

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

ISABEL HELENA DE SOUZA LEAL COSTA

AVALIAÇÃO DO ACESSO DE PARURIENTES AS REFERÊNCIAS PACTUADAS
PARA PARTO E NASCIMENTO NO DESENHO REGIONALIZADO DA REDE
CEGONHA EM PERNAMBUCO

RECIFE

2018

ISABEL HELENA DE SOUZA LEAL COSTA

**AVALIAÇÃO DO ACESSO DE PARTURIENTES ÀS REFERÊNCIAS PACTUADAS
PARA PARTO E NASCIMENTO NO DESENHO REGIONALIZADO DA REDE
CEGONHA EM PERNAMBUCO**

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Drº. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

RECIFE

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

C837a Costa, Isabel Helena de Souza Leal.

Avaliação do acesso de parturientes às referências pactuadas para parto e nascimento no desenho regionalizado da Rede Cegonha em Pernambuco / Isabel Helena de Souza Leal Costa. — Recife: [s. n.], 2018.

25 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Júnior.

1. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 2. Parto. 3. Avaliação em Saúde. 4. Acesso aos Serviços de Saúde. 5. Regionalização. I. Gurgel Júnior, Garibaldi Dantas. II. Título.

CDU 612.63

ISABEL HELENA DE SOUZA LEAL COSTA

AVALIAÇÃO DO ACESSO DE PARTURIENTES ÀS REFERÊNCIAS PACTUADAS
PARA PARTO E NASCIMENTO NO DESENHO REGIONALIZADO DA REDE
CEGONHA EM PERNAMBUCO

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em Saúde coletiva.

Aprovado em: 14 de Março de 2018

BANCA EXAMINADORA

PhD. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

Instituto Aggeu Magalhães- IAM/Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ PE.

Dr^a. Sydia Rossana de Araújo Oliveira

Instituto Aggeu Magalhães- IAM/Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ PE.

**AVALIAÇÃO DO ACESSO DE PARTURIENTES ÀS REFERÊNCIAS PACTUADAS
PARA PARTO E NASCIMENTO NO DESENHO REGIONALIZADO DA REDE
CEGONHA EM PERNAMBUCO**

**EVALUATION OF PARENT ACCESS TO PACTUED REFERENCES FOR BIRTH
AND BIRTH IN THE REGIONALIZED DESIGN OF THE STONE NET IN
PERNAMBUCO**

¹Isabel Helena de Souza Leal Costa

²Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

¹Enfermeira, Residente em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães - IAM FIOCRUZ PE.

²Docente e Pesquisador, IAM FIOCRUZ PE.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o acesso de parturientes às Unidades de saúde de referência para parto na Rede Cegonha de Pernambuco. **Método:** Estudo de Avaliação Normativa da Rede Cegonha e dos dados dos partos de 2015, através de levantamento documental na SES e consultas em banco de dados do SINASC e SCNES, seguido pela verificação do alcance das Redes Regionais no atendimento à demanda pactuada. **Resultados:** Atualmente, a Rede Assistencial obstétrica de Pernambuco está constituída por 75 unidades hospitalares com 1.578 leitos, regulados pela Central de Leitos do estado. Desses leitos 47,6% estão concentrados nos municípios da I RS, seguidos de 13% na IV RS, 7,2% na V RS e 6,4% na III RS. Em 2015, as Redes Materno-Infantil da I, VIII, IX, VII e XI RS, respectivamente, alcançaram os melhores resultados em cobertura (>80%), as RS X, V, VI e IV RS apresentaram decrescentemente coberturas entre 80% a 60% e as RS II, III, XII e XII apresentaram valores preocupantes, inferiores a 60%. **Conclusões:** Embora, Pernambuco tenha leitos obstétricos suficientes pactuados e um mecanismo potencial de regulação do acesso, grande parte das RS reproduzem um desordenamento no fluxo pactuado para o itinerário geográfico de suas parturientes.

Palavras Chaves: Saúde Reprodutiva. Obstetrícia. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Maternidades. Acesso aos Serviços de Saúde. Regionalização.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the access of parturients to reference health units for childbirth in the Pernambuco Stork Network. **Method:** Normative Evaluation Study of the Stork Network and the data of the births of 2015, through a documentary survey in the SES and consultations in the database of the SINASC and SCNES, followed by the verification of the scope of the Regional Networks in meeting the agreed demand. **Results:** Currently, the obstetric care network in Pernambuco is made up of 75 hospital units with 1,578 beds, regulated by the Central Bed Office of the state. Of these, 47.6% are concentrated in the municipalities of the RS, followed by 13% in the RS RS, 7.2% in the RS and 6.4% in the RS. In 2015, the Maternal-Infant Networks of I, VIII, IX, VII and XI RS, respectively, achieved the best coverage results (> 80%), RS X, V, VI and IV RS presented decreasing coverage between 80% to 60% and SR II, III, XII and XII presented worrying values, inferior to 60%. **Conclusions:** Although Pernambuco has sufficient obstetric beds and a potential mechanism for regulating access, most RS reproduces a disorder in the agreed flow for the geographical itinerary of its parturients.

Key Words: Reproductive Health . Obstetrics. Maternal-Child Health Services. Maternity. Health Services Accessibility. Regional Health Planning.

INTRODUÇÃO

O acesso é um conceito complexo composto por várias dimensões¹, sendo compreendido como categoria-chave na análise das inter-relações entre usuários e serviços de saúde de diferentes níveis assistenciais, na construção da continuidade do cuidado². O acesso a serviços de saúde está profundamente relacionado à capacidade dos sistemas se organizarem de modo a responder adequadamente às necessidades dos usuários³, sendo a sua ampliação um dos desafios vigentes ao Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Muitos avanços foram conquistados nos últimos anos em relação ao acesso aos serviços de saúde no âmbito do SUS. Neste sentido, publicações científicas levantadas entre os anos de 1998 e 2013, mostram a relevância de estudos sobre acesso aos serviços de saúde, principalmente para orientar a tomada de decisão por gestores e trabalhadores, visto que, essa análise auxilia na sinalização dos desafios existentes e contribui para subsidiar políticas e ações necessárias à efetivação da garantia do acesso universal, constitucionalmente estabelecido⁴.

