam atenção na hora de decidir ações e campanhas (PERNAMBUCO, 2011).

GERES	MUNICÍPIO SEDE	MACRORREGIONAL A QUE PERTENCE
I	RECIFE	I
II	LIMOEIRO	I
III	PALMARES	I
IV	CARUARU	II
V	GARANHUNS	II
VI	ARCOVERDE	III
VII	SALGUEIRO	IV
VIII	PETROLINA	IV
IX	OURICURI	IV
X	AFOGADOS DA INGAZEIRA	III
XI	SERRA TALHADA	III
XII	GOIANA	IX

Tabela 1 – Divisão do Estado de Pernambuco em doze Gerências Regionais de Saúde, seus municípios sede e as Macrorregionais de Saúde às quais pertencem, 2014.

Figura 1 – Divisão do Estado de Pernambuco em doze Gerências Regionais de Saúde e seus municípios sede, 2014.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2014.

Além da divisão em GERES, o Estado de Pernambuco também é dividido em quatro Macrorregionais de Saúde. Elas são arranjos territoriais que agregam mais de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar, entre si, ações e serviços de média complexidade especial e alta complexidade, complementando, desse modo, a atenção à saúde das populações desses territórios (PERNAMBUCO, 2011).

MACRORREGIONAL DE SAÚDE	NOME	GERES QUE A COMPÕE	MUNICÍPIO SEDE
I	METROPOLITANA	I, II, III e XII	RECIFE
II	AGRESTE	IV e V	CARUARU
III	SERTÃO	VI, X e XI	SERRA TALHADA
IV	VALE DO SÃO FARNCISCO E ARARIPE	VII, VIII e IX	PETROLINA

Tabela 2 – Divisão do Estado de Pernambuco em suas quatro Macrorregionais de Saúde, a GERES que as compõem e seus municípios sede, 2014.

3.3 População do estudo

A população do estudo corresponde às mulheres residentes no Estado de Pernambuco que tiveram nascido(s) vivo(s) no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2012 constantes no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) ou tiveram óbito(s) fetal(is) registrado(s) no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no mesmo período.

O estudo abrange também todas as mulheres incluídas no banco do SIM fornecido pela SES como Mortes Maternas ocorridas de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2012. Estas correspondem a mortes de mulheres ocorridas durante a gravidez, o aborto, o parto ou até 42 dias após o parto, atribuídas a causas relacionadas ou agravadas pela gravidez, pelo aborto, pelo parto ou pelo puerpério ou por medidas tomadas em relação a elas.

Compõem também a população do estudo todos os recém-nascidos que morrem no período estudado que tiveram seu óbito constatado entre o momento do nascimento até 168 horas completas, ou antes de sete dias completos de vida. Os dados foram extraídos do banco do SIM fornecido pela SES como Mortes Neonatais Precoces.

3.4 População elegível

Serão incluídas todas as mulheres que atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos no item 3.5.

3.5 Critérios de inclusão

- Nascido vivo ou morto no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2012, registrado no SINASC ou no SIM.
- Ter informações no SINASC ou no SIM sobre o local da ocorrência do parto e o local de residência da mãe.
- Recém-nascido com óbito no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2012, registrado no SIM.
- Ter informações no SIM sobre o local da ocorrência do óbito e o local de residência.
- Mulher com óbito materno no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2012, registrado no SIM.
- Ter informações no SIM sobre o local da ocorrência do óbito e o local de residência.

3.6 Critérios de exclusão

- Ter dados incompletos no SINASC ou no SIM quanto ao local de ocorrência do parto e/ou óbito ou ao local de residência.

3.7 Variáveis

- Número de nascidos vivos e nascidos mortos por município, GERES e Macrorregional no período estudado.
- Número de óbitos maternos e neonatais precoces por GERES e Macrorregional no período estudado.
- Deslocamentos feitos pelas gestantes dos municípios de residência da GERES I no ano de 2012 ao município de Recife para a ocorrência do parto.
 - Variável dicotômica: descolamento / não descolamento.
- Características da rede de atenção obstétrica em Pernambuco no ano de 2012 (por GERES e por Macrorregional):

	VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	DIMENSÕES
ESTRUTURA DISPONÍVEL	Nº de leitos obstétricos	Registrados no CNES	_ _ _ leitos
	Nº de leitos de UTI neonatal	Registrados no CNES	_ _ _ leitos de UTI neonatal
	Nº de leitos de UTI adulto	Registrados no CNES	_ _ _ leitos de UTI adulto
	Existência de unidade transfusional		Sim Não
	Sede da Macrorregional de Saúde		Sim Não
PROFISSIONAIS DISPONÍVEIS	Nº de especialistas em obstetrícia	Registrados no CNES	_ _ _ obstetras
	Nº de especialistas em anestesiologia	Registrados no CNES	_ _ _ anestesistas
POPULAÇÃO RESIDENTE	Nº de habitantes	Segundo IBGE	_ _ _ _ _ _ _

Tabela 3 – Variáveis analisadas no estudo divididas em estrutura disponível, profissionais disponíveis e população residentes, definição e dimensões das variáveis.

3.8 Coleta dos dados

Os dados de base populacional do período estudado foram coletados das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e Declarações de Óbito (DO) através do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), respectivamente, disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

A fim de descrever a rede de atenção obstétrica em cada GERES e Macrorregional de Saúde do Estado de Pernambuco, foram coletados dados online do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referentes ao mês de dezembro de 2012, último mês do período estudado. Foram identificados para cada município e depois agrupados em GERES e Macrorregional de Saúde o número de leitos de obstetrícia, leitos de UTI adulto e leitos de UTI neonatal existentes, assim como o número de médicos especialistas em obstetrícia e anestesia. Não foram identificados os médicos neonatologistas porque o CNES não especifica essa subespecialidade, identificando unicamente os pediatras de cada município.

Os endereços de todas as unidades transfusionais do Estado foram identificados através do site da Secretaria Estadual de Saúde e localizados nos mapas temáticos.

A população dos municípios foi identificada a partir de dados online do censo demográfico brasileiro de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Após, esses números foram somados por GERES e Macrorregionais de Saúde.

3.9 Análise dos dados

3.9.1 Artigo 1

A partir das DNV filhos de mulheres residentes em Pernambuco com nascimento de 01/01/2012 a 31/12/2012 foi identificada a porcentagem dos nascimentos de cada GERES que ocorreu no município de Recife. Por ser sede da Macrorregional o Recife deveria receber os partos de alto risco das GERES II, III e XII além dos altos riscos dos municípios da GERES I.

Após ser identificado que a capital recebe mais partos de Nascidos Vivos (NV) do que esperados oriundos de municípios da GERES I, foram identificados os municípios de ocorrência dos partos de todos os NV filhos de mães residentes na GERES. Para cada município foram identificados o número esperado de partos de risco habitual de mães residentes, os partos dessas mulheres que efetivamente ocorreram no município de residência e o total de partos ocorridos por município. De cada município foram identificados os partos de NV de mães residentes que ocorreram no Recife, categorizados como deslocamentos ocorridos.

Foram, ainda, calculados os NV de alto risco e risco habitual estimados por município, considerando os parâmetros propostos pela OMS de 15% e 85% do número total, respectivamente. Como os partos de NV de alto risco deveriam ocorrer em Recife, estes foram categorizados como deslocamentos esperados.

Para demonstrar o deslocamento das gestantes dos seus municípios de residência para o local de ocorrência dos partos, o Recife, foram construídos mapas de fluxo do deslocamento dessas gestantes entre os municípios com o programa ArcGIS 9.3. Foram feitos dois mapas, o primeiro com os deslocamentos que realmente ocorreram no ano de 2012 dos municípios da GERES I para o Recife a partir dos dados das DNV. O segundo foi construído a partir do calculado como deslocamentos esperados, que representariam os 15% de alto risco dos NV das mães residentes nos municípios.

Entre os partos que ocorreram em Recife foram identificados os que ocorreram nos hospitais privados e em hospitais do SUS (próprios ou conveniados), categorizados a partir das residentes no município e as transferidas para a capital.

Os municípios identificados com mais de 300 NV de risco habitual de mães residentes no ano foram considerados como adequados para a existência de serviços específicos de assistência ao parto. Espera-se dos municípios com menos de 300 partos de NV por ano a transferência de todas as gestantes para o parto, visto que a existência de serviços não se justifica em termos financeiros e operacionais (SCHRAMM et al, 2002).

3.9.2 Artigo 2

A partir das DNV de mulheres residentes em Pernambuco registrados no SINASC com nascimento de 01/01/2010 a 31/12/2012, foram investigados os municípios de residência da mãe e de ocorrência do parto. Os NV de mães residentes foram categorizados nas doze GERES e nas quatro Macrorregiões de Saúde como nascidos na GERES de residência da mãe ou fora dela, assim como nascidos na Macrorregional de residência da mãe ou fora dela.

Foi calculada a proporção de NV que nasceram na própria GERES e na Macrorregional de residência da mãe. Foram, ainda, calculados os NV de alto risco e risco habitual esperados por GERES, considerando os parâmetros de 15% e 85% do número total, respectivamente (BRASIL, 2011). Espera-se que cada Macrorregional responda a todos os seus NV, inclusive aos de alto risco, que foram atribuídos à GERES sede da Macrorregional de Saúde. Foi demonstrada a porcentagem de realização dos próprios partos de cada GERES e Macrorregional em relação a sua demanda obstétrica.

Baseado nos parâmetros assistenciais do Sistema Único de Saúde da Portaria Nº 1101/GM, de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002), e em dados populacionais do censo demográfico brasileiro de 2010 (IBGE, 2014), foram calculados para cada GERES e Macrorregional: a expectativa de internações em obstetrícia; a necessidade de leitos obstétricos; a necessidade de leitos de UTI adulto; a necessidade de médicos obstetras e anestesistas para a população total. A necessidade de leitos de UTI neonatal foi calculada com referência ao número de nascidos vivos (NV). Esses dados foram comparados com os indicadores da estrutura disponível por GERES e por Macrorregional através de dados do CNES para dezembro de 2012, último ano do período estudado.

Baseado nos parâmetros das Metas do Milênio da OMS de reduzir em três quartos a mortalidade materna e em dois terços a mortalidade infantil até 2015, baseada nos indicadores

de 1990, foram calculados por GERES as mortes maternas e mortes neonatais precoces esperadas utilizando para isso a taxa média brasileira estabelecida como meta para 2015.

Apesar da gravidade que representa uma morte materna, que é considerado um evento sentinela para a qualidade da assistência a saúde, em termos de análise epidemiológica numérica elas são consideradas pequenos números. Mesmo quando analisado um período de três anos, não utilizamos a RMM na comparação entre as GERES, pois não estaria garantida a estabilidade estatística das taxas.

Por esse motivo, após calcularmos as mortes maternas e neonatais precoces esperadas, foi calculada a STANDARDIZED MORTALITY RATIO (SMR) de morte materna e neonatal precoce por GERES. O SMR é a razão do número de mortes observadas (nesse caso as ocorridas por GERES no período estudado segundo dados do SIM) sobre o número que seria esperado calculado se a população estudada tivesse a mesma taxa que o grupo padrão (que no estudo é representado pela taxa média brasileira estabelecida se os ODM fossem alcançados). O SMR é um método indireto de padronização. Nesse procedimento, taxas mais estáveis de uma população maior são aplicadas para um grupo menor de estudo para obter o número esperado de mortes. Assim foram identificadas as GERES com excesso de mortalidade.

Foi calculado o coeficiente de correlação (r) para investigar a existência de associação entre a SMR para morte materna e os indicadores cotejando a estrutura existente à necessária (representada por uma razão). Foram considerados indicadores os números necessários e existentes de leitos obstétricos, obstetras, anestesistas e leitos de UTI adulto. Para as mortes neonatais precoces foram considerados os mesmos indicadores de estrutura substituindo os leitos de UTI adulto pelos de UTI neonatal.

Finalmente, foi demonstrada a distribuição espacial dos SMR de morte materna e neonatal precoce em mapas temáticos por GERES em Pernambuco do triênio 2010 a 2012 através do programa ArcGIS 9.3. A suficiência da estrutura da rede de atenção obstétrica também foi demonstrada em mapas temáticos.

3.10 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Todo o processo de investigação atendeu aos requisitos preestabelecidos na resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde (MS), referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

3.11 Riscos e Benefícios

Por se tratar de um estudo ecológico baseado em dados secundários não haverá risco para indivíduos oriundo da coleta de dados para a pesquisa. Os riscos envolvidos são os de vieses ecológicos já mencionados acima e que serão discutidos nos resultados.

Como benefício, os resultados obtidos nesta pesquisa pretendem elucidar os motivos para os deslocamentos realizados por mulheres do seu local de residência para o parto. Através desse conhecimento será possível trazer sugestões para a reorganização da atenção obstétrica dentro das GERES e no Estado de Pernambuco como um todo, para que gestantes tenham que se deslocar cada vez menos para ter acesso ao parto seguro de acordo com sua classificação de risco, diminuindo, assim, riscos no transporte, por atraso do atendimento e aumentando a humanização no momento do nascimento. Tais benefícios tem o potencial de influenciar taxas de morbimortalidade materna e neonatal.

4 ARTIGOS

4.1 ARTIGO 1

Publicado na REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL

TÍTULO

Assistência ao parto e inadequação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco.

Vide **APÊNDICES**

4.2 ARTIGO 2

TÍTULO

Assistência ao parto em Pernambuco: desigualdades na disponibilidade e distribuição dos serviços de cuidados obstétricos e da mortalidade materna e perinatal.

RESUMO

A rede de atenção obstétrica deve estar organizada de forma a evitar deslocamentos desnecessários por ocasião do parto e garantir acesso a todas as gestantes, diminuindo assim mortalidade materna e perinatal. O objetivo desse estudo é descrever a distribuição dos partos dos Nascidos Vivos (NV) no Estado de Pernambuco de 2010 a 2012, sua relação com a estrutura da rede de atenção obstétrica, bem como a mortalidade materna e perinatal. Para tanto, foram investigados os municípios de residência da mãe e de ocorrência do parto; descrita a rede de atenção obstétrica; construídos mapas temáticos da mortalidade materna e perinatal. No período, 61% dos partos do Estado ocorreram na Macrorregional de Saúde I, que reúne grande parte da rede de assistência obstétrica. No interior, a rede se concentra em alguns municípios de maior porte. A mortalidade materna e perinatal são desigualmente distribuídas pelo Estado, assim como a rede de atenção obstétrica. Estratégias de regionalização da assistência ao parto ainda são insuficientes para corrigir desigualdades no acesso aos serviços de saúde por ocasião do parto.

Palavras-chave: Assistência ao Parto. Regionalização. Acesso aos Serviços de Saúde. Mortalidade Materna. Mortalidade Perinatal.

