

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

EDJANEIDE MARIA DA SILVA

A REGULAÇÃO DO ACESSO AO PARTO: AVALIANDO O CASO DO MUNICÍPIO
DO RECIFE

RECIFE
2018

EDJANEIDE MARIA DA SILVA

**A REGULAÇÃO DO ACESSO AO PARTO: AVALIANDO O CASO DO MUNICÍPIO
DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde
Pública do Instituto Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz para obtenção
do grau de mestre em saúde pública.

Orientador: Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

RECIFE

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

S586r Silva, Edjaneide Maria da.
A regulação do acesso ao parto: avaliando o caso do município do Recife/ Edjaneide Maria da Silva. — Recife: [s. n.], 2018.

110 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Júnior

1. Parto. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Atenção à Saúde. 4. Avaliação em Saúde. I. Gurgel Júnior, Garibaldi Dantas. II. Título.

CDU 612.63

EDJANEIDE MARIA DA SILVA

**A REGULAÇÃO DO ACESSO AO PARTO: AVALIANDO O CASO DO MUNICÍPIO
DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde
Pública do Instituto Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz para obtenção
do grau de mestre em saúde pública.

Aprovado em: 16/03/2018

BANCA EXAMINADORA

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior - Orientador
Instituto Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ - PE

Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ - PE

Dra. Fabiana Oliveira de Sousa
Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão - UFPE

Dedico este trabalho a minha mãe, que me ajudou durante toda a minha jornada, que com carinho e paciência tornou tudo possível na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, que me guia em todos os instantes e momentos.

A minha família, especialmente a minha mãe e irmã, que acreditaram e me incentivaram a enfrentar esse desafio.

Minha eterna gratidão ao professor Garibaldi Gurgel, por sua orientação, compromisso e dedicação em todas as etapas desta pesquisa.

Aos meus queridos colegas de turma pelos grandes momentos vividos e pelo incentivo e companheirismo nesta jornada.

Aos funcionários da Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães, pela colaboração, especialmente, a Márcia pelo carinho e atenção.

Aos companheiros de luta da família Unidade de Saúde da Família José Bonifácio dos Santos/ Morro da Conceição, pela compreensão nas ausências e pelo incentivo.

Ao professor André Sá, que colaborou na confecção dos mapas temáticos.

Aos membros da banca de qualificação do projeto pela valiosa colaboração e apoio.

Aos membros da banca de defesa da tese (titulares e suplentes), agradeço pelas preciosas contribuições.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente, para a conclusão deste trabalho.

SILVA, Edjaneide.Maria da. **A regulação de acesso ao parto**: avaliando o caso do município do Recife. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

O parto precisa ocorrer em tempo e local oportuno para que se tenha um nascimento saudável. Diante dessa prerrogativa, esta dissertação avalia a regulação do acesso ao parto no município do Recife, verificando os fluxos regulatórios de atendimento a parturiente. Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo estudo de caso, com abordagem quantitativa e qualitativa; a combinação de métodos e técnicas de investigação foi necessária neste caso pela magnitude e complexidade do tema abordado. Foi necessário a realização do mapeamento da rede de atenção materna-infantil e construção de mapas de fluxos dominante para os estabelecimentos de saúde de referência ao parto, tanto de risco habitual e alto risco do município do Recife. A fim de verificar em profundidade os critérios abordados na pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com puérperas, profissionais de saúde e gestores ligados com o processo de regulação e estruturação da rede de assistência à saúde (Rede Cegonha). Nos resultados encontra-se como ocorreu o fluxo real das usuárias dentro da rede; neste caso foi verificado que estas mulheres não seguem o fluxo estabelecido para as referências, o que ocorre por múltiplas causas, como: a falta de vinculação da gestante ao estabelecimento de saúde onde será realizado o parto, superlotação dos hospitais e maternidades ou desconhecimento sobre o estabelecimento de saúde a que deve se dirigir na hora do parto. Essa fragilidade da rede de atenção à saúde, gera uma peregrinação da gestante no anteparto e dificulta seu acolhimento nos serviços de saúde e condução das boas práticas de atenção ao parto e nascimento. A forma de sistematizar a regulação do acesso ao parto no município do Recife, não tem garantido o acesso equânime as gestantes, existe esta falha no papel protetor do Estado, causando uma desorganização da rede obstétrica que contribui para expor mãe e bebê a situações de vulnerabilidade e sofrimento.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Atenção à Saúde. Avaliação em Saúde. Parto.

SILVA, Edjaneide.Maria da. **The regulation of access to childbirth**: evaluating the case of the municipality of Recife. 2018. Dissertation (Professional Masters in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2018.