A garantia de assistência adequada às necessidades dos usuários de maneira oportuna e eficaz traduz-se nas diversas tentativas de orientação das ações e serviços de saúde. O atual modelo de regionalização e hierarquização dos serviços, adotado pelo Ministério da Saúde (MS), recomenda que eles devem ser organizados a fim de atender as necessidades da população a partir de redes de serviços regionalizadas⁵.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelecidas pela Portaria MS nº4279/10 reproduzem essa organização e discorrem sobre a articulação da região como novo espaço de decisão política e execução das ações de saúde do sistema⁵. É a Região de Saúde (RS) um dispositivo essencial para integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos e para a garantia de atenção integral, devendo, portanto ser constituída com vista na capacidade sanitária dos municípios agregados e no compromisso de ser um lócus gerador de integralidade. Logo, a regionalização do território com a RS sendo o centro integrador das referências entre os serviços dos entes federativos é fundamental para que as RAS sejam sistêmicas e resolutivas⁶.

Em Pernambuco esse processo foi dirigido pela elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR): instrumento de gestão estadual cuja função é organizar de forma regionalizada e hierarquizada a assistência à saúde, de modo a garantir o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde⁷. O PDR de Pernambuco divide

sanitariamente o estado em 12 RS, cenário para a execução das Redes Temáticas de Atenção a Saúde⁷, a exemplo da Rede de Saúde Materno-infantil, reportada por esse estudo.

A Rede de Saúde Materno-infantil de Pernambuco, orientada pelas diretrizes nacionais referentes às RAS e com o objetivo de qualificar o acesso a atenção materno-infantil, recebeu impulso com a instituição em âmbito nacional do Programa Rede Cegonha (RC) através da Portaria MS nº 1.459 de 2011. Como proposta de um modelo de atenção pautado no acolhimento e resolutividade, a RC tem como bases organizacionais a regionalização e a integralidade e determina aos serviços de saúde que adotem práticas seguras na atenção ao parto e nascimento⁸.

Como exigência para a operacionalização da RC, cabe as RS a elaboração de Planos de Ação Regionais, incluindo as pactuações dos locais de parto, que juntos conformam o Desenho da Rede Cegonha Estadual. Tais pactuações seguem um fluxo de acesso às Unidades de Saúde estabelecido de acordo com a localização da parturiente, bem como sua situação clínica⁹. Para implementação desse desenho de rede, Pernambuco possui uma Central de Leitos que integra a gestão da atenção obstétrica do estado de Pernambuco e regula gestantes de todo o seu território¹⁰.

Entretanto, a despeito desse arcabouço institucional e de inegáveis melhorias, o acesso à atenção ao parto e nascimento ainda se constitui como um desafio para a gestão, de maneira que, a peregrinação de mulheres em busca de assistência durante o trabalho de parto é uma realidade presente em muitos locais do país, principalmente nas histórias de residentes da região nordeste¹¹.

Em Pernambuco, especificamente, a literatura aponta iniquidade no acesso ao parto, evidenciada por: deficiente vinculação a locais de parto, grandes distâncias percorridas por parturientes e entradas em mais de uma unidade hospitalar, como espelho de desordenamento dos fluxos assistenciais^{12, 13}.

Desta forma, com base na conformação da Política de Atenção à Saúde Materno-infantil instituída no estado de Pernambuco, considerando a regionalização dos serviços de saúde e os mecanismos de articulação de rede, este estudo avaliou o acesso de parturientes às referências pactuadas para parto e nascimento no desenho institucional regionalizado da Rede Cegonha no estado de Pernambuco com vistas a evidenciar o itinerário real reproduzido pelas Regiões de Saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, realizado de novembro de 2016 a abril de 2017, no Estado de Pernambuco, com usufruto da estratégia de métodos mistos para a coleta de dados e de abordagem quantitativa para sua análise.

A pesquisa avaliativa visa analisar a adequação de diferentes componentes de uma intervenção, viabilizando a análise de sua pertinência, lógica, produtividade, efeitos e eficiência e as relações com o contexto na qual se aplica. Os tipos de avaliação compreendem: apreciação normativa, análise estratégica, análise lógica, análise da produção, análise dos efeitos, avaliação econômica e análise da implantação, cada uma recorrente a métodos de pesquisa característicos¹⁴.

A apreciação normativa foi a abordagem adotada neste estudo por se tratar de um recurso metodológico em que se procura verificar se uma intervenção corresponde às expectativas, possibilitando a emissão de um juízo a cerca do acompanhamento e controle de uma intervenção¹⁴, que neste estudo tratou-se do acesso de parturientes as referências de parto nas 12 RS de Pernambuco.

Consideramos que de forma ampla, o conceito de acesso aos serviços de saúde engloba a relação geográfica entre as instituições físicas e os indivíduos que dela necessitam. Assim, o sentido de acesso foi entendido como o direcionamento e a recepção do usuário nas ações de saúde que respondam às suas necessidades¹.

A coleta de dados aconteceu em três etapas. A primeira compreendeu visitas à sede da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, durante os meses de novembro e dezembro de 2016, na coordenação do Programa Rede Cegonha. Foram levantados os documentos formais vigentes para pactuação da Rede Cegonha e para ordenação dos fluxos assistenciais, expressos pelas Resoluções das Comissões Intergestores Regionais (CIR). O desenho firmado por estes documentos oficiais que compreende na Rede Formal de referências para parto em Pernambuco, foi aqui sinteticamente denominado como Rede Formal.

A segunda etapa consistiu na caracterização dos estabelecimentos integrantes da RC, considerando as variáveis disponíveis no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) do Departamento de Informática do SUS, disponível para acesso online. Nesta fase, se comparou, por distribuição de frequência, as variáveis: tipo de estabelecimento, porte e leitos obstétricos –SUS. Esses dados foram coletados durante o mês de Janeiro de

2017 e analisados com suporte do Programa Microsoft Excel para sistematização dos dados em tabelas e gráficos e posterior análise de acordo com o método de apreciação normativa.

Num terceiro momento, foi realizado o levantamento de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), da base de dados referente ao ano de 2015 da Secretária de Saúde de Pernambuco, autorizado via de carta de anuência emitida pela própria instituição, que permitiu extrair o número de partos de residentes em Pernambuco. Foi realizada comparação numérica entre os partos ocorridos na Rede Formal e o total de partos de residentes realizados no estado como um todo. Nessa etapa, foi também levantado o itinerário geográfico dos partos de residentes em Pernambuco ocorridos nas Unidades de Referência, comportamento aqui denominado como expressão da Rede Real. As informações alcançadas foram trabalhadas no Programa Tab para Windows – TabWin do Departamento de Informática do SUS, disponível para acesso online, submetidas a tratamento de estatística simples, por distribuição de frequência, e consolidadas sob o enfoque quantitativo.