ABSTRACT

The obstetric care network should be organized in a manner to avoid unnecessary displacements for childbirth and access should be guaranteed to every patient, diminishing maternal and perinatal mortality. The aim of this study is to describe the distribution of live born parturitions in the state of Pernambuco, Brazil, from 2010 to 2012, its relation with obstetric care network, as well as maternal and perinatal mortality. Therefore, we evaluated the residence municipalities of mothers and birth occurrence, described the obstetric care network, and built maternal and perinatal mortality thematic maps. During the analyzed period, 61% of the births in Pernambuco took place in the First Health Macroregion, which embraces a great part of the obstetric care network. At the other Macroregions, the network is agglomerated in some larger municipalities. The mother and perinatal mortalities are unequally distributed throughout the state, as well as the obstetric care network. Regionalization strategies of parturition care are still insufficient to avoid disproportional access to health care services for birth occasions.

Key Words: Birth. Regional Health Planning. Health Services Accessibility. Maternal Mortality. Perinatal Mortality.

INTRODUÇÃO

O acesso à assistência obstétrica segura e próxima à sua residência é um direito de toda gestante no Brasil, que deve ser garantido no pré-natal, parto e puerpério. A mortalidade materna e neonatal está relacionada com demora no acesso a serviços e insumos adequados a cada caso. Sendo assim, os serviços de saúde devem estar organizados de forma regionalizada para assegurar atendimentos de acordo com as diferentes complexidades, evitando deslocamentos desnecessários.

Essa rede regionalizada está regulamentada através do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, aprovado em 2004, que define diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal. O município deve garantir o atendimento e cadastramento de todas as gestantes, garantido encaminhamento a níveis de maior complexidade se necessário (BRASIL, 2004). Essa regionalização foi definida como eixo estruturante da gestão no Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006), devendo orientar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre gestores, formando uma rede horizontal.

Em Pernambuco, essa rede de assistência à gestante está longe de atingir seus objetivos, pelo não cumprimento das responsabilidades assumidas pelos municípios, pela deficiente estruturação dos serviços e consequente aumento da demanda por atendimentos em unidades de referência de alto risco em sedes regionais (SANTOS; CRUZ; SILVA, 2011). Os territórios regionais do Estado ainda não são autossuficientes em atenção de média complexidade (ARAÚJO; PONTES; PONTES, 2011).

Essa desestruturação da rede de atenção obstétrica leva a peregrinações na busca deste acesso, causadas por distâncias geográficas por distribuição desigual dos leitos no Estado, falta de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal e obstétrica em número adequado, oferta desigual da qualidade dos serviços de saúde, entre outros, aumentando a vulnerabilidade da mãe e do conceito (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012). Essas dificuldades refletem as falhas na integração e articulação entre os setores de saúde, levando a uma assistência obstétrica ainda desarticulada e fragmentada (ARAÚJO; PONTES; PONTES, 2011).

As atividades de atenção básica e hospitalares deveriam ser complementares e contínuas, porém raramente ocorre a referência a um serviço desde o pré-natal, apesar do parto ser um evento previsível. Por essa falta de vínculo da gestante com um serviço, a mesma geralmente não recebe assistência ao parto no primeiro que procura (COSTA et al, 2009)

levando a peregrinação para o parto. Estes atrasos na chegada da parturiente aos serviços adequados ao seu quadro clínico aumentam a morbimortalidade materna e perinatal (MENEZES et al., 2006).

Porém, algumas transferências de gestantes, recém-nascidos ou ambos, segundo Parmanum (2000), são admissíveis para melhor uso dos recursos. Para ele, a obstetrícia de alto risco e cuidados intensivos neonatais são serviços de alto custo e baixo volume de atendimentos. Os serviços perinatais especializados devem ser organizados para fazer uso máximo dos recursos disponíveis, mantendo uma elevada taxa de ocupação de leitos. Porém, alguns deslocamentos não deveriam ocorrer: mulheres e recém-nascidos não deveriam viajar para além do centro de referência mais próximo e centros terciários não deveriam transferir suas próprias pacientes e/ou recém-nascidos (RN) de alto risco (PARMANUM et al, 2000).

Desta forma, a organização da rede de atenção obstétrica, com hierarquização dos níveis de complexidade, sistema de comunicação e transporte adequados, tem potencialidade para a diminuição desta peregrinação, com prováveis impactos sobre a morbimortalidade materna e neonatal (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012).

A redução da mortalidade materna e infantil está entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU, 2000). Apesar da redução desses índices nas últimas décadas, o Brasil e o Estado de Pernambuco ainda estão aquém dos níveis desejados. A mortalidade infantil apresentou uma queda significativa no Brasil desde 1990 pela redução das doenças infecciosas, relacionadas à imunoprevenção e a redução de óbitos por diarreia, patologias que afetam principalmente o período pós-neonatal. Porém, a redução foi menor nas causas perinatais, decorrentes de problemas na gravidez, parto e nascimento, que correspondem atualmente por mais de 50% das causas de óbitos no primeiro ano de vida (IPEA, 2010). O coeficiente de mortalidade neonatal precoce, quantidade de recém-nascidos que morrem até o 6º dia de vida a cada 1000 nascidos vivos, era de 17,7 em 1990, sendo a meta para 2015 de 5,9 (redução de 2/3).

Assim com a mortalidade neonatal, a mortalidade materna é um evento sentinela que indica a qualidade da assistência materna e fetal de uma região. A Razão de Morte Materna (RMM) estima o risco de morte de mulheres ocorrida durante a gravidez, o aborto, o parto ou até 42 dias após o parto, atribuída a causas relacionadas ou agravadas pela gravidez, pelo aborto, pelo parto, pelo puerpério ou por medidas tomadas em relação a elas, em cada cem mil nascidos vivos. Em 1990 a RMM era de 120 óbitos por 100 mil nascidos vivos, sendo a meta para 2015 de 40 óbitos (redução em 3/4).

Organizações internacionais, principalmente a Organização Mundial de Saúde (OMS), vêm aprimorando definição de requisitos mínimos para uma assistência obstétrica segura, assegurando a habilidade dos serviços de saúde em responder de forma eficaz às principais complicações obstétricas na atenção básica e especializada. (GABRYSCH et al, 2012). A diretriz das Nações Unidas de 1997, reformulada em 2009, orienta as funções essenciais para cuidados obstétricos de emergência, dando ênfase às cinco principais causas de mortalidade materna (hemorragia, doenças hipertensivas da gestação, sepse, parto obstruído e aborto inseguro). Entre elas está incluída a capacidade de realizar transfusão sanguínea (WHO; UNICEF; UNFPA, 1997). Em Pernambuco, a Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE) conta com dez unidades hemoterápicas distribuídas pelo Estado, que deveriam apoiar os serviços com cuidados obstétricos complexos (HEMOPE, 2014).

Com objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal foi lançado em 2011, através da portaria nº 650 do Ministério da Saúde, A Rede Cegonha. Trata-se de uma estratégia operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e da assistência. Como ainda está em processo de implementação no Estado de Pernambuco, serão necessários estudos sobre os impactos da mesma sobre os deslocamentos das gestantes para o parto e sobre a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011).

Esse estudo tem como objetivo descrever a distribuição dos partos dos nascidos vivos (NV) do Estado de Pernambuco em 2012 em relação à existência de leitos obstétricos e de UTI neonatal, assim como a disponibilidade de profissionais especializados em obstetrícia e anestesia. Também se propõe a comparar esses indicadores com a distribuição espacial da Mortalidade Materna (MM) e da Mortalidade Neonatal Precoce nos anos de 2010 a 2012 em Pernambuco através de mapas temáticos.

METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo de base populacional realizado a partir das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) de mulheres residentes em Pernambuco registrados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) com nascimento de 01/01/2010 a 31/12/2012. A área de estudo, o Estado de Pernambuco, é dividido em doze Gerencias Regionais de Saúde (GERES) e quatro Macrorregionais de Saúde que são compostas das seguintes GERES: Macro I (GERES I, II, III e XII), Macro II (IV e V), Macro III (VI, X e XI) e Macro IV (VII, VIII e IX). Foram investigados nas DNVs os municípios de residência da mãe e de ocorrência do parto. Os NV de mães residentes foram categorizados nas doze GERES e nas quatro

Macrorregiões de Saúde como nascidos na GERES de residência da mãe ou fora dela, assim como nascidos na Macrorregional de residência da mãe ou fora dela.

Foi calculada a proporção de NV que nasceram na própria GERES e na Macrorregional de residência da mãe. Foram, ainda, calculados os NV de alto risco e risco habitual esperados por GERES, considerando os parâmetros de 15% e 85% do número total, respectivamente (BRASIL, 2011). Espera-se que cada Macrorregional responda a todos os seus NV, inclusive aos de alto risco, que foram atribuídos à GERES sede da Macrorregional de Saúde. Foi demonstrada a porcentagem de realização dos próprios partos de cada GERES e Macrorregional em relação a sua demanda obstétrica.

Baseado nos parâmetros assistenciais do Sistema Único de Saúde da Portaria Nº 1101/GM, de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002) e em dados populacionais do censo demográfico brasileiro de 2010 (IBGE, 2010), foram calculados para cada GERES e Macrorregional: a expectativa de internações em obstetrícia; a necessidade de leitos obstétricos; a necessidade de leitos de UTI adulto; a necessidade de médicos obstetras e anestesistas para a população total. A necessidade de leitos de UTI neonatal foi calculada com referência ao número de nascidos vivos. Esses dados foram comparados com os indicadores da estrutura disponível por GERES e por Macrorregional através de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para dezembro de 2012, último ano do período estudado.

Baseado nos parâmetros das Metas do Milênio da OMS de reduzir em três quartos a mortalidade materna e em dois terços a mortalidade infantil até 2015, baseada nos indicadores de 1990, foram calculados por GERES as mortes maternas e mortes neonatais precoces esperadas, utilizando a taxa média brasileira estabelecida como meta para 2015.

Apesar da gravidade que representa uma morte materna, que é considerado um evento sentinela para a qualidade da assistência a saúde, em termos de análise epidemiológica numérica elas são consideradas pequenos números. Mesmo quando analisado um período de três anos, não utilizamos a RMM na comparação entre as GERES, pois não estaria garantida a estabilidade estatística das taxas.

Por este motivo, após calcularmos as mortes maternas e neonatais precoces esperadas, foi calculada a STANDARDIZED MORTALITY RATIO (SMR) de morte materna e neonatal precoce por GERES. O SMR é a razão do número de mortes observadas (neste caso as ocorridas por GERES no período estudado segundo dados do SIM) sobre o número que seria esperado calculado se a população estudada tivesse a mesma taxa que o grupo padrão (que no estudo é representado pela taxa média brasileira estabelecida se os ODM fossem alcançados). O SMR é um método indireto de padronização. Neste procedimento, taxas mais estáveis de uma

população maior são aplicadas para um grupo menor de estudo para obter o número esperado de mortes. Assim foram identificadas as GERES com excesso de mortalidade.

Foi calculado o coeficiente de correlação (r) para investigar a existência de associação entre a SMR para morte materna e a os indicadores da estrutura necessária e existente (números necessários e existentes de leitos obstétricos, obstetras, anestesistas e leitos de UTI adulto). Para as mortes neonatais precoces foram considerados os mesmos indicadores de estrutura substituindo os leitos de UTI adulto pelos de UTI neonatal.

Finalmente, foi demonstrada a distribuição espacial dos SMR de morte materna e neonatal precoce em mapas temáticos por GERES em Pernambuco do triênio 2010 a 2012 através do programa ArcGIS 9.3. A suficiência da estrutura da rede de atenção obstétrica também foi demonstrada em mapas temáticos.

RESULTADOS

Nos anos de 2010 a 2012 nasceram 419.882 NV de mães residentes no Estado de Pernambuco, destes 98,8% nasceram no próprio Estado. Dos partos do Estado, 61% aconteceram na Macrorregional I, 17% na II, 9% na III e 12% na IV. Quando estudada a ocorrência do parto na Macrorregional de residência da mãe, as mesmas realizaram respectivamente, 99, 80, 89 e 94% dos próprios partos de NV. Quando esse dado é analisado por GERES existe uma grande variabilidade: enquanto a GERES I realiza 98% dos seus partos de NV de mães residentes, na GERES XII só ocorrem 52%. (Gráfico 1)

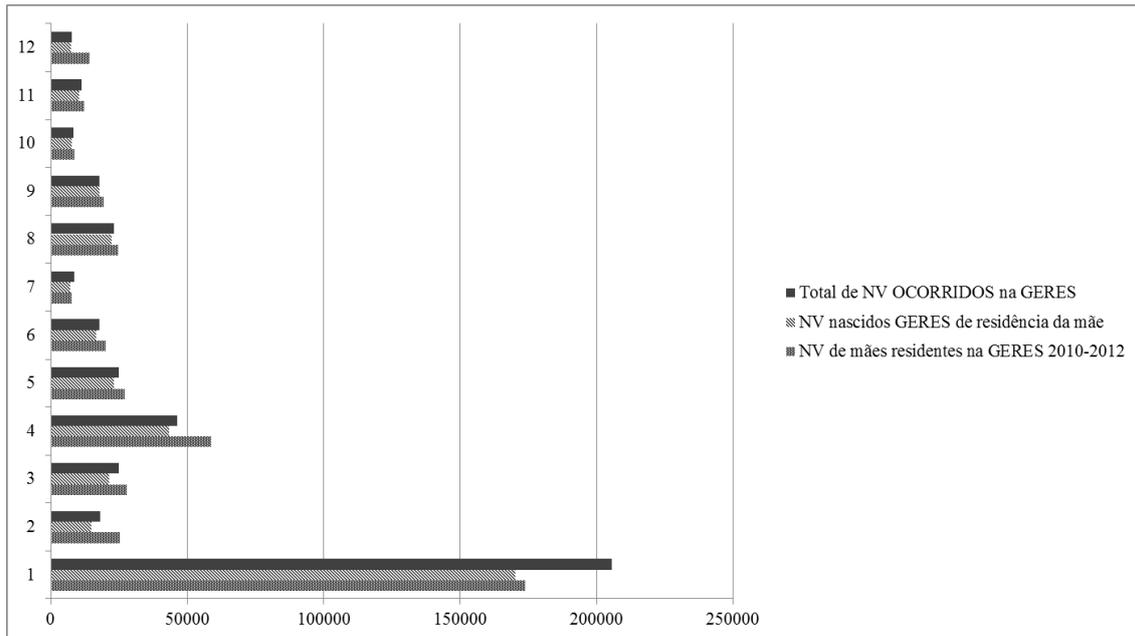


Gráfico 1– Total de NV de mãe residentes por GERES nos anos de 2010 a 2012 no Estado de Pernambuco, NV que nasceram na própria GERES de residência da mãe e total de nascimentos ocorridos por GERES.