ABSTRACT

Childbirth must take place at the right time and place for a healthy birth. Faced with this prerogative, this dissertation evaluates the regulation of access to childbirth in the city of Recife, verifying the regulatory flows of care to the parturient. It is an evaluative research of the type of case study, with quantitative and qualitative approach; the combination of research methods and techniques was necessary in this case due to the magnitude and complexity of the topic addressed. It was necessary to carry out the mapping of the network of maternal and child care and construction of maps of dominant flows for health facilities of reference to childbirth, both of the usual risk and high risk of the municipality of Recife. In order to verify in depth the criteria addressed in the research, we carried out semi-structured interviews with puerperal women, health professionals and managers linked to the process of regulation and structuring of the health care network (Stork Network). The results show how the actual flow of users within the network occurred; in this case it was verified that these women do not follow the flow established for the references, which occurs for multiple causes, such as: lack of attachment of the pregnant woman to the health center where the delivery will take place, overcrowding of the hospitals and maternities or lack of knowledge about the establishment to be addressed at the time of delivery. This fragility of the health care network generates a pilgrimage of the pregnant woman in the antepartum and makes it difficult to receive them in the health services and conducts the good practices of attention to childbirth and birth. The way to systematize the regulation of access to childbirth in the city of Recife, does not guarantee the equal access to pregnant women, there is this flaw in the protective role of the State, causing a disorganization of the obstetric network that contributes to exposing mothers and babies to situations of vulnerability and suffering.

Keywords: Access to health services. Health Care. Health Assessment. Childbirth.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1- Distribuição dos bairros do município do Recife por Distrito Sanitário | 41 |
| Figura 1- Divisão Territorial (Bairros e microrregiões) do município do Recife..... | 42 |
| Quadro 2- Critérios de seleção do sujeito da pesquisa – puérperas..... | 44 |
| Figura 2 - Modelo de planilha para coleta de dados..... | 45 |
| Quadro 3- Critérios e indicadores qualitativos..... | 46 |
| Quadro 4- Matriz dos Pontos de atenção da Rede Cegonha para assistência ao pré-natal, parto e puerpério, Recife, 2017..... | 50 |
| Figura 3- Mapa de Unidades de atendimento..... | 53 |
| Figura 4- Representa o fluxo de rede de referência estabelecido pela CIR e o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015 para a maternidade Arnaldo Marques..... | 56 |
| Figura 5- Representa o fluxo de rede de referência estabelecido pela CIR e o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015, para a maternidade Bandeira Filho..... | 57 |
| Figura 6- Representa o fluxo de rede de referência estabelecido pela CIR e o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015, para a maternidade Barros Lima..... | 58 |
| Figura 7- Representa o fluxo de rede de referência estabelecido pela CIR e o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015, para o IMIP..... | 59 |
| Figura 8- Representa o fluxo de rede de referência estabelecido pela CIR e o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015, para o Hospital Agamenon Magalhães..... | 60 |
| Figura 9- Representam o fluxo de rede de referência estabelecido pela CIR e o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015, para o Hospital Barão de Lucena..... | 61 |
| Figura 10- Representa o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015, para o CISAM..... | 62 |
| Figura 11- Representa o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015, para o Hospital das Clínicas..... | 62 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CIB – Comissão Intergestora bipartite
CIR - Comissão intergestora regional
CISAM – Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros
CNES - Cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde
GPS - Sistemas de Posicionamento Global
HMR – Hospital da Mulher do Recife Doutora Mercês Pontes Cunha
HIV – vírus da imunodeficiência adquirida
IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE - Instituto brasileiro de geografia e estatística
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMIP – Instituto materno infantil de Pernambuco
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
NASF – Núcleo de apoio a saúde da família
OMS - Organização Mundial de Saúde
PACS - Programa de agentes comunitários de saúde
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SAMU – Serviço de atendimento móvel de urgência
SIG - Sistemas de Informações Geográficas
SINASC - Sistema de informações sobre nascidos vivos
TMI – Taxa de mortalidade infantil
UNFPA – Fundo de Populações das Nações Unidas
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF – Unidade de saúde da família