Após consolidação dos dados coletados verificou-se o alcance das Redes Materno-Infantil Regionais no atendimento à demanda pactuada e discutida tal realidade a partir de valores percentuais calculados com base nos resultados esperados com a implantação do desenho de Rede.

Os resultados foram analisados à luz das orientações de Brousselle et al¹⁴ para estudos de apreciação normativa e a discussão dos resultados se empenhou em debater os eixos temáticos: Oferta de Leitos obstétricos na Rede Cegonha de Pernambuco; Acessibilidade das parturientes pernambucanas a rede formal e Acomodação das demandas regionais ao modelo Rede Cegonha.

Sobre as considerações éticas, o estudo seguiu as orientações da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS¹⁵, e está vinculado ao Macro-projeto: Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS), aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE sob o parecer nº 1.589.404, desenvolvido de forma cooperativa pelo Grupo de Estudos em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GSS) do Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ-PE.

RESULTADOS

Rede Formal de Referência

O PDR do Estado de Pernambuco vigente, homologado na Reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de 19/09/2011, definiu a conformação territorial do Estado para fins sanitários em 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde⁷.

Assim, hierarquicamente, têm-se microrregiões compondo as Regiões de Saúde e estas se agregando em Macrorregiões com o objetivo de garantir a integralidade do acesso às ações e serviços de Saúde e a efetividade das Redes. Estas, por sua vez funcionam sob o direcionamento de uma Gerência Regional de Saúde (GERES) somando assim o total de 12 GERES na gestão da saúde do estado.

Por sua vez, a Rede de Saúde Materno-Infantil de Pernambuco, configurada formalmente através da Rede Cegonha Pernambuco (RC/PE), toma como base essa divisão sanitária do estado em Regiões de Saúde e desta forma tem suas referências pactuadas regionalmente em Redes de Saúde Materno-Infantil Regionais¹⁶.

Assim, de acordo com as pactuações realizadas pelas Regiões de Saúde no ano de 2012, com última atualização em 2015, e respectivas portarias e resoluções dos Colegiados Regionais (CIR) alcançadas na etapa de levantamento documental da pesquisa com a coordenação Estadual do Programa, a RC/PE foi constituída por 79 Unidades Hospitalares, com demanda referenciada de acordo com o local de residência da parturiente e classificação de risco atribuída à sua gestação e parto, sendo um total de 10 unidades credenciadas para o referenciamento dos partos de alto risco e 69 unidades pactuadas para atender aos partos de risco habitual. As Unidades de Referência para os partos de alto risco estão distribuídas entre as Redes Materno-infantil Regionais da I, IV, V, VIII e a XI RS¹⁶.

Conforme definido no método desse estudo, esse é o detalhamento da rede aqui referenciada como Rede Formal.

De acordo com o SCNES houve poucas atualizações no status das Unidades de Referência desde o lançamento da RC em 2012, de maneira que 95% unidades se mantêm ativas, 4% foram desativadas entre os anos de 2013 e 2014 e 1% foi extinta. As modificações ocorreram na Rede Materno-infantil Regional da I RS que teve duas unidades desativadas e uma extinta e na Rede Materno-infantil Regional da III RS que teve uma unidade desativada nesse período. Sobre as alterações, todas envolveram Unidades Hospitalares de pequeno

porte, auto-referência de seus municípios sede para a realização partos de risco habitual, os quais tiveram sua demanda redirecionada para outros estabelecimentos da própria RS.

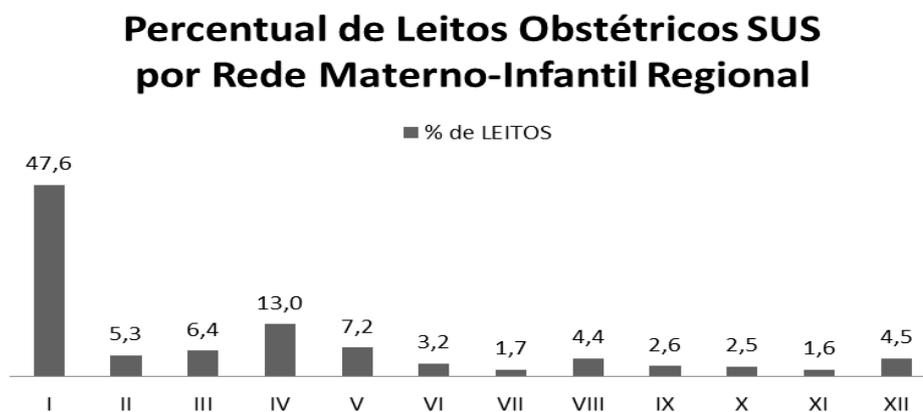
Logo, 75 Unidades Hospitalares conformam a Rede Formal, sendo 79% Hospitais Gerais, 17% Unidades Mistas e 4% Hospitais Especializados Maternidade, estando estes últimos concentrados em 100% na I RS.

Do total de estabelecimentos integrantes da RC/PE, 75% seguem em gestão municipal, 20% estadual e 5% gestão dupla. A caracterização da rede também permite dizer que 52% de seus estabelecimentos são unidades de médio porte, 45,3% de pequeno porte e 2,7% de grande porte.

Assim como as unidades especializadas, as Unidades de Grande Porte também se concentram na I Regional de Saúde, mas especificadamente nas cidades de Jaboatão dos Guararapes e Recife, esta última sede da macrorregional e capital do estado.

Conforme os dados disponibilizados no SCNES o conjunto dos estabelecimentos que integram a RC/PE disponibilizam um total de 1.578 Leitos Obstétricos SUS, que distribuídos por regionais de Saúde tem sua maior densidade nos estabelecimentos que compõe a I RS correspondente a 47,6% desses leitos, seguido por 13% da IV RS, 7,2% da V RS e 6,4% da III RS. Os complementares 25,8% estão distribuídos entre as demais RS como consta no gráfico 1.

Gráfico1. Percentual de Leitos Obstétricos SUS por Rede Materno-Infantil Regional, Pernambuco 2017.