A expectativa de internações em obstetrícia por ano, calculada a partir da população de cada GERES e Macrorregional foi superada pelo número de partos de NV ocorridos na GERES I em 2012. Porém, em todo o Estado, ocorreram menos partos de NV que a expectativa de internações em obstetrícia, com base ao número de NV de mães residentes registrados no SINASC. (Gráfico 2)

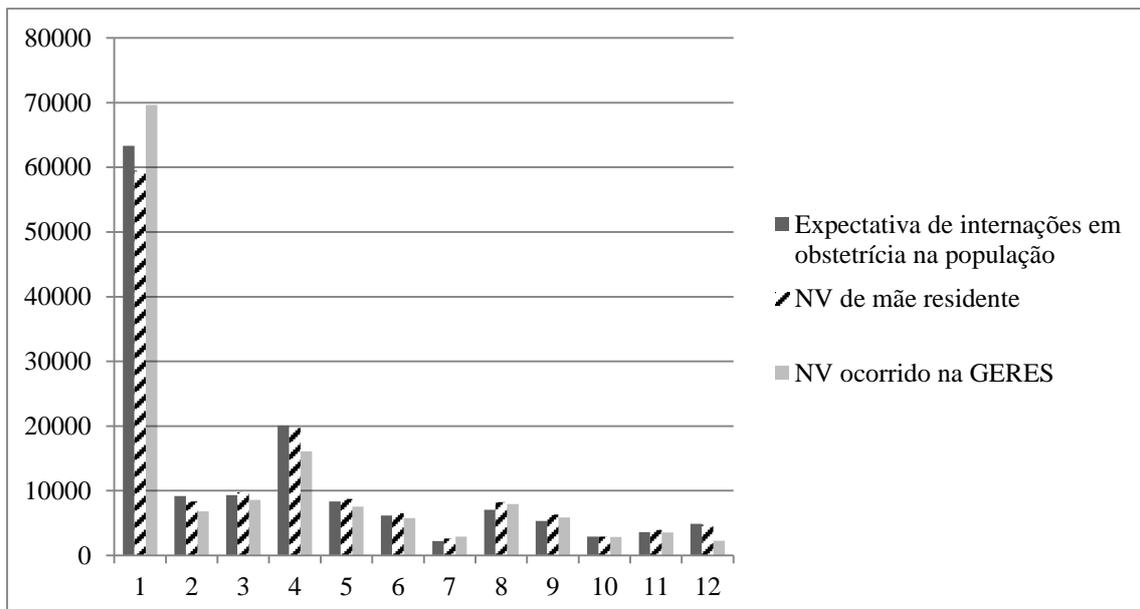


Gráfico 2 – Expectativa de internações em obstetrícia, por ano, no Estado de Pernambuco segundo a população de 2010 em cada GERES (IBGE, 2010), número de NV filhos de mães residentes e NV de mães residentes ocorridos na própria GERES de residência da mãe.

Quando avaliados por Macrorregionais, os leitos existentes são suficientes em relação à necessidade de leitos obstétricos calculada para a população, variando de 104 a 168% dos leitos calculados como necessários. Quanto às GERES, algumas superam em mais de 150% a necessidade de leitos obstétricos estimada. (Gráfico 3)

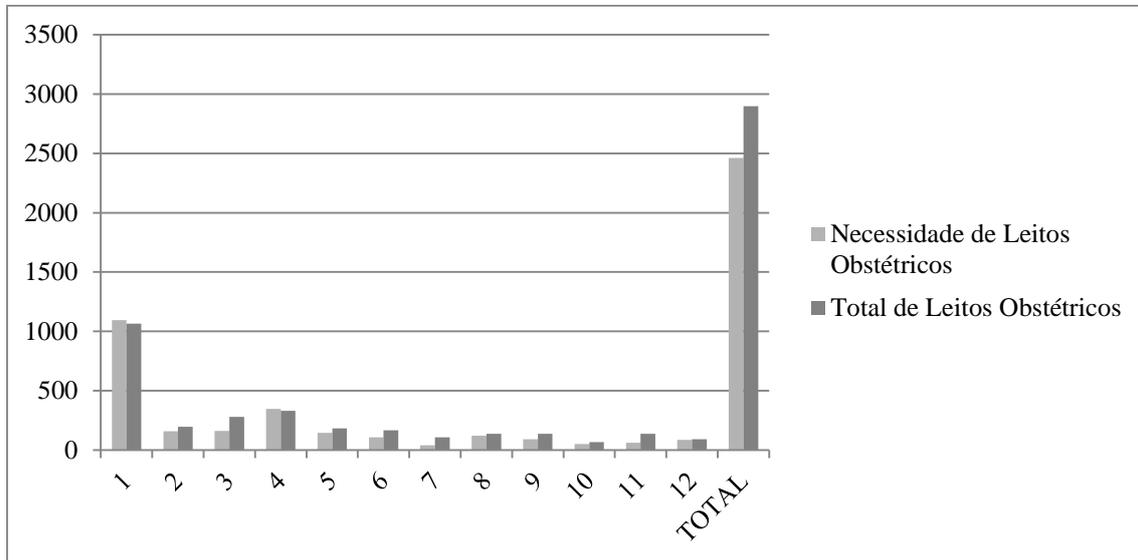


Gráfico 3 - Expectativa da necessidade de leitos obstétricos por GERES segundo a população da GERES no ano de 2010 (IBGE, 2010) e o total de leitos obstétricos existentes por GERES segundo o CNES em 2012.

Já a necessidade de leitos de UTI neonatal, calculada como dois para cada mil nascidos vivos, é correspondida de forma muito diversa por Macrorregional e por GERES. Em todo Estado existem menos leitos de UTI neonatal do que esperado, 95% do necessário. Porém, enquanto nas Macrorregionais I e IV há um excedente de leitos, nas II e III há respectivamente 47 e 11%. Discrepâncias semelhantes se reproduzem entre as GERES.

Quanto à necessidade de médicos especialistas, as Macrorregionais I e IV apresentaram mais obstetras do que calculados como necessários para a população residente, 173 e 104% respectivamente, enquanto nas Macrorregionais II e III existem 62 e 89% dos obstetras necessários. Entre as GERES foi observada uma grande variabilidade, variando de 213% na GERES I a apenas 40% na GERES IX.

Quanto à necessidade de médicos anestesistas, foi verificado que existem apenas 80% do calculado como necessário no Estado de Pernambuco. Quando analisados por Macrorregionais, existem 104, 43, 37 e 46% do esperado. Apenas a GERES I tem anestesistas suficientes em relação ao calculado para a própria população, sendo 133%. As demais GERES variaram entre 18 e 63%. (Gráfico 4)

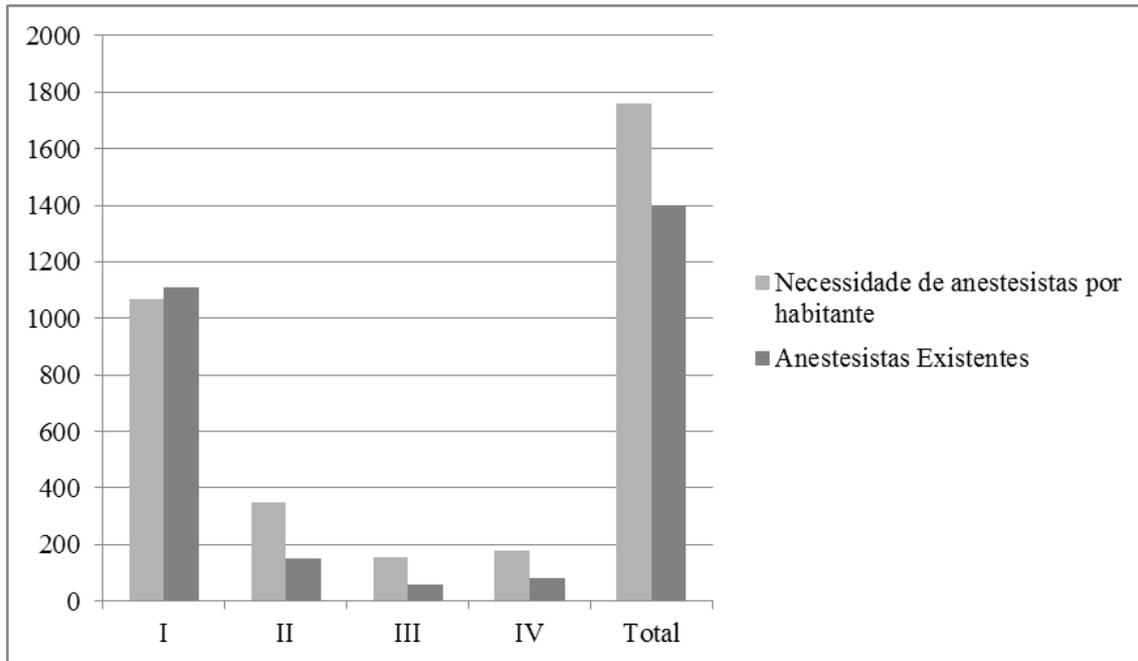


Gráfico 4 – Necessidade de médicos anestesistas de acordo com população de cada Macroregional no ano de 2010 (IBGE, 2010) e anestesistas atuantes em cada Macroregional segundo o CNES em 2012.

Quando observados os dados para o Estado de Pernambuco, existe quantidade suficiente de leitos obstétricos, leitos de UTI adulto e obstetras. Os anestesistas e os leitos de UTI neonatal são insuficientes para o Estado. Quando avaliada a distribuição destes recursos geograficamente por Macroregional, observa-se que a Macroregional I dispõe de estrutura e profissionais suficientes para a sua própria população. A Macroregional IV dispõe de menos anestesistas e leitos de UTI adulto do que necessário. Já as Macroregionais II e III têm apenas leitos obstétricos suficientes, tendo déficit em todos os outros quesitos. (Gráfico 5)

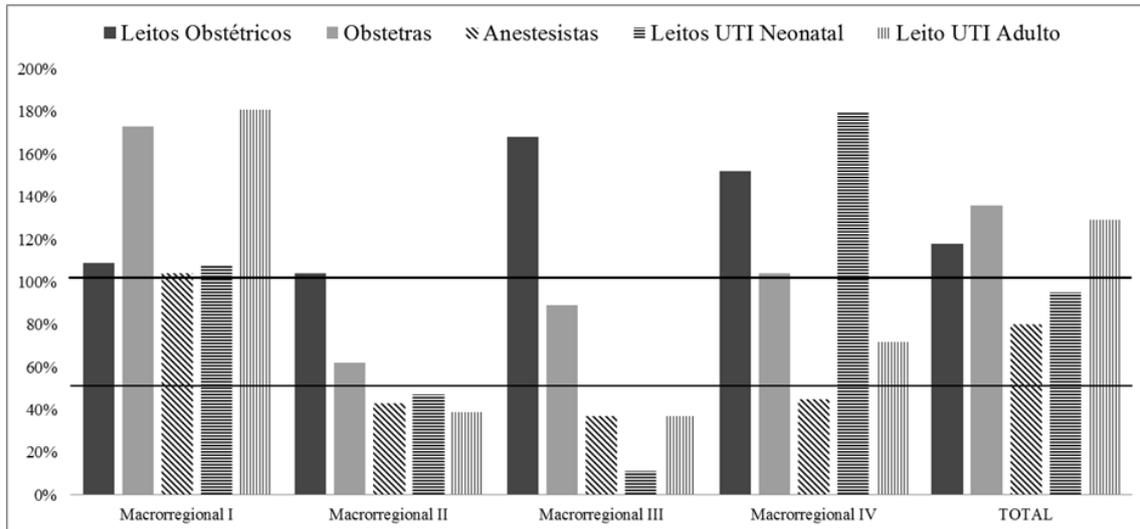
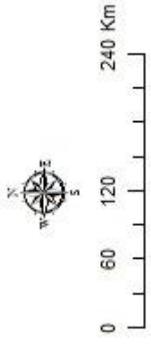
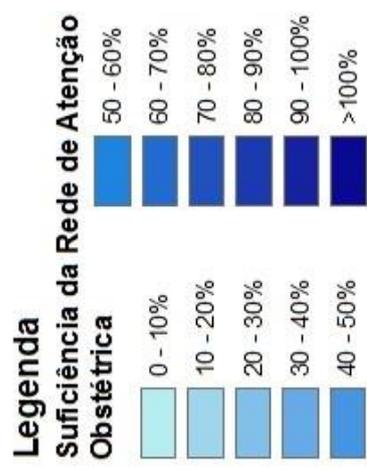
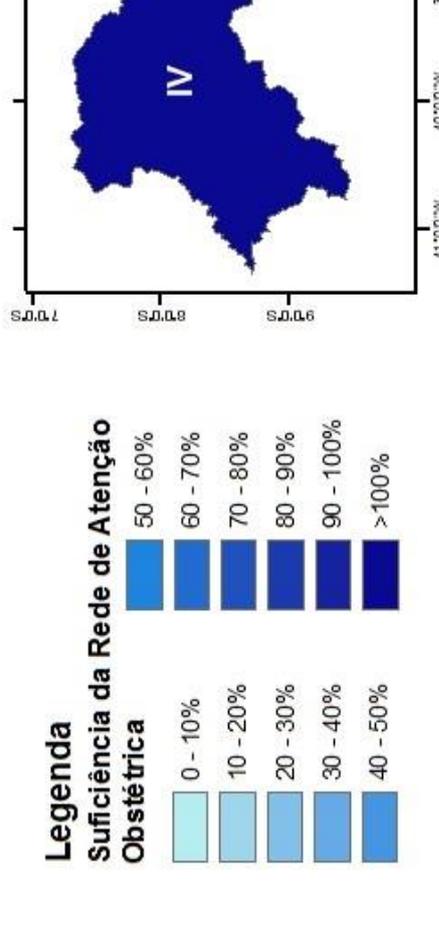
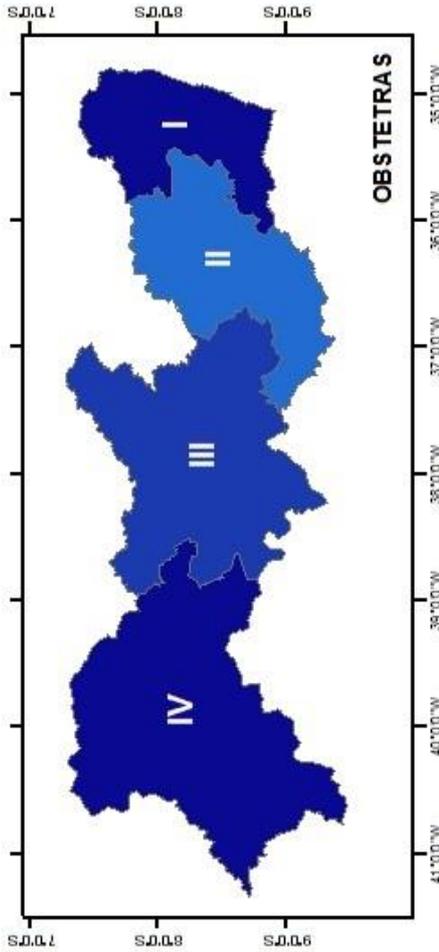
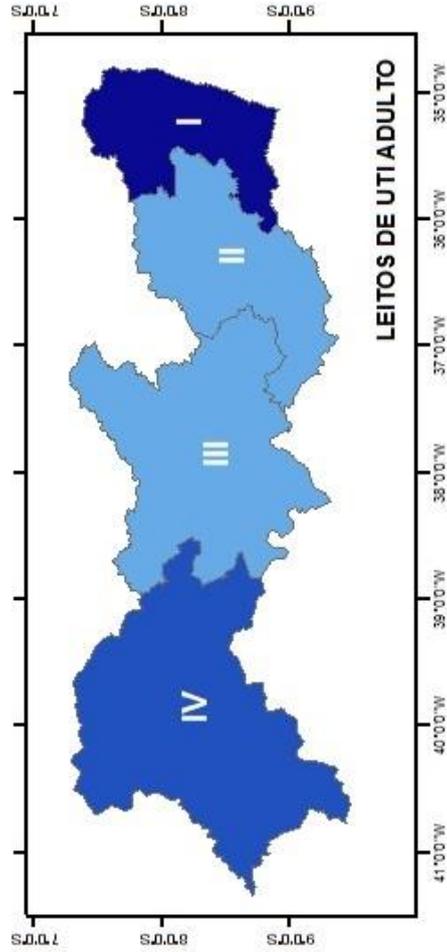
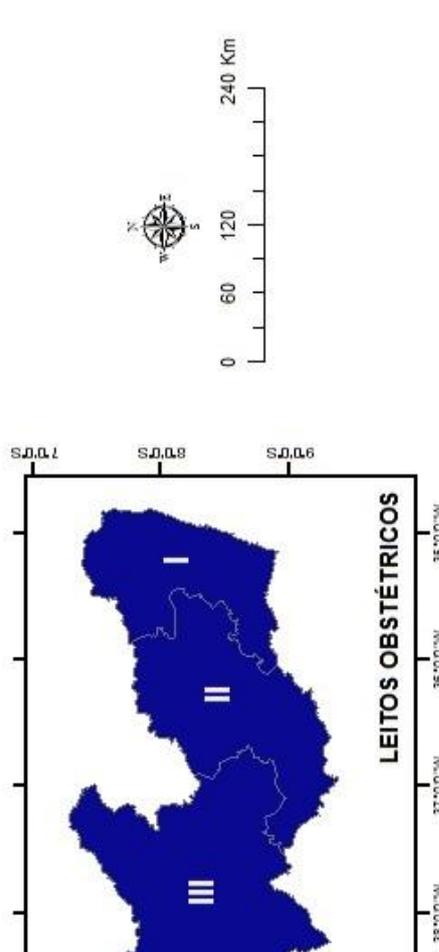
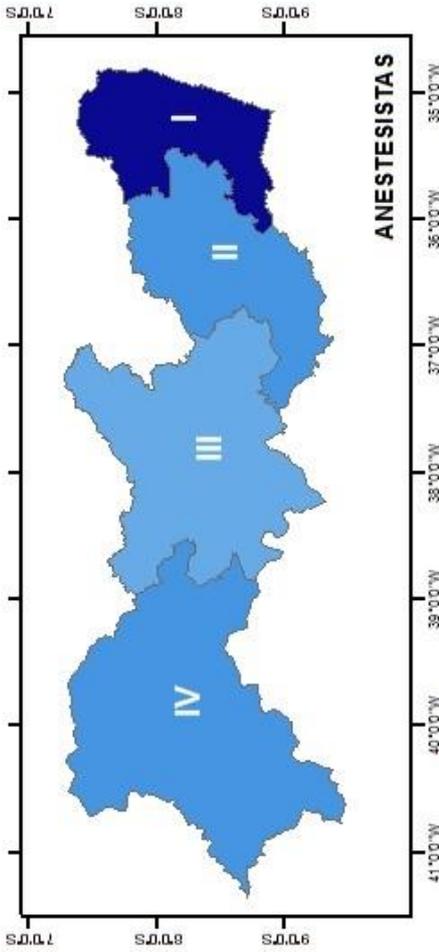