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 OBJETIVOS | 17 |
| 2.1 Objetivo Geral | 17 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 17 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO | 18 |
| 3.1 Regulação de acesso aos serviços de saúde | 18 |
| 3.2 Redes de atenção à saúde – Rede Cegonha | 24 |
| 3.3 Histórico sobre atenção à saúde da mulher no Brasil | 28 |
| 3.4 Avaliação em saúde | 31 |
| 3.5 Geoprocessamento e mapa de fluxos | 36 |
| 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 40 |
| 4.1 Desenho do estudo | 40 |
| 4.2 Área do estudo | 40 |
| 4.3 Período do estudo | 42 |
| 4.4 Sujeitos do estudo | 42 |
| 4.5 Fontes e instrumentos da coleta de dados | 44 |
| 4.6 Análise de dados | 45 |
| 5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 48 |
| 6 RESULTADOS | 49 |
| 6.1 Conhecendo as referências da rede de pré-natal, parto e puerpério no município do Recife | 49 |
| 6.2 A organização do acesso ao parto no município do Recife | 53 |
| 6.2.1 O fluxo real e o fluxo de referência para o acesso ao parto no município do Recife | 54 |
| 6.2.2 Influências na escolha do local de parto pelas gestantes | 63 |
| 6.2.3 Vinculação ao local de parto e peregrinação das gestantes | 64 |
| 6.3 O acesso da gestante ao local de ocorrência do parto | 65 |
| 6.3.1 Fatores que facilitam o acesso ao local de ocorrência do parto | 65 |
| 6.3.2 Fatores que dificultam o acesso ao local de ocorrência do parto | 66 |
| 6.3.3 Acolhimento da gestante com classificação de risco | 67 |
| 7 DISCUSSÃO | 69 |
| 8 CONCLUSÃO | 85 |

| | |
|--|------------|
| 9 RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES MUNICIPAIS..... | 87 |
| REFERÊNCIAS..... | 88 |
| Apêndice A – Roteiro guia para entrevista com gestores..... | 97 |
| Apêndice B – Roteiro guia para entrevista com profissionais de saúde..... | 98 |
| Apêndice C – Roteiro guia para entrevista com as puérperas..... | 99 |
| Apêndice D – Termo de consentimento livre e esclarecido..... | 100 |
| Anexo A – Declaração de vinculação do projeto..... | 101 |
| Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 102 |
| Anexo C – Carta de Anuência..... | 103 |
| Anexo D – CI nº 005/2017 – Maternidade Arnaldo Marques..... | 104 |
| Anexo E – CI nº 005/2017 – Maternidade Barros Lima..... | 105 |
| Anexo F – CI nº 005/2017 – Maternidade Bandeira Filho..... | 106 |
| Anexo G – CI nº 005/2017 – Hospital da Mulher..... | 107 |
| Anexo H – CI nº 005/2017 – SINASC..... | 108 |
| Anexo I – CI nº 005/2017 – Gerência de Regulação..... | 109 |
| Anexo J – CI nº 005/2017 – Coordenação Saúde da Mulher..... | 110 |

1 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher no que diz respeito ao pré-natal, parto e nascimento é uma das ações prioritárias nas agendas de governo, principalmente por fazer parte dos objetivos de desenvolvimento do milênio definidos pela Organização das Nações Unidas em 2000 (reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna, visando reduzir a taxa de mortalidade materna). O estudo sobre a morte materna permite avaliar se as ações realizadas pelos gestores para promover a saúde da mulher estão sendo bem-sucedidas, utilizando como indicador para esta avaliação a Razão de Mortalidade Materna, que mede o risco de uma mulher morrer no ciclo gravídico puerperal (BITTENCOURT et al., 2013).

A morte materna pode ser definida como a morte de uma mulher durante a gravidez, parto ou até 42 dias de puerpério, independente da duração ou localização da gravidez, que ocorre devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela. Só não é considerada morte materna aquela causada por fatores acidentais ou incidentais (BRASIL, 2007b). A maioria das mortes maternas são por causas diretas, próprias do período de gestação, parto e puerpério, principalmente ligadas à hipertensão, a hemorragia, a infecção puerperal e ao aborto (BRASIL, 2012).

Uma pesquisa patrocinada conjuntamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA) e Banco Mundial relata 576.300 mortes maternas em todo o mundo em 1990 e 535.900 mortes maternas em 2005. Na América Latina, os menores registros estão na Costa Rica e Chile, cuja mortalidade materna se encontra entre 20 e 25 óbitos para 100.000 nascidos vivos em 2008, já nos demais países da região o risco é dez vezes maior do que nos países europeus (HOGAN et al., 2010). No Brasil, entre os anos de 1990 e 2010 a Razão de Mortalidade Materna reduziu de 141 para 68 óbitos por 100.000 nascidos vivos, no entanto a velocidade dessa queda diminuiu a partir de 2001 (BRASIL, 2012).