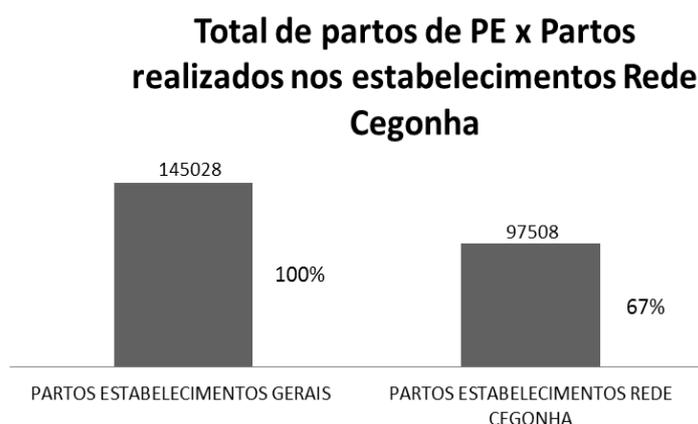
Fonte: CNES 2017.

O conjunto desses leitos configura a oferta pactuada pelo estado de Pernambuco através do Programa Rede Cegonha para o atendimento preferencial e ordenado de suas residentes.

Representação dos estabelecimentos Rede Cegonha nos partos de residentes de Pernambuco

De acordo com os dados do SINASC, no ano de 2015 foram registrados 145.028 partos de residentes em Pernambuco. Deste total, a parcela de 67% (97.508 partos) aconteceu nas unidades de saúde que integram a RC/PE (Gráfico 2), evidenciando uma grande representação no total de partos do estado.

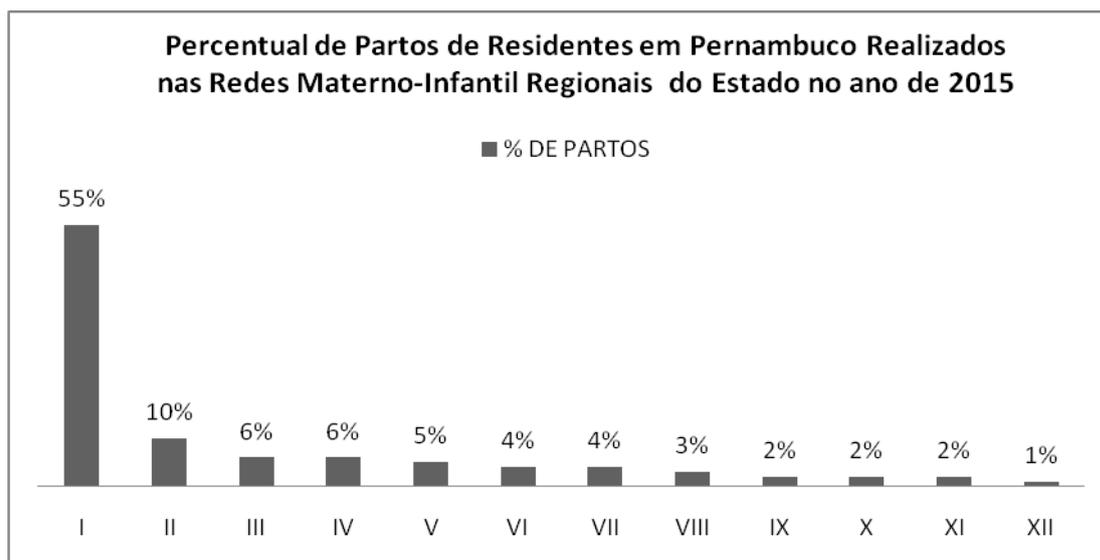
Gráfico 2. Total de partos de PE X Partos realizados nos estabelecimentos Rede Cegonha. Pernambuco 2015.



Fonte: SINASC 2015. SES-PE.

Observando a distribuição desses partos sob o critério da regionalização da oferta, onde considerando pactuações regionais as parturientes teriam preferencialmente direcionamento a unidades de referência mais próximas de sua residência, mostra-se no gráfico 3 a distribuição da ocorrência dos partos segundo a localização do estabelecimento por RS.

Gráfico 3. Percentual de Partos de Residentes em Pernambuco Realizados nas Redes Materno-Infantil Regionais. Pernambuco 2015.



Fonte: SINASC. SES-PE. 2015.

Considerando-se a leitura do gráfico 1, destacam-se as RS que apesar de dotarem de um número expressivo de leitos obstétricos pactuados, realizam um baixo número de partos no conjunto de seus estabelecimentos, como é caso de destacar a XII RS cujos resultados expressam um número de leitos representativo (4,5% do total da disponibilidade do estado) e baixa resolutividade, realizando apenas 1% dos partos de residentes em Pernambuco.

Visualiza-se que os estabelecimentos da I RS, a qual comporta 30% das unidades ativas da RC, executaram 55% dos partos analisados, cabendo destaque a concentração expressiva dos estabelecimentos de médio porte e a totalidade dos de grande porte para justificação do resultado.

Dentre estes estabelecimentos estão as Unidades Hospitalares de referência para os partos de alto risco, que via central de regulação recebem partos regulados de todo o estado. São eles: o Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Barão de Lucena, Centro Integrado de Saúde Amauri Medeiros (CISAM), Hospital das Clínicas e IMIP.

Itinerário Geográfico dos partos realizados nas Redes Materno-Infantil Regionais por Região de Saúde de Residência

Em estudos sobre acesso a serviços de saúde, a consideração da dimensão geográfica do acesso demanda a observação da localização dos serviços de saúde em função do domicílio dos pacientes, cabendo oportunidades de verificar e refletir sobre a distância percorrida e o percurso realizado no deslocamento desses a partir de seus domicílios até os serviços

demandados por sua necessidade (SOUZA, 2015). Desta forma, o percurso realizado pelos pacientes de seus domicílios aos serviços de saúde nos quais buscam acesso será referido como itinerário geográfico.

Com esta compreensão, buscando apresentar o itinerário geográfico traçado pelas parturientes pernambucanas em busca de local para parto na RC/PE, a Tabela 1 mostra verticalmente a RS de origem das parturientes que tiveram seus partos realizados nos estabelecimentos de cada uma das 12 Redes Materno-infantil Regionais, expressando, em números percentuais, as entradas de parturientes de diferentes RS em uma Rede Materno Infantil Regional e destacando com sublinhado o percentual que cada Rede atendeu de sua demanda adstrita dentro do total de partos realizados por ela no período analisado.