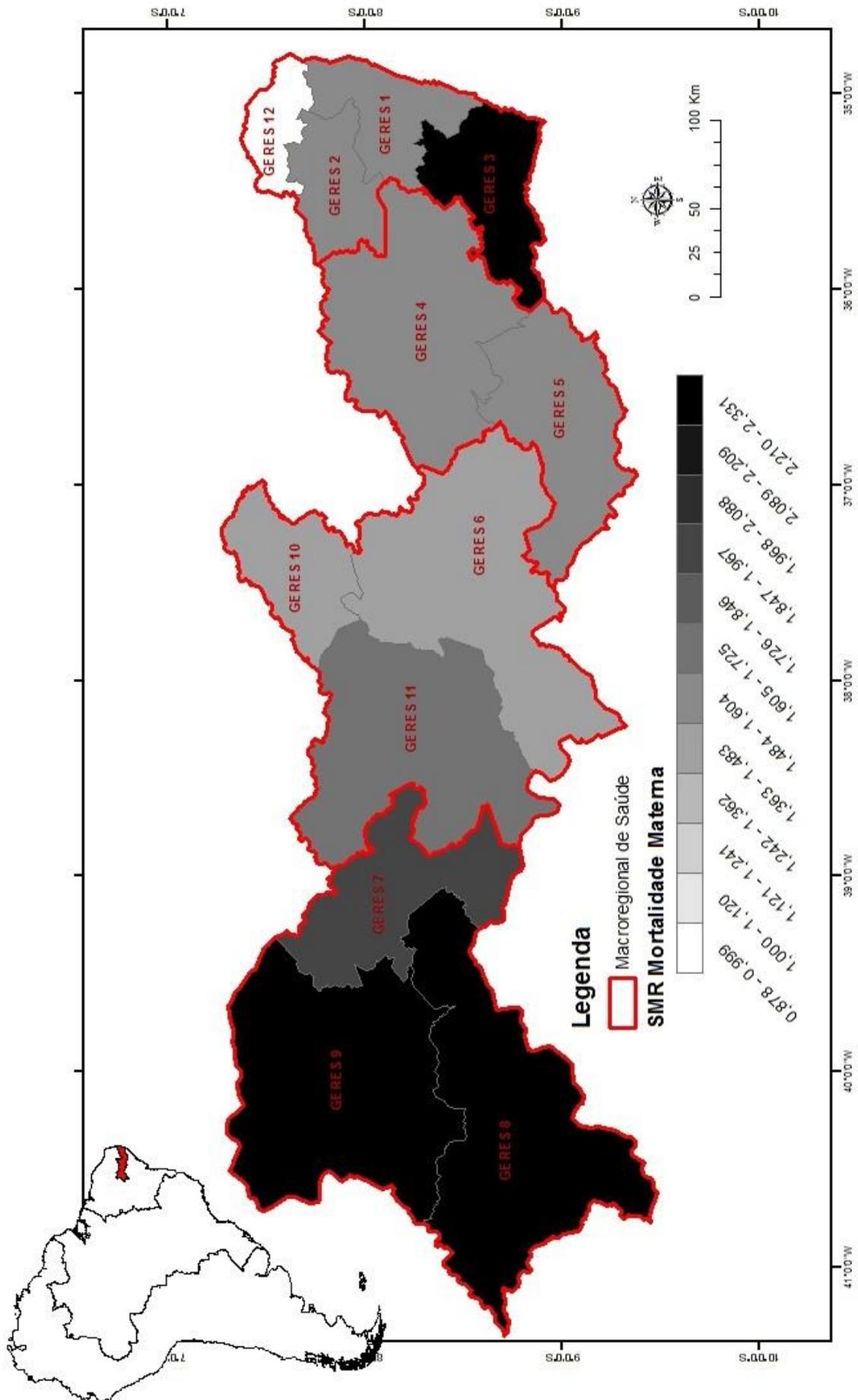
Gráfico 5 – Porcentagem de existência, segundo o CNES em 2012, de leitos obstétricos, médicos obstetras, médicos anestesistas e leitos de UTI adulto em relação às necessidades dos mesmos de acordo com a população de cada Macrorregional no ano de 2010 (IBGE, 2010) e porcentagem da existência de leitos de UTI neonatal em relação aos necessários segundo os Nascidos Vivos de cada Macrorregional.

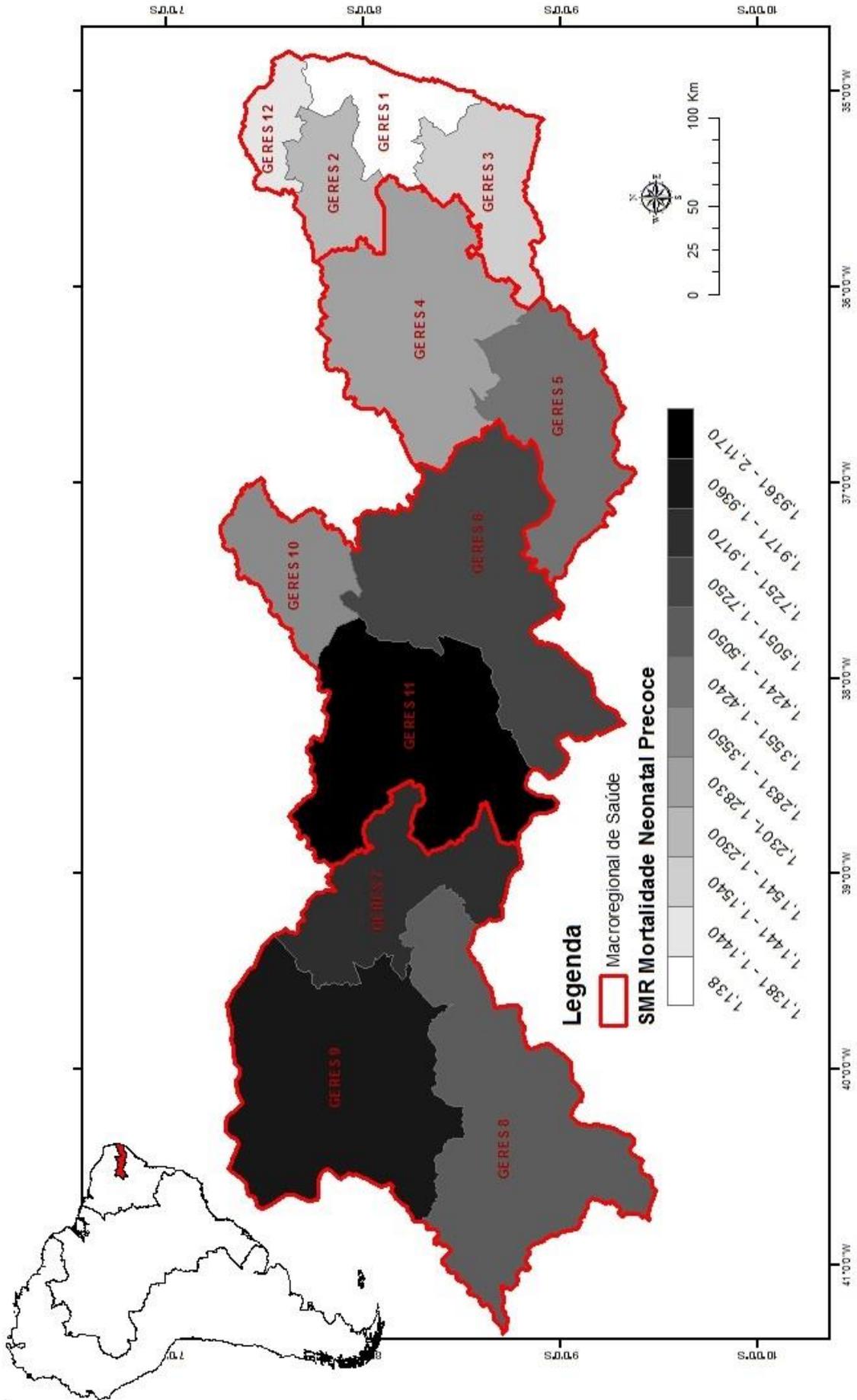
O **Mapa 1**, página 46, representa a da rede de atenção obstétrica do Estado, demonstrando por Macrorregionais em porcentagens a suficiência de obstetras, anestesistas, leitos obstétricos, leitos de UTI neonatal e leitos de UTI adulto.



de Pernambuco foi de 7,8 por 1000 nascidos vivos, apresentando variação entre as diferentes Macrorregionais, sendo de 6,8 na I, 7,8 na II, 10,4 na III e 10,2 na IV. Já o Coeficiente de Mortalidade Fetal para o Estado foi de 10,2 por 1000 nascimentos (vivos ou mortos).

O SMR da mortalidade materna variou entre as GERES de 0,88 a 2,33, (**Mapa 2** – página 48), enquanto a mortalidade neonatal precoce variou de 1,14 a 2,12. (**Mapa 3** – página 49. Não foi encontrada correlação estatística entre os SMR das mortalidades e a insuficiência de leitos de obstetrícia, obstetras, anestesistas ou leitos de UTI adulto ou neonatal. (Tabela nos apêndices). Foi encontrado um excesso de mortes maternas nas GERES IX, VIII e III, como de mortalidade neonatal precoce nas GERES XI, IX e VII.





DISCUSSÃO

A distribuição dos partos dos nascidos vivos no Estado de Pernambuco nos anos de 2010 a 2012 seguiu aproximadamente a distribuição populacional pelo território. Enquanto a população se distribui em 61%, 20%, 9% e 10% do total nas Macrorregionais de Saúde I, II, III e IV respectivamente, a ocorrência dos partos foi de 61, 17%, 9% e 12%. Porém, algumas Macrorregionais não realizam todos os partos de suas gestantes residentes, o que deveria ocorrer, visto que as Macrorregionais devem dar resolutividade inclusive aos partos das gestações de alto risco. Foram realizados respectivamente 99, 80, 89 e 94% dos próprios partos de NV. Em relação às GERES, que devem responder aos próprios partos de risco habitual, apenas sete das doze regionais realizaram 85% ou mais dos partos de mães residentes.

Em todo o Estado, ocorreram menos partos de NV que a expectativa de internações em obstetrícia por ano, calculada a partir da população de cada GERES e Macrorregional, com base ao número de NV de mães residentes registrados no SINASC. A expectativa de internações em obstetrícia foi superada pelo número de partos de NV ocorridos na GERES I. Era esperado que ocorressem menos partos de NV do que a expectativa de internações, visto que também são consideradas internações em obstetrícia os partos de natimortos, abortamentos, gestações ectópicas e molares, além dos internamentos clínicos de gestantes. Assim, observa-se que na GERES I ocorrem mais partos do que internamentos esperados para a população residente, evidenciando possível “superutilização” dos serviços.