Em Pernambuco a Razão de Mortalidade no ano de 2008 foi de 56,21 por 100.000 nascidos vivos, com uma razão média de 53,28 no período de 1996 a 2008

(XAVIER, 2010). Já no município de Recife, temos uma Razão de Mortalidade Materna variando de 78,8 em 2006 para 75,3 por 100.000 nascidos vivos em 2012 (RECIFE, 2014a). O indicador de Razão de Mortalidade Materna em Recife apresenta resultados acima das médias nacionais e estaduais.

A mortalidade infantil também apresenta preocupações no cenário da saúde pública. No mundo, em 25 anos a mortalidade infantil apresentou uma queda, declinou de 12,7 milhões de mortes anuais para a estimativa de 5,9 milhões em 2015, o que mostra o estudo conjunto da Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. A taxa caiu de 91 mortes por 1000 nascidos vivos em 1990 para 43 mortes por mil nascidos vivos em 2015 (UNICEF, 2015).

O Brasil vem reduzindo a taxa de mortalidade infantil, sendo um dos países que atingiram a meta do objetivo do desenvolvimento do milênio, reduzindo em 5,2% essa taxa de 1990 a 2008, porém esse indicador apresenta-se de modo desigual entre as regiões brasileiras. A média da TMI (taxa de mortalidade infantil) para o Brasil em 2010 foi de 16,0 por mil nascidos vivos (CARVALHO et al., 2015; VICTORA et al., 2011).

A cidade do Recife apresentou um Coeficiente de Mortalidade Infantil de 14,3 por mil nascidos vivos em 2006 e 12,2 por mil nascidos vivos no ano de 2012. Apesar do declínio, o componente neonatal (óbitos que ocorrem do nascimento até o 27º dia de vida) se mantém elevado (RECIFE, 2014a).

As mortes neonatais têm como principal causa específica a prematuridade seguida por infecções, malformações congênitas e asfixia/ hipóxia (BITTENCOURT et al., 2013). Lansky et al. (2014) em sua pesquisa, alerta que no Brasil 25% das mortes infantis ocorrem nas primeiras 24 horas de vida, mostrando a fragilidade na atenção ao parto e ao nascimento.

A mortalidade materna e a mortalidade infantil, principalmente as neonatais, são indicadores ligados a atenção da saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Vários modelos (PAISM, PHPN, PNAISM, Pacto pela Vida) foram implantadas pelo Ministério da Saúde ao longo dos anos para melhorar a assistência ao pré-natal,

parto, puerpério e atenção à saúde da criança, como estratégias para redução da morbimortalidade materna e neonatal. Apesar destes esforços, a atenção à saúde materna e infantil enfrenta dificuldades para superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, não conseguindo cumprir os pactos necessários para honrar os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Os modelos de atenção à saúde com características de fragmentação das ações, centrado em práticas curativas e estruturado a partir das ofertas tem se mostrado insuficiente para assegurar ao usuário a integralidade da atenção à saúde e a suprir suas necessidades com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

A organização do sistema de saúde sob a forma de Redes de Atenção à Saúde é uma estratégia essencial para superar essa fragmentação e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional. É uma nova forma de responder as demandas com segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

Nas Redes de Atenção à Saúde a institucionalização de redes assistenciais temáticas deve ser pautada a partir da necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações, como no caso da Rede Cegonha; ela é uma estratégia criada para impactar nos resultados de indicadores insatisfatórios encontrados em todo território nacional vinculado ao pré-natal, parto, puerpério e atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses de idade (BRASIL, 2011).

Observa-se neste cenário, a emergência de novas formas para intervir na situação de saúde e novos arranjos estruturais na conformação das redes de atenção à saúde, principalmente na Rede Cegonha, considerada estratégica pelo seu impacto sanitário, para enfrentamento do quadro epidemiológico relacionado à mortalidade materna, que reflete entre outros indicadores a qualidade da assistência prestada ao parto, tendo sua inserção na agenda governamental.

A atenção ao parto é um dos componentes da Rede Cegonha. Se avaliarmos que a gestação tem um curso de 40 semanas, ou 280 dias, embora seja considerada

normal a idade gestacional de 38 semanas até 41 semanas e seis dias, há um período considerável para que a Rede de Atenção se prepare para receber esta mulher em trabalho de parto.