Tabela1. Tabela 1. Região de Saúde de Origem da Demanda de Partos das Redes Materno-Infantil Regionais. Pernambuco, 2015.

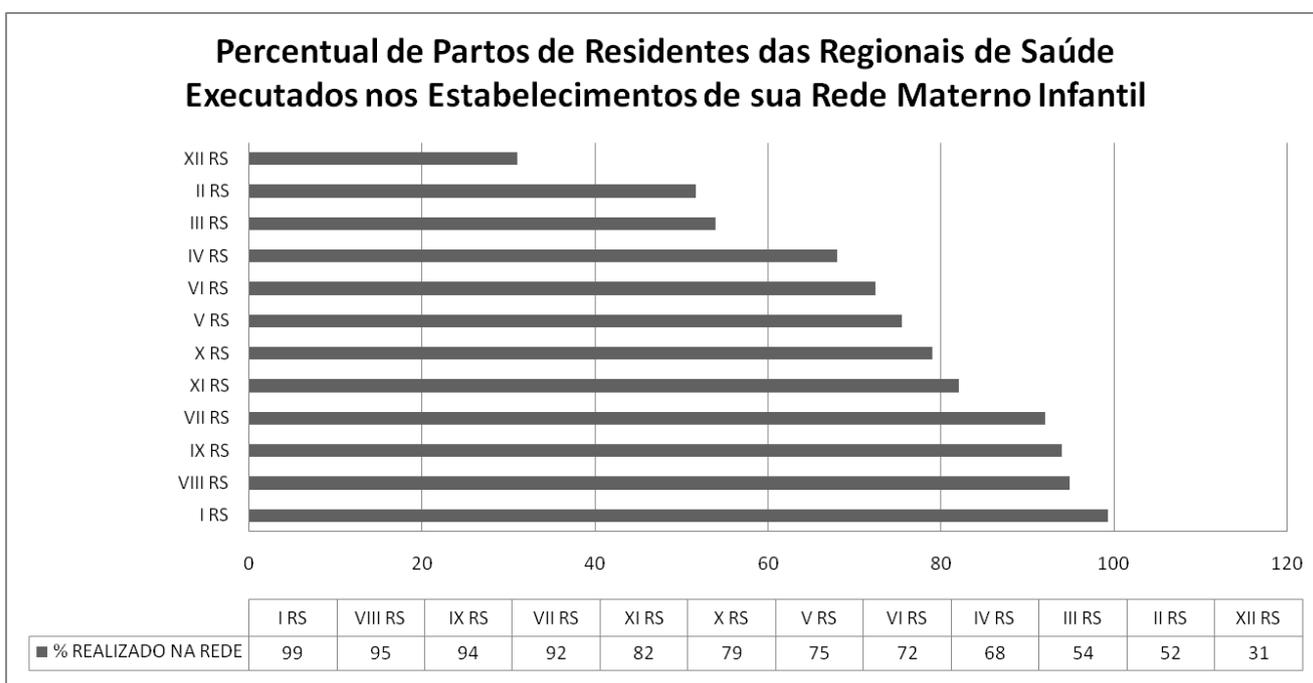
REGIÃO DE SAÚDE DE ORIGEM DA DEMANDA DE PARTOS DAS REDES MATERNO-INFANTIL REGIONAIS												
RS DE RESIDÊNCIA	REDE I RS	REDE II RS	REDE III RS	REDE IV RS	REDE V RS	REDE VI RS	REDE VII RS	REDE VIII RS	REDE IX RS	REDE X RS	REDE XI RS	REDE XII RS
I RS – Recife	<u>77,1</u>	4,6	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,8
II RS – Limoeiro	5,3	<u>67,8</u>	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
III RS – Palmares	4,7	0,2	<u>91,0</u>	1,7	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
IV RS – Caruaru	6,4	6,8	4,6	<u>85,7</u>	2,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
V RS – Garanhuns	1,7	0,1	3,3	6,7	<u>96,6</u>	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
VI RS – Arcoverde	0,9	0,1	0,4	2,9	0,9	<u>87,2</u>	0,1	0,0	0,0	1,7	2,0	0,0
VII RS – Salgueiro	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<u>83,2</u>	2,1	0,0	0,0	1,6	0,0
VIII RS - Petrolina	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	11,9	<u>94,5</u>	0,1	0,0	1,1	0,0
IX RS – Ouricuri	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,9	3,4	<u>99,9</u>	0,0	0,1	0,0
X RS – Afogados	0,3	0,1	0,0	0,9	0,1	3,2	0,0	0,0	0,0	<u>95,6</u>	3,4	0,0
XI RS - S. Talhada	0,2	0,0	0,0	0,4	0,0	3,4	3,7	0,1	0,0	2,6	<u>91,9</u>	0,0
XII RS – Goiana	3,4	20,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<u>98,3</u>

Fonte: SINASC. SES-PE 2015.

Percentual de partos de suas residentes alcançados pelas Redes Materno-infantil Regionais

Os dados levantados viabilizaram a verificação do alcance das Redes Materno-Infantil Regionais no atendimento à demanda pactuada, através da visualização do percentual de partos de suas residentes realizados nos estabelecimentos de sua rede pactuada, como mostra o gráfico 4.

Gráfico 4: Percentual de partos de Residentes das Regionais de Saúde realizados nos estabelecimentos de sua Rede Materno-Infantil. Pernambuco 2015.



Fonte: SINASC. SES-PE 2015.

A leitura do gráfico gera a visualização da garantia de cobertura da demanda correspondente atingida satisfatoriamente por grande parte das RS, onde se observa que a I, VIII, IX, VII e XI RS respectivamente, alcançaram os melhores resultados em cobertura de sua demanda garantindo o acesso a mais de 80% das parturientes do território adstrito.

As Redes Materno-Infantil da X, V, VI e IV RS, apresentaram decrescentemente coberturas entre 80% a 60% de sua demanda correspondente. Já a II, III e XII RS apresentaram valores preocupantes, inferiores a 60% de cobertura da demanda territorial. A XII RS, por sua vez, se destaca negativamente ao cobrir apenas 31% de sua demanda regional.

DISCUSSÃO

Oferta de leitos obstétricos na Rede Cegonha de Pernambuco

No contexto da avaliação do acesso a serviços de saúde oferta se relaciona diretamente com demanda e assim, a relação oferta/demanda compreende a interlocução entre a capacidade de oferecer serviços e a necessidade de assistência de uma dada população¹⁷.