Os leitos obstétricos são suficientes em relação à população residente, tanto quando avaliados por Macrorregionais quanto por GERES. Algumas inclusive superam em mais de 150% a necessidade de leitos obstétricos calculada. Como os dados do CNES estão relacionados apenas a leitos existentes, é difícil fazer a distinção em relação ao real funcionamento do leito, que necessita, além do leito físico, outros requisitos de estrutura e principalmente de uma equipe de profissionais para seu efetivo funcionamento.

Já os leitos de UTI neonatal estão abaixo do número esperado para o Estado. Há grande concentração de leitos no Recife e em Petrolina. Nas Macrorregionais II e III há respectivamente 47 e 11% dos leitos calculados como necessários. Essas regiões deveriam absorver todos os seus partos de alto risco, incluindo os de recém-nascidos prematuros que frequentemente necessitam de cuidados de terapia intensiva, porém não apresentam a estrutura necessária.

Quando avaliada a necessidade de médicos especialistas, deveria existir uma distribuição proporcional em relação à população pelo Estado, visto que se espera de todas as

GERES que elas respondam pelo menos ao próprio risco habitual e que ocorra uma concentração relativa naquelas GERES e municípios que são sedes das Macrorregionais, pois absorvem os partos de alto risco das GERES vizinhas. Em relação à necessidade de obstetras, existem em número excedente na Macrorregional I, adequado na IV, e insuficiente nas II e III. Entre as GERES foi observada uma grande variabilidade, variando de 213% na GERES I a apenas 40% na GERES IX, o que evidencia uma distribuição muito desigual desses profissionais em relação à população residente.

Já em relação aos médicos anestesistas existem 80% dos profissionais necessários para a população do Estado, com uma grande discrepância entre as Macrorregionais. Apenas a Macrorregional I tem o número calculado como necessário. Todas outras têm menos que a metade do necessário. O número da Macrorregional I é adequado por conta dos anestesistas existentes na GERES I, porque ao serem calculados por GERES, as onze GERES restantes têm de 18 a 63% dos anestesistas necessários.

A RMM para o Estado de Pernambuco no triênio de 2010 a 2012 foi de 66 mortes maternas por 100.000 NV, bem acima das 40 mortes por 100.000 esperadas pelas Metas do Milênio para 2015. Com o cálculo da SMR de morte materna e neonatal precoce por GERES foi possível identificar a existência do excesso de mortalidade por GERES, garantindo a estabilidade estatística. Foi observado um excesso de mortalidade em todas as GERES, exceto na GERES XII. Esse excesso variou de 37 a 133%. O maior excesso de mortalidade ocorreu nas GERES VIII, III e IX, com mais do dobro das mortes esperadas. Quando calculado o coeficiente de correlação (r) para investigar a existência de associação entre a SMR para morte materna e a os indicadores da estrutura necessária e existente (números necessários e existentes de leitos obstétricos, obstetras, anestesistas e leitos de UTI adulto), não foi possível identificar correlação estatística ao nível do agregado.

Apesar da existência de estrutura e profissionais especialistas ser importante na redução da mortalidade materna, existem questões que geralmente estão envolvidas nessas mortes que não puderam ser analisadas a partir deste estudo ecológico. A acessibilidade das gestantes aos serviços de atenção obstétrica, definida como peregrinação para o parto não pôde ser observada porque foram analisados os pontos de partida (residência) e chegada final (local de ocorrência do parto). Assim não foram avaliadas as possíveis rejeições em serviços antes do efetivo internamento. Já em estudo realizado em hospitais de alto risco em Recife no ano de 2013 que teve como objetivo avaliar a peregrinação para o parto, a maioria das mulheres estudadas (50,5%) teve que buscar assistência em duas maternidades para ser efetivamente internada para o parto; 11,5% procuraram três ou mais maternidades (PINHEIRO, 2014).

Além das dificuldades de acessibilidade, existem fatores nas mortes maternas que estão relacionadas ao processo de trabalho dentro dos próprios serviços de saúde. Estudo realizado por Leite (2006) evidenciou que várias das mulheres que vieram a morrer por causas obstétricas diretas ou indiretas chegaram aos serviços em boas condições de saúde e evoluíram de fora desfavorável por falhas no processo de trabalho durante o internamento. Foram encontradas inadequações nos cuidados prestados, fragmentação e desarticulação do cuidado, fragilidade do vínculo e da definição de responsabilidade dos profissionais de saúde e insuficiente valorização das queixas apresentadas pelas pacientes (LEITE, 2006). Essas questões também não puderam ser avaliadas através do presente estudo.

Já o Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce (CMNP) para o Estado de Pernambuco no triênio foi de 7,8 por 1000 nascidos vivos, acima das 5,9 mortes por 1000 NV esperadas pelas Metas do Milênio para 2015. Também não foi calculado o CMNP por Macrorregional ou por GERES. A partir do SMR foi identificado o excesso de mortalidade por GERES, que foi 112% do esperado na GERES XI. Em todas as GERES foi observada mortalidade acima da calculada pela esperada a partir do SMR. Quando calculado o coeficiente de correlação (r) para investigar a existência de associação entre a SMR para as mortes neonatais precoces e os indicadores da estrutura necessária e existente (números necessários e existentes de leitos obstétricos, obstetras, anestesistas e leitos de UTI neonatal), também não foi possível identificar correlação estatística.

A rede de atenção obstétrica no Estado de Pernambuco é desigualmente distribuída e estruturada. Enquanto existem leitos obstétricos suficientes para as necessidades calculadas da população residente, os leitos de UTI adulto e UTI neonatal estão localizados principalmente na capital, Recife, e em Petrolina. Em todo o Estado existe um déficit de UTI neonatal além da centralização já descrita. Ocorre também uma centralização dos profissionais de obstetrícia, principalmente dos anestesistas. Em todo o Estado existe um déficit deste profissional em relação às necessidades da população residente.

A mortalidade materna e perinatal também não são igualmente distribuídas. Apesar de não haver correlação estatística entre os dados de estrutura e de profissionais com as mortalidades maternas e neonatais precoces divididas por GERES, existe um déficit destes serviços em relação aos calculados como necessários em locais onde há excesso de mortes maternas e neonatais precoces, sendo o observado maior que o esperado.

A morte materna é um evento sentinela que é marcador da qualidade da assistência prestada no pré-natal, parto e puerpério. Mais estudos são necessários para elucidar indicadores que possam ser generalizados ou refutados, visto que em muitos casos as mortes só são

elucidadas a partir de investigação caso a caso. É importante melhorar a assistência materno-infantil no Estado de Pernambuco tanto na ampliação da rede quanto efetivação da regionalização. A estratégia Rede Cegonha se propõe a esse fim e serão necessários novos trabalhos para avaliação da implantação da mesma.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, W.S.; SZWARCOWALD, C.L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 68-76, 2012.
- ARAÚJO, C.C.F.; PONTES, J.L.; PONTES, T.L. Potencialidades e fragilidades de atenção à saúde da mulher no município de Surubim. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 2, n. 2, p. 24-29, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101/GM, de 12 de junho de 2002. **Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** Brasília, 2004, 14 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, 2006, 76 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui – no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha.**
- COSTA, G.D. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, s. 1, p. 1347-1357, 2009.
- GABRYSCH, S. et al. New Signal Functions to Measure the Ability of Health Facilities to Provide Routine and Emergency Newborn Care. **PLOS Medicine**, v. 9, n. 11, 2012.
- HEMOPE. Secretaria Estadual de Saúde. Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco. **Interiorização**, 2014.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico Brasileiro de 2010**, 2010.
- IPEA. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento.** Brasília, 2010, 184 p.
- LEITE, R. M. B., **Mortalidade materna no Recife: análise das trajetórias das mulheres.** Dissertação, Núcleo Integrado de Pós-graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Pernambuco, 2006.

MENEZES, D.C.S. et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, março, 2006.

ONU. **Nações Unidas: Declaração do Milênio**. Nova Iorque, set. 2000. 17 p.

PARMANUM, J. et al. Nacional census of availability of neonatal intensive care. **British Medical Journal**, v. 321, p. 727-729, set 2000.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Cadernos de Informações em Saúde por região do Estado**, 2014.

PINHEIRO, H. D. M., **Do domicílio ao parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife – PE**. Dissertação, Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Pernambuco, 2014

SANTOS, M.A.S.; CRUZ, J.B.; SILVA, V.R. Desafios da regionalização da assistência à gestante e ao parto na V GERES, Garanhuns, Pernambuco. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 2, n. 2, p. 11-14, 2011.

WHO; UNICEF; UNFPA. Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. New York, 1997.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam uma desestruturação da rede de atenção obstétrica do Estado de Pernambuco, que tem como consequência o desrespeito ao direito das mulheres de saberem com antecedência o serviço de saúde onde irá ocorrer o seu parto e construir vínculo com o mesmo.

A rede de atenção obstétrica é desigualmente distribuída e estruturada. Existe uma centralização dos serviços e especialistas na capital e região metropolitana, assim como em Petrolina. Além da concentração, há no Estado um déficit de leitos de UTI neonatal.

A mortalidade materna e perinatal também não são proporcionalmente distribuídas. Existe um déficit de serviços em relação aos calculados como necessários em locais onde há excesso de mortes maternas e neonatais precoces.

Por último, conclui-se que é importante melhorar a assistência materno-infantil no Estado de Pernambuco tanto na ampliação da rede quanto na efetivação da regionalização. A estratégia que se propõe a esse fim, a Rede Cegonha, ainda está em fase de implantação. Assim, serão necessários novos estudos para avaliação dos seus resultados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, W.S.; SZWARCOWALD, C.L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 68-76, 2012.

ARAÚJO, C.C.F.; PONTES, J.L.; PONTES, T.L. Potencialidades e fragilidades de atenção à saúde da mulher no município de Surubim. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 2, n. 2, p. 24-29, 2011.

ASSUNÇÃO, M.F.; SOARES, R.C.; SERRANO, I. A Superlotação das Maternidades em Pernambuco no contexto atual da Política de Saúde. **Serviço Social em Revista**, v. 16, n. 2, p. 05-35, 2014.

BARBASTEFANO, P.S.; GIRIANELLI, V.R.; VARGENS, O.M.C. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 708-714, dez 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. **Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema “Alojamento Conjunto”**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101/GM, de 12 de junho de 2002. **Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, 2004, 14 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067 de 04 de julho de 2005. **Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418/GM de 02 de dezembro de 2005. **Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006, 76 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. **Sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui – no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 650, de 05 de outubro de 2011. **Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha**.

BRAYNER, M.C. **Perfil dos óbitos maternos tardios de mulheres residentes no Estado de Pernambuco, Quadriênio 2005-2008**. 2011. 31 f. Monografia (Curso de Especialização em Saúde Coletiva) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2011.

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

CARVALHO, M.V.G. **Os extremos e possibilidades de um serviço hospitalar de referência obstétrica na IV Região de Saúde de Pernambuco: avaliação e delineamento dos encaminhamentos municipais**. 2011. 119 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2011.

CECILIO, L.C.O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, s. 11, p. 2893-2902, 2012.

CLT. Consolidação das Leis do Trabalho – DL-005.452-1943. Título III – Das Normas Especiais de Tutela do Trabalho. Capítulo III – Da Proteção do Trabalho da Mulher. **Seção V – Da Proteção à Maternidade**. Brasília, 2008.

COSTA, G.D. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, s. 1, p. 1347-1357, 2009.

CUNHA, S.F. et al. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 441-447, jul/set 2010.

Departamento de Informática do SUS – DATASUS [website] Brasil: Ministério da Saúde – Brasil.

DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 12, p. 2647-2655, dez, 2006.

GABRYSCH, S. et al. New Signal Functions to Measure the Ability of Health Facilities to Provide Routine and Emergency Newborn Care. **PLOS Medicine**, v. 9, n. 11, 2012.

HEMOPE. Secretaria Estadual de Saúde. Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco. **Interiorização**, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico Brasileiro de 2010**, 2010.

IPEA. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília, 2010, 184 p.

LEAL, M.C. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, n. 15, 2012.

LEAL, M.C. et al. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. **Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**, 2014.

- LEITE, R. M. B., **Mortalidade materna no Recife: análise das trajetórias das mulheres**. Dissertação, Núcleo Integrado de Pós-graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Pernambuco, 2006.
- MEDRONHO, R.A. Estudos Ecológicos. In: MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo, 2ª ed., Editora Atheneu, p. 265-274, 2009.
- MELO, E.C.P.M. et al. A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 804-809, 2007.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, s. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MENEZES, D.C.S. et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, março, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3ª edição, Brasília, 2007.
- OMS. **Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth**. Geneva, 2012. 112 p.
- ONU. **Nações Unidas: Declaração do Milênio**. Nova Iorque, set. 2000. 17 p.
- PARMANUM, J. et al. National census of availability of neonatal intensive care. **British Medical Journal**, v. 321, p. 727-729, set 2000.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Lei nº 13.959 de 15 de dezembro de 2009. **Programa Mãe Coruja Pernambucana**.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife, 2011, 20p.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. Diretoria Geral de Fluxos Assistenciais. **Manual Operacional – Central de Regulação de Leitos**. Recife, março 2014.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Cadernos de Informações em Saúde por região do Estado**, 2014.
- PHILPOTT, R.H.; CASTLE, W.M. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. I. The alert line for detecting abnormal labour. **Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth**, v 79, p 592-598, 1972.
- PINHEIRO, H. D. M., **Do domicílio ao parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife – PE**. Dissertação, Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Pernambuco, 2014
- SANTOS, M.A.S.; CRUZ, J.B.; SILVA, V.R. Desafios da regionalização da assistência à gestante e ao parto na V GERES, Garanhuns, Pernambuco. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 2, n. 2, p. 11-14, 2011.

SCHRAMM, J.M.A.; SZWARCOWALD, C.L.; ESTEVES, M.A.P. Assistência obstétrica e risco de internação na rede de hospitais do Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 590-597, 2002.

TANAKA, A.C.A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. Editora Hucitec, São Paulo, 1995.

UNICEF. **Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2012**. Nova Iorque, 2012, 44 p.

VALONGUEIRO, S. A Experiência do Comitê Estadual de Pernambuco no enfrentamento da mortalidade materna. In: LANSKY, S.; LEÃO, M.R.C., organizadores. **Seminário BH para o parto normal**. Belo Horizonte, MG, Rona Editora, p. 64-67, 2008.

VIELLAS, E.F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, s. 1, p. 85-100, 2014.

WHO; UNICEF; UNFPA. Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. New York, 1997.

APÊNDICES

Apêndice A – disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n4/1519-3829-rbsmi-16-04-0447.pdf>

ARTIGOS ORIGINAIS

Assistência ao parto e inadequação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco

Lucia Katharina Rohr ¹

Sandra Valongueiro ²

Thália Velho Barreto de Araújo ³

¹⁻³ Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife, PE, Brasil. Email: lucia.rohr@ufpe.br

Resumo

Objetivos: saber o local onde irá ocorrer o parto é um direito da gestante no Brasil e uma estratégia de organização da rede de atenção obstétrica. Este estudo tem como objetivo avaliar a distribuição dos partos dos nascidos vivos (NV) da Gerência Regional de Saúde (GERES) I do Estado de Pernambuco em 2012.

Métodos: a partir das Declarações de Nascidos Vivos, foram investigados deslocamentos do município de residência da mãe e de ocorrência do parto. Foram construídos mapas de fluxo para o Recife e estimado o número esperado de NV com parto de risco habitual e de alto risco para os municípios da GERES I.

Resultados: em 2012 apenas 50% dos NV da GERES I nasceram no município de residência da mãe. Em Recife ocorreram 1,5 vezes o número de partos esperados para o ano, sendo 56% de mães não residentes. Onze municípios da GERES I têm maternidade, mas nenhum responde ao volume esperado de partos de risco habitual.

Conclusões: esta desestruturação da rede obstétrica viola o direito da mulher de saber com antecedência e construir vínculo com o local do parto. Alguns municípios da GERES I realizam menos partos do que o esperado, levando a transferências desnecessárias e a superlotação das maternidades do Recife.

Palavras-chave Assistência ao parto, Regionalização, Acesso aos serviços de saúde, Distribuição espacial da população

Introdução

Uma estratégia para melhorar a distribuição dos partos no território é a descentralização, que compõe as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É direito garantido por lei o estabelecimento de um vínculo, durante o pré-natal, da gestante com serviço de obstetria no qual vai ocorrer o parto.¹

A regionalização da assistência ao parto deve estruturar-se por meio da descentralização. No Brasil, essas iniciativas são recentes, configurando disparidades entre as coberturas de assistência pré-natal e a rede de assistência ao parto e nascimento, ainda insuficiente para a demanda. Na ausência de regionalização efetiva ocorre um fluxo desordenado de gestantes, levando à peregrinação das mulheres em busca de um local para o parto.²

Na definição da rede de atenção obstétrica cabe ao município, por meio da atenção básica, garantir assistência pré-natal e ao parto de risco habitual, assegurando o encaminhamento das gestantes de alto risco às unidades de complexidade adequada ao atendimento. Desta forma o município desempenha um papel primordial na manutenção do sistema como rede integrada. A demanda referente ao alto risco fica reservada aos serviços especializados que incorporam maior tecnologia.³

As redes regionalizadas de atenção obstétricas devem orientar o processo de descentralização e integração das ações e serviços de saúde. A regionalização deve ser o eixo estruturante da gestão, como definido pelo Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão.⁴ Nesse modelo, cada regional de saúde deve ser autossuficiente no mínimo até a média complexidade, através de processos de negociação e pactuação entre gestores. O Programa Mãe Coruja, criado para a redução da morbimortalidade materna e infantil no Estado, previa a (re)estruturação da assistência obstétrica dentro de cada Gerência Regional de Saúde (GERES). Estas estão agrupadas em quatro macrorregiões, tendo-se como pressuposto que deveriam responder internamente à demanda das gestantes de alto risco⁵ com a, conseqüente, diminuição dos deslocamentos para o parto.

Além disso, o local ideal para o parto é aquele escolhido pela mulher, que seja seguro e com o qual ela possa construir um vínculo durante a gestação. As gestantes de risco habitual devem preferencialmente dar à luz em serviços próximos a sua residência, possibilitando o acompanhamento do companheiro, familiares e amigos, evitando os riscos de longos deslocamentos.¹

Como estratégia para diminuir deslocamentos desnecessários e organizar o fluxo de gestantes para

diminuir deslocamentos desnecessários e organizar o fluxo de gestantes para os serviços disponíveis mais próximos à mulher de acordo com o nível de complexidade requerido, foi criada a Central de Regulação de Leitos. Ela integra a gestão da atenção obstétrica do estado de Pernambuco e regula gestantes de todo o seu território.⁶

Em 2011, foi lançada pelo Ministério da Saúde a estratégia Rede Cegonha, objetivando melhorar a atenção às mulheres e seus recém-nascidos, fundamentada nos princípios da humanização da assistência. Propõe-se ampliar o acesso, o acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; vincular a gestante à unidade de referência para assistência ao parto; realizar o parto e nascimento seguros através de boas práticas.⁷ Contudo, em Pernambuco, a rede ainda se encontra em processo de implementação.

A Rede Cegonha segue a lógica da regionalização⁸ no Estado de Pernambuco. O Recife, capital do Estado, é sede da Macrorregional I e concentra os hospitais de alto risco obstétrico. Assim, deveria receber as gestantes de alto risco (estimado pela Organização Mundial de Saúde em 15% de todas as gestações) dos municípios das GERES I, II, III e XII, que compõem a Macrorregional. Além disso, deve realizar os partos de suas mulheres de risco habitual. O objetivo desse estudo é descrever a distribuição dos partos dos nascidos vivos da GERES I do Estado de Pernambuco em 2012 e os deslocamentos feitos pelas mulheres na ocasião do parto. A hipótese é que a superlotação dos serviços de obstetria do Recife decorre não apenas da transferência das gestantes de alto risco dos outros municípios da Macrorregional, mas principalmente pelo encaminhamento inadequado das maternidades de risco habitual na própria GERES I, que acaba levando as mulheres a parir na capital.

Métodos

Trata-se de um estudo do tipo ecológico de base populacional, tendo como unidade de análise o município, realizado a partir das declarações de nascidos vivos (DNV), de mulheres residentes em Pernambuco, registrados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) com nascimento de 01/01/2012 a 31/12/2012. A área de estudo foi a Macrorregional de Saúde I que inclui as Gerências Regionais de Saúde (Geres) I, II, III e XII do Estado. A população de estudo foi composta por todas as mulheres residentes na área de estudo com nascidos vivos no período descrito. Foram investigados os municípios de residência da mãe e de ocorrência do parto. Os NV de mães residentes nos municípios da

GERES I foram categorizados como nascidos no município de residência ou fora dele.

A capacidade de realização de partos pelos municípios foi definida pelo número de partos efetivamente realizados, independentemente do município de residência de origem das mulheres. Também foi calculado o número de NV de alto risco e risco habitual por município, considerando os parâmetros de 15% e 85% do número total, respectivamente.⁸ Para esse cálculo foram considerados os NV de mães residentes daquele município, independentemente do município em que ocorreu o nascimento. Para cada município da GERES I, exceto o Recife, foi aplicado o teste de qui-quadrado, para avaliar se houve diferença significativa entre o número de RN de alto risco estimado e o número de RN nascidos ocorrido no Recife.

Para demonstrar o deslocamento das gestantes dos seus municípios de residência para o local de ocorrência dos partos, foram construídos mapas de fluxo do deslocamento com o programa ArcGIS 9.3. Os mapas de fluxo representam o movimento de pessoas no espaço, demonstrando o sentido e a grandeza do movimento estudado por meio de vetores traçados sobre o itinerário percorrido.⁹ No presente estudo o fluxo foi caracterizado quantitativamente por meio de espessuras proporcionais, possibilitando a identificação do volume do tráfego entre o município de residência e o local do parto. Como o percurso intermediário não era verificável com os dados do SINASC foram utilizados somente a origem e os destinos finais.

Foram feitos dois mapas, o primeiro representa os deslocamentos que ocorreram dos municípios de residência para o local de ocorrência do parto. O segundo, coteja o volume de partos ocorridos com o esperado para o Recife – sede da macrorregião I e referência para o alto risco, que representariam 15% de NV de alto risco de mães residentes nos demais municípios.

Os municípios identificados com mais de 300 NV de risco habitual de mães residentes no ano foram considerados como adequados à existência de serviços de assistência ao parto. Segundo critérios internacionais, a existência de serviços que realizam abaixo de 300 partos por ano não se justifica em termos financeiros e operacionais, a não ser em municípios de acesso muito difícil.¹⁰

Resultados

No ano estudado nasceram 46.072 NV no Recife, 20.126 (44%) de mães residentes, quando seriam esperados 31.606 NV (somados o alto risco e o risco

habitual de residentes). Por outro lado, do total de 22.641 NV de mulheres residentes no Recife, 2.515 (11%) ocorreram fora do município. Do total de partos de NV ocorridos no Recife, 62% (28.558) foram na rede SUS. A Figura 1 mostra o número de partos de NV ocorridos e esperados no Recife segundo a GERES de residência da mãe em Pernambuco.

Em 2012, o Recife respondeu a 88,9% da demanda de partos de nascidos vivos de mães residentes. Dos partos de mulheres recifenses ocorridos fora da cidade 95% (2.386) foram em maternidades da rede SUS. A maioria foi encaminhada para unidades de saúde localizadas em Olinda ou Jaboatão dos Guararapes. Olinda recebeu 4,7% dos NV de mães residentes no Recife e Jaboatão 3%. Os demais municípios da GERES I receberam 3%, enquanto 0,6% nasceram fora da GERES ou do próprio estado.

Dos 59.479 nascidos vivos registrados no SINASC de mães residentes na GERES I apenas 50% (29.712) nasceram no município de residência da mãe. Considerando que o esperado para alto risco corresponde a 15%⁸ estimou-se 8.921 nascidos vivos de alto risco e 55.557 de risco habitual. Dentre os NV na rede do SUS o volume de nascimentos ocorridos excedeu o que seria esperado baseado em critérios de risco (Figura 2).

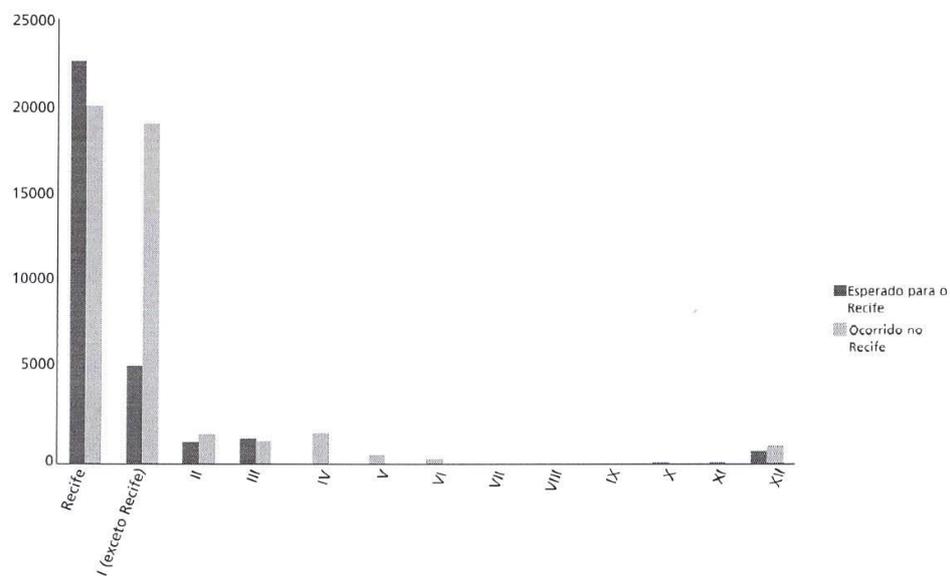
Dos vinte municípios da GERES I, nove tiveram menos de 300 NV de mães residentes: Igarassu, Glória do Goitá, Pombos, Itapissuma, Araçoiaba, Chã Grande, Ilha de Itamaracá, Chã de Alegria e Fernando de Noronha. Para todos esses municípios, exceto Igarassu, o número esperado de NV de mães residentes também era inferior a 300 NV.

O município de Igarassu teve 1.516 NV de mães residentes, dos quais 1.289 são estimados de risco habitual. Ocorreram no município apenas 31 partos no ano de 2012, dos quais 25 eram de mães residentes. Os municípios de Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Vitória de Santo Antão, Ipojuca, São Lourenço da Mata, Abreu e Lima e Moreno têm maternidades de risco habitual. Porém, nenhum desses municípios atendeu aos 85% do número estimado de nascidos vivos de risco habitual de mães residentes, ainda que alguns realizem número superior ao esperado (Figura 3).

Os Mapas de Fluxo (Figura 4) mostram o deslocamento de gestantes residentes em municípios da GERES I para o Recife. O Mapa I demonstra os deslocamentos efetivamente realizados e o Mapa II evidencia os deslocamentos esperados por alto risco (15% dos NV de mães residentes de cada

Figura 1

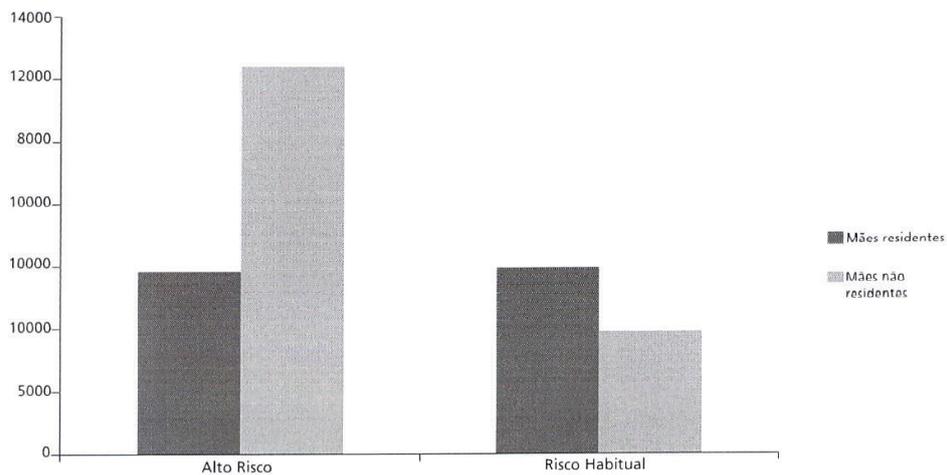
Número de nascidos vivos esperados e ocorridos no Recife por GERES de residência da mãe, 2012.



Fonte: SINASC/DATASUS, 2012.