A ampliação do acesso à atenção à saúde, para grande parte da população brasileira é um dos importantes avanços da implantação do SUS. Dentre as características dos sistemas e serviços de saúde que interferem diretamente nesse processo destacam-se aquelas relativas à oferta como: disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica¹.

Giovanella e Fleury¹⁸ ao discutirem sobre o tema trazem a compreensão de que a “disponibilidade” representa a relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidades.

A rede hospitalar brasileira é heterogênea, tanto em termos de distribuição espacial quanto a outras características (tipo de prestador, porte, infraestrutura e complexidade dos serviços oferecidos), incluindo a rede de assistência obstétrica. Esta, por sua vez, encontra-se marcadamente perpassada por insuficiências, tanto relativas ao acesso propriamente dito, quanto à má organicidade na distribuição dos leitos¹⁹.

De acordo com os dados levantados nesse estudo a RC/PE acompanha a heterogeneidade supracitada¹⁹ da rede hospitalar brasileira sendo constituída por unidades de gestão municipal, estadual e dupla, de pequeno médio e grande porte e atendendo a complexidades menores, como o caso das Unidades Mistas, ou realizando atendimentos de média e alta complexidade através dos Hospitais Gerais e Especializados Maternidade. Em termos de quantidade sobressaem os números de unidades em gestão municipal (75%), os Hospitais Gerais (79%) e as unidades de médio porte (52%).

Sobre a organicidade dos leitos, no ano de 2015, Pernambuco dispunha de 75 unidades Hospitalares ativas na RC e um total de 1.578 leitos obstétricos físicos de acordo com aprofundamento no SCNES, rede aqui entendida como a oferta do estado para o atendimento às suas parturientes. Considerando o parâmetro de Tempo Médio de Permanência (dias) para clínica obstétrica de 3,0 dias, de acordo com a Portaria n.º 1101/2.002/GM-MS²⁰, teve-se a disponibilidade de 191.990 leitos obstétricos no ano.

No mesmo período, o total de estabelecimentos da rede, realizou 97.508 partos de residentes em Pernambuco (gráfico 2), fazendo, portanto, usufruto de 50,8% dos leitos obstétricos disponibilizados no estado.

Logo, teoricamente, a Rede Formal disponibilizou quase que o dobro do quantitativo de leitos obstétricos necessários para o atendimento à demanda de partos do estado no período.

Reitera-se que estes leitos também acolhem os episódios de internações de gestantes por afecções maternas, dentre essas, as condições determinantes de alto risco, bem como as mulheres que vivenciaram abortamento e óbito fetal.

Os dados deste estudo, portanto, apontam para a suficiência de leitos obstétricos de acordo com o cadastro oficial de estabelecimentos no CNES, o que vai de encontro a situações vivenciadas pelas parturientes no Estado, cuja incongruência se evidencia pela peregrinação das mulheres em busca do local de parto, uma vez que não alcançam acesso resolutivo nas unidades da pactuação mais próximas à sua residência¹².

Além dos leitos obstétricos, os leitos de cuidados intensivos para recém-nascidos estão concentrados na Região Metropolitana, ocasionando não apenas a peregrinação das parturientes para a ocorrência do parto como também para a garantia de assistência adequada em casos de previsão de necessidade de especificidades assistenciais ao neonat¹².

Como eixo estrutural, a oferta do estado está definida sob o critério da regionalização, onde, as redes regionalizadas de atenção obstétrica orientam o processo de descentralização e integração das ações e serviços de saúde a fim de alcançar o atendimento resolutivo às gestantes de risco habitual e a conseqüente diminuição de deslocamentos desnecessários que subutilizam a rede local e superlotam a rede de Referências¹².

Com a reflexão dos dados aqui levantados percebe-se que o processo de regionalização desemboca com significativas diferenças entre as RS de Pernambuco, de maneira que embora a oferta tenha sido pactuada com vista na descentralização e resolutividade, através do acesso ao local de parto mais próximo da residência das parturientes, temos regiões que se organizaram e alcançaram usufruto da rede com otimização da oferta e outras que enfrentam desafios que limitam a utilização de sua rede pactuada para a execução de atenção resolutiva ao parto no território.

Dentre os desafios enfrentados no dia-a-dia pelos gestores do SUS, a ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde é um destaque. O enfrentamento desta problemática requer organização e a disponibilização de mecanismos que, integrados, colaborem para a consolidação do sistema. Assim são elementos considerados facilitadores para o alcance de

impacto com as ações de atenção à saúde: Atenção Primária à Saúde (APS) resolutiva; encaminhamentos adequados e criteriosos; protocolos assistenciais; e a estruturação de complexos reguladores²¹.

A Superintendência de Atenção Primária à Saúde de Pernambuco aponta a necessidade da incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado como gestão das listas de espera e afirma que as práticas de regulação realizadas na APS devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede²².

Com esta compreensão, para direcionar o fluxo geográfico de gestantes nos estabelecimentos da rede - buscando garantir o atendimento nos serviços disponíveis mais próximos da mulher, considerando o nível de complexidade necessário - e assim combater a realidade de peregrinação e má distribuição dos leitos, Pernambuco conta com uma Central de Regulação de Leitos²³.

Entretanto, nessa regulação pode haver importantes lacunas. Estudo realizado em um hospital de referência da V Região de Saúde de Pernambuco revelou que, das parturientes referenciadas pelas unidades hospitalares dos municípios da Região, apenas 3,8% estavam devidamente reguladas. Este dado evidencia a precariedade dos atendimentos nas Unidades Mistas e Hospitais de Pequeno Porte municipais, o que contribui para a peregrinação das parturientes de forma incerta na busca de um lugar seguro para parir²⁴.

Acessibilidade das parturientes pernambucanas as Redes Materno-Infantil Regionais

Acessibilidade compreende a relação entre localização da oferta e dos usuários, levando em conta os recursos para transporte, distância entre outros¹⁸.

A constituição de redes funcionais integradas e a coordenação dos diversos agentes que atuam na saúde são estratégias desafiadoras para a garantia de acessibilidade pelos usuários a um conjunto temático de serviços de saúde. Logo, superar os efeitos da fragmentação, que persistem na rede de serviços públicos de saúde é um ponto fundamental para a constituição de redes de atenção à saúde e assim favorecer a acessibilidade no SUS².