Figura 2

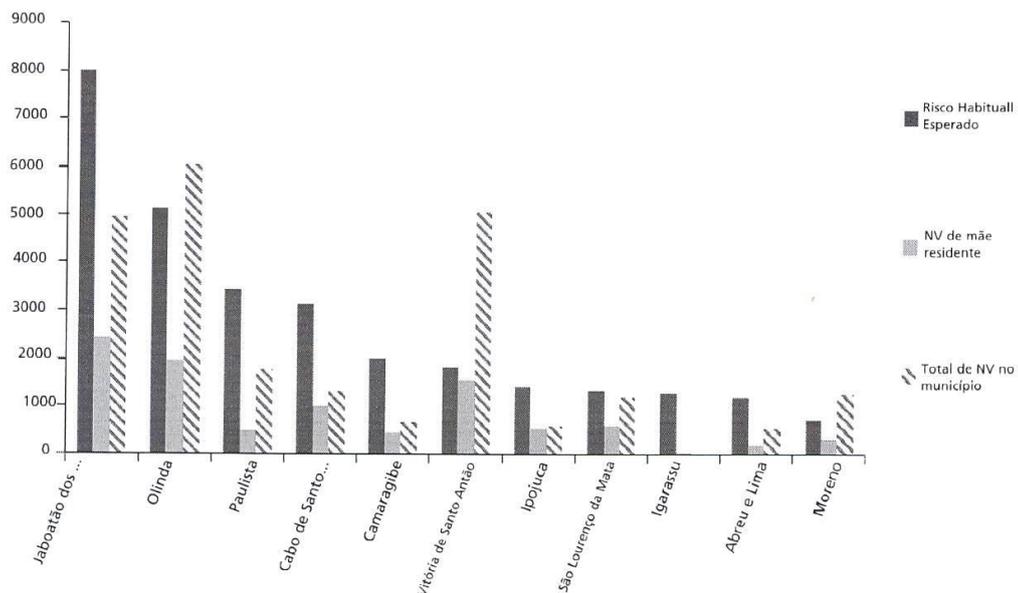
Número de nascidos vivos esperados e ocorridos no Recife por GERES de residência da mãe, 2012.



Fonte: SINASC/DATASUS, 2012.

Figura 3

Número de nascidos vivos de risco habitual esperado por município de residência da mãe, número de nascidos vivos ocorridos por residência da mãe e total de nascidos vivos por municípios da GERES I. Pernambuco, 2012.

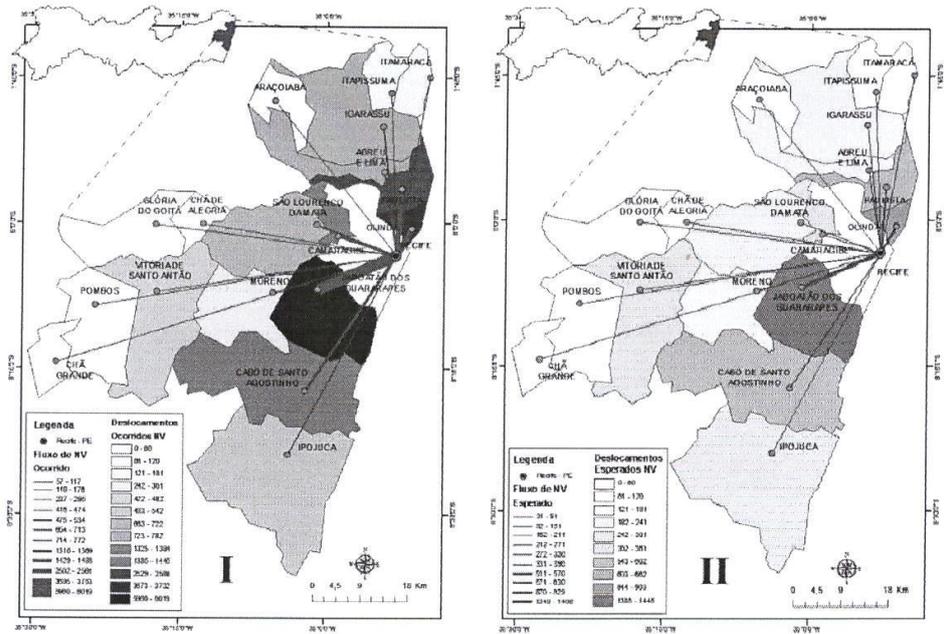


Fonte: SINASC/DATASUS, 2012.

Rohr LK et al.

Figura 4

Mapa I: Deslocamentos das mães da GERES I para o Recife, local onde ocorreram os nascimentos vivos. Pernambuco, 2012.
 Mapa II: Deslocamentos esperados de Alto Risco (15% dos NV de mães residentes de cada município da GERES). Pernambuco, 2012.



Fonte: SINASC/DATASUS, 2012.

Tabela 1

Número de nascidos vivos ocorridos no Recife e número de nascidos vivos de alto risco estimados por município da GERES I, com o valor de *p*, por município de residência da mãe. Pernambuco, 2012.

Município de residência da mãe	Nascidos vivos ocorridos no Recife	Estimativa do número de nascimentos de alto risco	<i>p</i>
Jaboatão dos Guararapes	6019	1408	<0,001
Olinda	3727	901	<0,001
Paulista	2553	603	<0,001
Cabo de Santo Agostinho	1437	548	<0,001
Camaragibe	1354	350	<0,001
Abreu e Lima	766	209	<0,001
Igarassu	706	227	<0,001
São Lourenço da Mata	678	237	<0,001
Ipojuca	499	245	<0,001
Vitória de Santo Antão	422	319	<0,001
Moreno	260	124	<0,001
Itapissuma	162	54	<0,001
Ilha de Itamaracá	143	47	<0,001
Glória do Goitá	105	65	0,002
Araçoiaba	78	49	0,010
Pombos	68	57	0,325
Chã de Alegria	60	31	0,002
Chã Grande	57	47	0,327
Fernando de Noronha	15	3	0,005

Fonte: SINASC/DATASUS, 2012.

município). O número de NV ocorridos no Recife de mães residentes na GERES I, excluindo o Recife, foi significativamente superior ao esperado para alto risco, exceto para Pombos e Chã de Alegria (Tabela 1).

Discussão

O município de Recife em 2012 fez 46% a mais do que o esperado de partos de NV para a sede da Macrorregional I, apesar de ter realizado apenas 89% dos partos de NV de mães residentes no município. Ainda, Recife recebeu 43% do total das mulheres de risco habitual que deveriam ter sido atendidas em seus municípios de residência, além de mulheres de outras Macrorregionais de Saúde do Estado. Dentre os doze municípios com número de nascidos vivos que justificava a existência de serviço de atenção obstétrica, apenas um não dispunha. Apesar de terem serviços próprios que realizaram partos em maior número do que esperado para o risco habitual, nenhum deles respondeu à própria demanda.

Uma das limitações do presente estudo é que a

análise dos deslocamentos contemplou apenas o local de residência e o local de ocorrência do parto, não permitindo identificar dificuldades no acesso às maternidades e a peregrinação das mulheres até o local do parto. Estudo realizado em 2013 para avaliar a peregrinação das mulheres pernambucanas, entrevistou 618 puérperas residentes em 123 municípios com partos em maternidades de alto risco do Recife, evidenciou que a metade das mulheres estudadas teve que buscar assistência em duas maternidades para ser efetivamente admitidas em maternidade; 11,5% procuraram três ou mais.¹¹ Pesquisa de abrangência nacional,¹² realizada entre 2011-2012, documentou que a peregrinação no momento da internação para o parto foi mais frequente entre as mulheres residentes na Região Nordeste do país.

A rede de atenção obstétrica da Macrorregional I deveria oferecer serviços de atenção ao parto às mulheres que nela residem, adequados ao nível de complexidade do parto e à proximidade do local de residência das mulheres. O estabelecimento de redes de atenção à saúde melhora a qualidade dos serviços, os indicadores de saúde e a satisfação dos usuários, além de reduzir custos do sistema de saúde.¹³ A

definição de redes integradas pressupõe que os serviços de atenção primária, sítio principal da atenção pré-natal, façam a coordenação do fluxo do cuidado,¹⁴ com definição efetiva de sistemas de referência e contrarreferência para assegurar a integralidade.

No modelo de organização proposto para a rede SUS do Recife os partos de risco habitual deveriam ocorrer nas maternidades da rede municipal. Ressalta-se que nesses serviços 40% dos partos realizados foram de mulheres não residentes, evidenciando que a rede municipal do Recife atende mulheres de risco habitual de outros municípios. Paradoxalmente, essa rede deixou de atender às mulheres residentes com partos de risco habitual, deslocando estas aos serviços de alta complexidade ou para fora do município. Essa inadequação no referenciamento leva à superlotação desnecessária das maternidades do Recife, principalmente aquelas de alto risco que deveriam ser exclusivas para os casos de maior complexidade.

Seria adequado transferir para o Recife apenas as mulheres de alto risco residentes nos dezenove municípios da GERES I, porém foi atendido número três vezes maior do que seria esperado para o alto risco. Tais transferências seriam aceitáveis apenas para os oito municípios com número esperado de nascimento que não justifica a existência de serviço de assistência obstétrica.¹⁰

Ressalte-se que metade das mulheres da GERES I tiveram seus filhos fora do município de residência, o que evidenciou a desestruturação da rede. Além disso, mulheres de outras Macrorregionais de Saúde tiveram partos na capital, o que não deveria ocorrer, visto que cada Macrorregional deveria absorver a totalidade dos nascimentos. Em 2013, pesquisa realizada no Recife evidenciou que oitenta por cento das puérperas entrevistadas não tiveram seus partos nas maternidades que haviam sido indicadas no pré-natal.¹¹

Normas estabelecidas pela Central de regulação de leitos do Estado de Pernambuco admite a transferência de mulheres de risco habitual para outra unidade no mesmo nível de complexidade ou para unidades de atendimento ao alto risco, quando da "falta de equipamentos ou equipe incompleta".⁶ É possível que o volume de partos de risco habitual realizado em unidade com complexidade inadequada seja resultado da precarização da rede do SUS.¹⁵ As inúmeras situações que levam a restrição de admissão aos serviços de atenção ao parto causam a subutilização de leitos obstétricos de risco habitual e gastos públicos desnecessários para manutenção de serviços que não utilizam toda a sua capacidade. Por outro lado, serviços que estão funcionando normalmente ficam superlotados, com diminuição da quali-

dade da assistência e peregrinação de mulheres em busca de um local para dar à luz.³ A restrição de serviços de alto risco só pode ser estabelecida em situações excepcionais.⁶ Um sistema eficaz de regulação e referência, assim como protocolos clínicos de avaliação de risco, reduziria essa distorção no acesso.¹⁶

Um dos caminhos para diminuir a superlotação dos serviços de atenção ao parto no Recife é garantir o funcionamento permanente das maternidades de risco habitual de toda GERES I. As transferências de gestantes de risco habitual se justificariam apenas para os municípios com menos de 300 NV de mães residentes. Seria recomendável o estabelecimento de uma maternidade de risco habitual no município de Igarassu, pois a demanda existente sobrecarrega serviços de outros municípios, em especial do Recife. Por meio do estudo do fluxo dos usuários é possível identificar problemas de acesso em áreas com poucos serviços, oportunidades de desconcentração e alternativas para regionalização,⁹ situações evidenciadas na área estudada.

Os achados evidenciaram que o vínculo das gestantes com serviços próximos da residência foram secundarizados. Estudo realizado no Rio de Janeiro apontou que a avaliação de satisfação das mulheres em relação ao atendimento no parto estava associada principalmente a conseguir uma vaga para internação.¹⁷ Saber o local onde vai ocorrer o parto, além de ser um direito, é uma forma de dar maior tranquilidade à gestante. A criação de vínculo entre as gestantes e um serviço de atenção ao parto durante o pré-natal também aumenta a cobrança social para que os municípios se responsabilizem em assegurar a atenção ao parto de risco habitual.²

Segundo Mendes,¹³ as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, com uma missão única, objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente. Oferecendo assim uma atenção contínua e integral, prestada em local e tempo oportuno, com custo e qualidade adequada e de forma humanizada.¹³ Faz-se necessária uma efetivação da rede de atenção obstétrica regionalizada na área estudada por meio do fortalecimento de pactuações entre gestores municipais, uma melhor distribuição dos serviços de atenção obstétrica e um sistema mais eficiente de referência para os municípios próximos.

Os resultados desse estudo mostraram uma desestruturação da rede obstétrica na GERES I do estado de Pernambuco. Essa desestruturação leva à superlotação das maternidades do Recife, tendo como consequência a violação do direito das mulheres de saberem com antecedência o serviço de saúde onde irá ocorrer o seu parto e construir vínculo com o mesmo.

Referências

1. Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 28 dez 2007; Seção 1.
2. Cunha SF, Júnior ADE, Rios CTF, Pestana AL, Moche EG, Paiva SS. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. *Cogitare Enferm*. 2010; 15 (3): 441-47.
3. Santos MAS, Cruz JB, Silva VR. Desafios da regionalização da assistência à gestante e ao parto na V GERES, Garanhuns, Pernambuco. *Journal of Management and Primary Health Care*. 2011; 2 (2): 11-4.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, DF; 2006.
5. Pernambuco. Lei nº 13.959 de 15 de dezembro de 2009. Programa Mãe Coruja Pernambucana. Diário Oficial do Estado de Pernambuco 16 dez 2009; Seção 1.
6. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Manual Operacional – Central de Regulação de Leitões. Recife, PE; 2014.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui – no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 27 jun 2011; Seção 1.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 05 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Diário Oficial da União 6 out 2011; Seção 1.
9. Melo ECP, Knupp VMAO, Oliveira RB, Tonini T. A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007; 41: 804-9.
10. Schramm JMA, Szwarcwald CL, Esteves MAP. Assistência obstétrica e risco de internação na rede de hospitais do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36 (5): 590-7.
11. Pinheiro HDM. Do domicílio ao parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife – PE [dissertação]. Recife: Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco; 2014.
12. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (1): S85-S100.
13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15 (5): 2297-2305.
14. Cecílio LCO, Andrezza R, Carapinheiro G, Aratijo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, Meneses CS, Pinto NRS, Reis DO, Santiago S, Souza ALM, Spedo AM. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17 (11): 2893-2902.
15. Assunção MF, Soares RC, Serrano I. A Superlotação das Maternidades em Pernambuco no contexto atual da Política de Saúde. *Serviço Social em Revista*. 2014; 16(2): 05-35.
16. Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22 (3): 553-9.
17. Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22 (12): 2647-55.

Recebido em 28 de Janeiro de 2016

Versão final apresentada em 8 de Novembro de 2016

Aprovado em 21 de Dezembro de 2016

Apêndice B

MORTALIDADE MATERNA

Nascidos Vivos de mães residentes, NV e mortes maternas ocorridas e esperadas, necessidade de estrutura e estrutura existente (2010-2012).

GERES DE RESIDÊNCIA DA MÃE	NV DE MÃES RESIDENTES 2010-2012	NASCIMENTOS ESPERADOS 2010-2012	TOTAL DE NV OCORRIDOS NA GERES	MORTES MATERNAS	MORTES MATERNAS ESPERADAS	NECESSIDADE DE LEITOS OBSTÉTRICOS	NECESSIDADE DE LEITOS OBSTÉTRICOS EXISTENTES	LEITOS OBSTÉTRICOS EXISTENTES
1	173832	183957.8	205685	107	69.5	1094.5	1066	1066
2	25219	21436.2	18109	16	10.1	158.6	196	196
3	28057	23848.5	24826	26	11.2	161.0	280	280
4	58803	62837.3	46461	36	23.5	347.6	330	330
5	26895	22860.8	24826	16	10.8	143.8	182	182
6	20146	17124.1	17857	11	8.1	107.1	166	166
7	7869	6688.7	8632	6	3.1	38.8	108	108
8	24671	28767.4	23114	23	9.9	121.7	138	138
9	19440	16524.0	17911	18	7.8	91.8	137	137
10	8629	7334.7	8352	5	3.5	50.6	68	68
11	12092	16408.3	11317	8	4.8	62.7	136	136
12	14229	12094.7	7650	5	5.7	84.8	92	92
PE	419882	419882.0	414740	277	168.0	2463.0	2899	2899

GERES DE RESIDÊNCIA DA MÃE	NECESSIDADE DE OBSTETRAS	OBSTETRAS EXISTENTES	NECESSIDADE DE ANESTESISTAS	ANESTESISTAS EXISTENTES	NECESSIDADE DE UTI ADULTO	LEITOS DE UTI ADULTO EXISTENTES
1	781.8	1667	781.8	1039	390.9	941
2	113.3	77	113.3	30	56.6	10
3	115.0	71	115.0	31	57.5	20
4	248.3	152	248.3	115	124.1	42
5	102.7	65	102.7	35	51.4	26
6	76.5	52	76.5	16	38.3	13
7	27.7	30	27.7	11	13.9	0
8	86.9	131	86.9	53	43.5	65
9	65.6	26	65.6	18	32.8	0
10	36.2	34	36.2	15	18.1	3
11	44.8	54	44.8	28	22.4	13
12	60.6	42	60.6	11	30.3	0
PE	1759.3	2401	1759.3	1402	879.6	1133

MORTALIDADE MATERNA

Coefficiente de correlação (r) da investigação de associação entre a SMR para morte materna e a suficiência dos indicadores da estrutura.

GERES DE RESIDÊNCIA DA MÃE	R_MM	R_NV	R_LO	R_OBST	R_ANEST	R_UTI
1	1.54	1.12	0.97	2.13	1.33	2.41
2	1.59	0.84	1.24	0.68	0.26	0.18
3	2.32	1.04	1.74	0.62	0.27	0.35
4	1.53	0.74	0.95	0.61	0.46	0.34
5	1.49	1.09	1.27	0.63	0.34	0.51
6	1.37	1.04	1.55	0.68	0.21	0.34
7	1.91	1.29	2.78	1.08	0.40	0.00
8	2.33	0.80	1.13	1.51	0.61	1.50
9	2.31	1.08	1.49	0.40	0.27	0.00
10	1.45	1.14	1.34	0.94	0.41	0.17
11	1.65	0.69	2.17	1.21	0.63	0.58
12	0.88	0.63	1.09	0.69	0.18	0.00
PE	1.65	0.99	1.18	1.36	0.80	1.29
	0.000000	0.296	0.293	0.028	0.036	0.107

MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE

Nascidos Vivos de mães residentes, NV e mortes neonatais precoces ocorridas e esperadas, necessidade de estrutura e estrutura existente (2010-2012).

GERES DE RESIDÊNCIA DA MÃE	NV DE MÃES RESIDENTES 2010-2012	NASCIMENTOS ESPERADOS 2010-2012	TOTAL DE NV OCORRIDOS NA GERES	MORTES NEOTATAIS PRECOCES	MORTES NEONATAIS PRECOCES ESPERADAS	NECESSIDADE DE LEITOS OBSTÉTRICOS	LEITOS OBSTÉTRICOS EXISTENTES
1	173832	183957.8	205685	1167	1025.6	1094.5	1066
2	25219	21436.2	18109	183	148.8	158.6	196
3	28057	23848.5	24826	191	165.5	161.0	280
4	58803	62837.3	46461	445	346.9	347.6	330
5	26895	22860.8	24826	226	158.7	143.8	182
6	20146	17124.1	17857	205	118.9	107.1	166
7	7869	6688.7	8632	89	46.4	38.8	108
8	24671	28767.4	23114	219	145.6	121.7	138
9	19440	16524.0	17911	222	114.7	91.8	137
10	8629	7334.7	8352	69	50.9	50.6	68
11	12092	16408.3	11317	151	71.3	62.7	136
12	14229	12094.7	7650	96	84.0	84.8	92
PE	419882	419882.0	414740	3263	2477.3	2463.0	2899

GERES DE RESIDÊNCIA DA MÃE	NECESSIDADE DE OBSTETRAS	OBSTETRAS EXISTENTES	NECESSIDADE DE ANESTESISTAS	ANESTESISTAS EXISTENTES	NECESSIDADE DE UTI NEONATAL	LEITOS DE UTI NEONATAL EXISTENTES
1	781.7514	1667	781.7514	1039	118.952	162
2	113.2662	77	113.2662	30	16.722	6
3	114.981	71	114.981	31	19.586	10
4	248.2938	152	248.2938	115	39.466	20
5	102.732	65	102.732	35	17.456	7
6	76.5204	52	76.5204	16	13	0
7	27.7438	30	27.7438	11	5.196	0
8	86.9426	131	86.9426	53	16.542	54
9	65.5732	26	65.5732	18	12.682	8
10	36.156	34	36.156	15	5.864	0
11	44.7758	54	44.7758	28	7.89	3
12	60.5534	42	60.5534	11	9.558	0
PE	1759.2896	2401	1759.2896	1402	282.914	270

MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE

Coefficiente de correlação (r) da investigação de associação entre a SMR para morte neonatal precoce e a suficiência dos indicadores da estrutura.

GERES DE RESIDÊNCIA DA MÃE	R_MNP	R_NV	R_LO	R_OBST	R_ANEST	R_UTI
1	1.14	1.12	0.97	2.13	1.33	1.36
2	1.23	0.84	1.24	0.68	0.26	0.36
3	1.15	1.04	1.74	0.62	0.27	0.51
4	1.28	0.74	0.95	0.61	0.46	0.51
5	1.42	1.09	1.27	0.63	0.34	0.40
6	1.72	1.04	1.55	0.68	0.21	0.00
7	1.92	1.29	2.78	1.08	0.40	0.00
8	1.50	0.80	1.13	1.51	0.61	3.26
9	1.94	1.08	1.49	0.40	0.27	0.63
10	1.36	1.14	1.34	0.94	0.41	0.00
11	2.12	0.69	2.17	1.21	0.63	0.38
12	1.14	0.63	1.09	0.69	0.18	0.00
PE	1.32	0.99	1.18	1.36	0.80	0.95
	correl=	0.14	0.71	-0.11	-0.16	-0.11

ANEXOS

Anexo A



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascimento Vivo

I	Identificação do Recém-nascido	1 Nome do Recém-nascido																					
		Data e hora do nascimento						3 Sexo															
		2 Data			Hora			<input type="checkbox"/> M - Masculino			<input type="checkbox"/> F - Feminino			<input type="checkbox"/> I - Ignorado									
II	Local da ocorrência	4 Peso ao nascer			5 Índice de Apgar			6 Detectada alguma anomalia ou defeito congênito? Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las															
		em gramas			1º minuto			5º minuto			1 <input type="checkbox"/> Sim			2 <input type="checkbox"/> Não			9 <input type="checkbox"/> Ignorado						
		7 Local da ocorrência			8 Estabelecimento			Código CNES															
1 <input type="checkbox"/> Hospital			3 <input type="checkbox"/> Domicílio			9 <input type="checkbox"/> Ignorado																	
2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde			4 <input type="checkbox"/> Outros																				
III	Mãe	9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)						Número		Complemento		10 CEP											
		11 Bairro/Distrito		Código		12 Município de ocorrência		Código		13 UF													
		14 Nome da Mãe						15 Cartão SUS															
16 Escolaridade (última série concluída)						17 Ocupação habitual																	
Nível						Série																	
0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade			3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)			Ignorado			Código CBO 2002														
1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª série)			4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto			9 <input type="checkbox"/> Superior completo			(Informar anterior, se aposentada/desempregada)														
2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª série)			5 <input type="checkbox"/> Superior completo																				
18 Data nascimento da Mãe			19 Idade (anos)			20 Naturalidade da Mãe			21 Situação conjugal			22 Raça / Cor da Mãe											
						Município / UF (se estrangeiro informar País)			1 <input type="checkbox"/> Solteira			4 <input type="checkbox"/> Separada judicialmente/divorciada											
									2 <input type="checkbox"/> Casada			5 <input type="checkbox"/> União estável											
									3 <input type="checkbox"/> Viúva			9 <input type="checkbox"/> Ignorada											
Residência da Mãe						23 Logradouro						Número		Complemento		24 CEP							
25 Bairro/Distrito		Código		26 Município		Código		27 UF															
IV	Pai	28 Nome do Pai										29 Idade do Pai											
		Gestações anteriores																					
V	Gestação e parto	30 Histórico gestacional																					
		■ Nº gestações anteriores			■ Nº de partos vaginais			■ Nº de cesáreas			■ Nº de nascidos vivos.			■ Nº de perdas fetais / abortos									
		31 Data da Última Menstruação (DUM)						33 Número de consultas de pré-natal		34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal		35 Tipo de gravidez		36 Apresentação		37 O Trabalho de parto foi induzido?		38 Tipo de parto		39 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?		40 Nascimento assistido por	
32 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada						99 <input type="checkbox"/> Ignorado		99 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Única		1 <input type="checkbox"/> Cefálica		1 <input type="checkbox"/> Sim		1 <input type="checkbox"/> Sim		1 <input type="checkbox"/> Médico					
Método utilizado para estimar						99 <input type="checkbox"/> Ignorado		99 <input type="checkbox"/> Ignorado		2 <input type="checkbox"/> Dupla		2 <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica		2 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Enfermeira/Obstetiz					
1 <input type="checkbox"/> Exame Físico						2 <input type="checkbox"/> Outro método		9 <input type="checkbox"/> Ignorado		3 <input type="checkbox"/> Tripla ou mais		3 <input type="checkbox"/> Transversa		3 <input type="checkbox"/> Não se aplica (descrever)		3 <input type="checkbox"/> Parteira		3 <input type="checkbox"/> Parteira					
9 <input type="checkbox"/> Ignorado						99 <input type="checkbox"/> Ignorado		99 <input type="checkbox"/> Ignorado		9 <input type="checkbox"/> Ignorado		9 <input type="checkbox"/> Ignorado		9 <input type="checkbox"/> Ignorado		4 <input type="checkbox"/> outros		4 <input type="checkbox"/> outros					
9 <input type="checkbox"/> Ignorado						99 <input type="checkbox"/> Ignorado		99 <input type="checkbox"/> Ignorado		9 <input type="checkbox"/> Ignorado		9 <input type="checkbox"/> Ignorado		9 <input type="checkbox"/> Ignorado		5 <input type="checkbox"/> Indígena		5 <input type="checkbox"/> Indígena					
VI	Anomalia congênita	41 Descrever todas as anomalias ou defeitos congênicos observados																					
VII	Preenchimento	42 Data do preenchimento				43 Nome do responsável pelo preenchimento				44 Função													
										1 <input type="checkbox"/> Médico				2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro				3 <input type="checkbox"/> Parteira				4 <input type="checkbox"/> Func. Cartório	
45 Tipo documento				46 Nº do documento				47 Órgão emissor															
1 <input type="checkbox"/> CNES				2 <input type="checkbox"/> CRM				3 <input type="checkbox"/> COREN				4 <input type="checkbox"/> RG				5 <input type="checkbox"/> CPF							
VIII	Cartório	48 Cartório				Código				49 Registro				50 Data									
51 Município												52 UF											

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

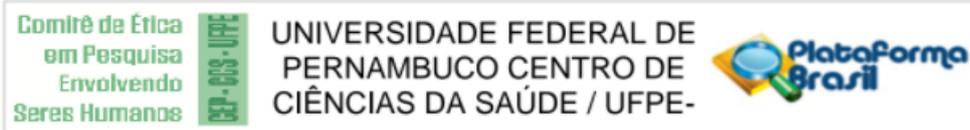
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.



Declaração de Óbito

I	Identificação	1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não Fetal		2 Data do óbito Hora		3 Cartão SUS		4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País)	
		5 Nome do Falecido		6 Nome do Pai		7 Nome da Mãe			
II	Residência	8 Data de nascimento		9 Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado		10 Sexo 1 <input type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> I - Ignorado		11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela	
		12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/divorciado 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorada		13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo		14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)		Código CBO 2002	
III	Ocorrência	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		Número		Complemento		16 CEP	
		17 Bairro/Distrito		Código		18 Município de residência		Código	
IV	Fetal ou menor que 1 ano	20 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública		21 Estabelecimento Código CNES		22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc)		Número	
		23 Bairro/Distrito		Código		24 Município de ocorrência		Código	
V	Condições e causas do óbito	26 Idade (anos)		27 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo		28 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)		Código CBO 2002	
		29 Número de filhos vivos Nascidos vivos Perdas fetais/abortos 99 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Ignorado		30 Nº de semanas de gestação		31 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada		32 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
VI	Médico	33 Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		34 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		35 Peso ao nascer Gramas		36 Número da Declaração de Nascido Vivo	
		37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No aborto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		38 Assistência Médica		39 Diagnóstico confirmado por:		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID	
VII	Causas externas	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		a			
		41 CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		b		c		d	
VIII	Cartório	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		43 Nome do Médico		42 CRM		43 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 4 <input type="checkbox"/> SVO 2 <input type="checkbox"/> Substituto 5 <input type="checkbox"/> Outro 3 <input type="checkbox"/> IML	
		44 Nome do Médico		42 CRM		43 Óbito atestado por Médico		44 Município e UF do SVO ou IML UF	
IX	Localid. S/ Médico	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)		46 Data do atestado		47 Assinatura			
		48 Nome do Médico		42 CRM		43 Óbito atestado por Médico		44 Município e UF do SVO ou IML UF	
X	Testemunhas	49 Prováveis circunstâncias de morte não natural (Informações de caráter estritamente epidemiológico) 49 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros 9		50 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9		51 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 3 <input type="checkbox"/> Família Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Hospital 4 <input type="checkbox"/> Outra 9			
		52 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência		53 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO 52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		Código			
XI	Declaração	53 Cartório		Código		54 Registro		55 Data	
		56 Município		Código		54 Registro		55 Data	
XII	Declaração	58 Declarante		59 Testemunhas A		B			
		58 Declarante		59 Testemunhas		A		B	

Anexo B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA AO PARTO NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Pesquisador: Thália Velho Barreto de Araújo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22369813.2.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 464.435

Data da Relatoria: 22/11/2013

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos

CEP - CCS - UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 464.435

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de Notificação e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado .

RECIFE, 22 de Novembro de 2013

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br