A avaliação do itinerário geográfico dos partos ocorridos nos estabelecimentos da RC/PE mostrou que os fluxos estabelecidos na Rede Formal, não são alcançados por muitas RS, principalmente as mais próximas dos limites geográficos da I RS Recife. É o caso da II e XII RS que acabam tendo uma Rede Real diferente da pactuada com suas parturientes adentrando

em grande fluxo na rede da I RS, por critérios não previstos na pactuação como para realizarem partos de risco habitual, por exemplo.

Corroborando com isto, Rohr e colaboradores¹³ mostraram um número real superior ao número estimado de partos de risco habitual acontecendo nos hospitais da sede - Recife, em detrimento, da realização abaixo do esperado de partos em alguns municípios da I RS, como também expuseram uma realidade de transferências desnecessárias e superlotação das maternidades do Recife.

Lançando o olhar para as demais redes regionais, esta é uma realidade vivenciada pela XII, II, III e IV RS que apesar de terem um alto percentual de partos de suas residentes dentre os partos realizados por seus estabelecimentos, têm uma grande demanda evadindo para os estabelecimentos de outras RS, ultrapassando a expectativa de referenciamentos necessários de acordo com as pactuações estaduais para o atendimento dos respectivos níveis de complexidade.

Apesar das estratégias de regionalização e regulação implantadas, Pernambuco enfrenta fragilidades na ordenação de sua rede e conseqüente violação do direito da mulher de vinculação à maternidade, condicionado pelos deslocamentos desnecessários e conseqüente superlotação de referências, o que leva à peregrinação de mulheres pelas maternidades do estado¹³.

A peregrinação é um problema recorrente para as mulheres de todo o país. Um estudo recente realizado em 2014, no estado do Rio de Janeiro identificou no discurso de puerpéras três conotações a respeito do direito, da ausência de cuidados e dos sentimentos vivenciados por elas na busca pelo acesso ao atendimento, explicitando descumprimento das ações responsáveis pela garantia dos direitos sexuais, bem como, o despreparo das instituições metropolitanas em oferecer-lhes uma assistência de qualidade²⁵.

O estudo realizado por Oliveira et al²⁶ em uma maternidade de referência de Teresina/PI apontou a precariedade do Sistema de Saúde com conseqüente redução considerável de acesso como ensejo a violência obstétrica no processo parturitivo, o que os autores também associam a arriscada peregrinação por vagas nos serviços públicos.

Dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil evidenciam redução no número de leitos obstétricos pelo SUS no país (de 47.903 para 39.746), e no estado (2.516 para 2.324, uma redução de 7,6%), nos últimos dez anos²⁷. Ademais, estudo realizado numa maternidade referência para média e alta complexidade do Estado de Pernambuco corrobora tal achado.

Figueiroa et al²⁸ observaram redução na oferta de leitos obstétricos no estado, assim como falta de profissionais e materiais para assistência às mulheres que recorriam ao serviço. Segundo as autoras, o quadro supracitado contribui para situações como a peregrinação de parturientes por maternidades, internações de alto risco em locais inapropriados, como cadeiras e até mesmo no chão, e transferências para outros locais que disponham de recursos materiais e/ou humanos (profissional qualificado).

A partir da análise do caminho que o usuário faz em busca de assistência, desde a atenção básica até a especializada, observou-se a necessidade de fortalecer a integração entre os serviços e os profissionais para pactuação de fluxos assistenciais na rede saúde².

Em contraponto as RS VIII, IX e VII tem uma alta cobertura de suas residentes em sua rede de estabelecimentos tendo baixa evasão e também baixo atendimento de munícipes de outras RS fora do pactuado. Nesses casos observamos que limites geográficos e de deslocamento tem especial contribuição para a delimitação do acesso nos estabelecimentos pactuados.

Acomodação das demandas regionais ao modelo Rede Cegonha

Acomodação enquanto dimensão de acesso é entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade dos usuários acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos¹⁸.

Em Pernambuco a oferta de serviços materno-infantil está organizada de acordo com a pactuação vigente de referências para parto, publicada em 2012, revisada em 2015, a qual apresenta os estabelecimentos que integram as Redes Materno-Infantil Regionais e, por conseguinte compõem juntos a RC/PE – Rede Formal⁻¹⁶. Tal organização detalha o fluxo esperado das parturientes de cada um dos municípios Pernambucanos aos estabelecimentos pactuados, prezando pela regionalização do acesso como característica fundamental para o julgamento da efetividade das Redes Regionais.

O Desenho da RC/PE aponta, através da compreensão das pactuações, que todas as Redes Regionais têm capacidade instalada para executar os partos de risco habitual de suas residentes, uma vez que, não há pactuação para partos deste grau de complexidade fora de nenhuma das Redes Regionais.

Apenas para partos de alto risco a maioria das redes têm pactuados estabelecimentos fora de seu território. As exceções são a I, IV, V, VIII e a XI que tem pactuados serviços situados na própria Região, das quais, portanto, espera-se maior efetividade no atendimento a seu público local.

O MS prevê que em um recorte populacional 15% dos partos ocorridos sejam partos de alto risco e os demais 85% sejam partos de risco habitual⁹.

Logo, quando verificado o percentual de partos de residentes das RS realizados nos estabelecimentos de sua própria Rede Materno-Infantil observamos que, o que expressaria efetividade do desenho de RC do estado não tem sido alcançado por todas as regiões, que seria a realização de 85% dos partos de suas parturientes na Rede Regional para as Regionais que não dispõem de auto-referências para alto risco e em torno de 100% para aquelas que têm referências pactuadas para atenção a demanda de alto risco em seu território.

Rohr e colaboradores¹³ ao estudarem o fluxo dos municípios integrantes da I RS, mostraram que apesar de 11 de seus municípios terem maternidade, nenhum corresponde ao volume esperado de partos de risco habitual, executando menos do que o esperado e conseqüentemente transferindo mais.

Em 2015, das Regionais que tem estabelecimento de alto risco instalado e das que, portanto, espera-se maior resolutividade na atenção à demanda local apenas a I e a VIII Regionais alcançaram o atendimento de mais de 85% dos partos de suas residentes no período, atendendo respectivamente: 99% e 95% dos partos de suas residentes (Gráfico 04).

Conforme os dados trazidos pelo gráfico 04, a VII e a IX RS a pesar de indispor de referências instaladas para alto risco, mostraram excelente cumprimento da pactuação, atendendo a mais de 90% dos partos de suas residentes.

Em contraponto, as Redes Regionais da II, III e XII RS mostraram menor resolutividade no período, com valores respectivamente de: 52%, 54% e 31% de partos de suas residentes.

É evidente que o número mais preocupante é os 31% da XII RS, que mostra a incipiência da rede em atenção à demanda pactuada e conseqüente cumprimento do objetivo do Programa Rede Cegonha que apregoa a regionalização do acesso de parturientes aos locais de parto.

A RC orienta o estabelecimento do Plano Regional onde cada município esteja descrito conforme sua capacidade de execução, estimulando sua assunção não somente nos cuidados pré-natais, no âmbito da APS, como também da assistência ao parto de suas muncípes, ao menos nos casos de partos de risco habitual⁹. Entretanto, as disputas estabelecidas no âmbito das pactuações regionais apontam um descompasso entre o que pactuado entre os gestores da saúde e o que é, de fato, executado.

O estudo de Silva e Benito²⁹ realizado no estado do Espírito Santo aponta similaridade com a situação de Pernambuco, enquanto relata a existência das instâncias colegiadas de pactuação regional e a realização de reuniões sistemáticas. Entretanto, estas são, via de regra,

um recinto burocrático, subaproveitadas, com ausência de membros efetivos, com reuniões reducionistas e pontuais que não discutem amplamente as questões da região.

Apona ainda para uma baixa autonomia dos gestores da saúde em relação ao poderes instituídos municipais, o que representa uma barreira para fortalecimento das decisões colegiadas, que, somadas às assimetrias de poder técnico e político, atrelavam as deliberações ao critério político-partidário acima do técnico²⁹.

CONCLUSÃO

O estudo apontou que o estado de Pernambuco tem na composição de sua Rede Formal um quantitativo de leitos obstétricos condizente com a demanda de partos de suas residentes. Esses leitos estão configurados nas Redes Materno-Infantil Regionais definidas para cada uma das 12 RS que integram a divisão sanitária do estado.

Quando realizado aprofundamento do itinerário geográfico vivenciado pelas parturientes de cada regional, verificou-se desordenamento no fluxo pactuado para muitas RS, principalmente aquelas mais próximas a região metropolitana comportada pela I RS, como a II e a XII RS, levando a evasão de gestantes do seu território para entrada sem pactuação nas referências da I RS, principalmente, nas unidades hospitalares instaladas na capital - Recife.

O estado também dispõe de pactuações formais para ordenamento de fluxos em cada Regional e de um mecanismo potencial de regulação do acesso - a Central de Leitos.

Contudo, foi constatada uma realidade de desordenamento de fluxos, com uma Rede Real caracterizada por baixa utilização de referências mais interioranas e procura excedente pelas referências metropolitanas, o que converge para uma possível superlotação dessas unidades e conseqüente peregrinação de gestantes em busca de locais de parto.

Sugerimos, portanto, a rediscussão dos protocolos de ordenação do acesso pelas instâncias colegiadas de governança, bem como a repactuação nas instâncias colegiadas regionais, considerando a real capacidade instalada das unidades de atenção ao parto nas RS, a fim de garantir o acesso nas referências pactuadas, potencializar o desempenho da Rede Formal e reduzir o sofrimento das parturientes em busca de acesso às referidas unidades.

REFERÊNCIAS

1. Souza MSPL, Aquino R, Pereira SM, Costa MCN, Barreto ML, Natividade M, Ximenes R, Souza W, Dantas OM, Braga JU. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015; jan, 31(1):111-120.
2. Sousa FOS, Medeiros KR, Júnior GDG, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014;19(4):1283-1293.
3. Barros FPC, Lopes JS, Mendonça AVM, Sousa MF. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde e Debate*. 2016; jul-set, 40(110): 264-271.
4. Nunes BP, Flores TR, Garcia LP, Filho ADPC Thumé E, Facchini LA. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2016; out-dez, 25(4):777-787.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
6. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde e Sociedade*. 2015; 24(2): 438-446.
7. Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão em Saúde. Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco. Recife, 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Consolidada da Rede Cegonha (Portaria Nº 1.459 de 24/06/2011 e Portaria Nº 2351 de 05/10/2011). Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria-SAS-MS- nº650 do dia 05 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
10. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Manual Operacional – Central de Regulação de Leitos. Recife, PE; 2014.
11. 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 Sup: 85-100.
12. Araújo FRF. A bioética da proteção e as implicações morais no acesso desigual ao parto: o caso de uma maternidade de referência no agreste de Pernambuco. . 2012. 127 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2012.

13. Rohr LK, Vanlogueiro S, Araújo TVB. Assistência ao parto e inadequação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2016; 16(4): 457-465.
14. Brousselle A, et al. *Avaliação: conceitos e métodos.* 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
15. Brasil CNS. Resolução 466/12. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
16. PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. *Pactuação de Referências para Parto do Programa Rede Cegonha.* Recife, 2015.
17. Jesus, Washington Luiz Abreu; Assis, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010; 15(1):161-170.
18. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de Saúde: o público e o privado.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-198.
19. Monteschio LVC, Sgobero JKGS, Marcon SS, Mathias TAF. Acesso de parturientes para a assistência ao parto em hospitais universitários: caracterização e fatores associados. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014; 35(1): 22-30.
20. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.101 de 2.002. Parâmetros Assistenciais do SUS/GM-MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
21. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde e Debate.* 2016, out-dez; 40(111): 63-73.
22. Pernambuco, SES. *Guia Pernambucano de Atenção Primária.* Recife, 2017.
23. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. *Manual Operacional – Central de Regulação de Leitos.* Recife, PE; 2014.
24. 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.
25. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc Anna Nery,* 2015; 19(4): 614-20.

26. Oliveira TRO, Costa REOL, Montes NL, Veras JMFJ, Sás MIM. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. Rev enferm UFPE on line. 2017; 11(1): 40-6.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Quantidade SUS por Unidade da Federação segundo Leitos obstétricos. Acesso em: 15 jul 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>>.
28. Figueiroa MN, Menezes MLN, Monteiro EMLM, Aquino JM, Mendes NOG, Silva PVT. Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em maternidade-escola. Rev Escola Anna Nery. 2017; 21(4): 1-7.
29. Silva BFS, Benito GAV. A voz de gestores municipais sobre o acesso nas práticas de gestão. Ciência & saúde Coletiva. 2013; 18(8): 2189 - 2200.