A garantia de referência ao local de ocorrência do parto está descrita na Lei nº 1163/2007, que traz em seu texto o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência - maternidade na qual será realizado seu parto (BRASIL, 2007a). Direito este que foi corroborado nos preceitos da Rede Cegonha. Mesmo existindo leis e normas reguladoras para assegurar à assistência ao parto, os gestores precisam universalizar a definição prévia do local de parto, encaminhando e vinculando a gestante à maternidade onde receberá assistência, no âmbito do Sistema Único de Saúde (ESCALANTE et al., 2010).

Eliminar a peregrinação em busca de atendimento no momento do parto é meta prioritária para redução da morbimortalidade materna e infantil, portanto torna-se essencial estabelecer fluxos de regulação do acesso ao local de parto. O Estado no seu papel de agente regulador tem a responsabilidade de estruturar a rede de forma a garantir um nascimento saudável, eliminando barreiras e promovendo o acesso ao parto de forma organizada.

Os estudos sobre a regulação de acesso ao parto são objetos de interesse acadêmico, de gestores e da população. Barreto (2013) mostra que no Nordeste uma pesquisa com 8.164 mulheres apenas 9,4% das entrevistadas realizou o parto na maternidade vinculada e que 19,2% das gestantes procuraram dois ou mais serviços até serem atendidas. Em Pernambuco a pesquisa de Pinheiro (2014) sobre a avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife mostra que a maioria das mulheres não teve o parto realizado na maternidade de referência (80,2%), onde 62% tiveram que procurar por mais de um serviço de saúde durante o parto.

Neste sentido existe a necessidade de estudos que avaliem o processo de regulação de acesso ao parto e seu papel na rede de atenção de atenção à saúde como forma de responder as demandas de organização e estruturação da rede,

favorecendo a melhoria dos indicadores de mortalidade materna e infantil e para entender as causas da não vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto.

Nesta perspectiva este estudo, ajudará os gestores na reorganização do complexo regulador e dos fluxos de acesso ao parto, refletindo no ordenamento de toda a rede de atenção à saúde, visando evitar a peregrinação da gestante no momento do parto em busca de vaga hospitalar e o nascimento de risco em local inadequado.

Esse estudo tem como pergunta norteadora: **Como a secretaria de saúde do município do Recife operacionaliza a regulação do acesso ao parto?**

Parte-se do pressuposto, que a regulação do acesso à unidade de referência onde será realizado o parto apresenta fragilidades, mostrando as dificuldades encontradas na governança operacional no município do Recife. A articulação com os serviços de saúde, em especial na atenção ao parto, dentro da rede de atenção à saúde principalmente na Rede Cegonha, apresenta fragmentação, dificultando o acesso aos fluxos regulatórios existentes, violando o direito da gestante a um parto humanizado e seguro, enquanto usuária do Sistema Único de Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a regulação do acesso ao parto no município do Recife

2.2 Objetivos Específicos

- a) Mapear os pontos de atenção da rede de assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal no município do Recife;
- b) Verificar o fluxo de referência e o fluxo real com a construção de mapas de fluxos dominante;
- c) Analisar como ocorre o acesso ao local de ocorrência do parto;
- d) Elaborar recomendações para os gestores sobre o processo de regulação do acesso ao parto no município do Recife;

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 Regulação de acesso aos serviços de saúde

O conceito de regulação é bem diversificado, existem inúmeras e diferentes conceituações, elas refletem as perspectivas da agenda política e os valores que estão implícitos por quem as elabora e por quem as utiliza (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Segundo Oliveira e Elias (2012) a regulação apresenta uma polissemia conceitual e se distingue essencialmente por duas naturezas. A primeira traz as ideias de controle e equilíbrio (componente técnico), e a segunda as ideias de direção e adaptação, que se referem ao componente político da regulação. A regulação está vinculada à ampla gama de distintas ações: regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação. No entanto, observa-se a ênfase normativa e burocrática que se expressa geralmente como o ato de cumprir regras.

A regulação também pode ser entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando sua execução. É uma importante função de Estado, principalmente no contexto da nova administração pública, visando uma maior efetividade no desenvolvimento das políticas públicas nos sistemas de saúde, apresentando-se como algo desafiador diante da complexidade de seus processos (SANTOS; MERHY, 2006).

Lima (2010) traz um conceito de regulação que se insere no contexto de que o mercado é incapaz de garantir uma prestação de serviços, dentro de padrões aceitáveis à sociedade, surgindo então a necessidade de intervir através do poder público com mecanismos reguladores. Tem-se então, a utilização do termo regulação, como sendo o papel do Estado na sua atuação sobre o mercado, apresentando uma estrutura normativa e regulamentadora.

Na perspectiva neoclássica da economia temos um mercado de livre competição, onde a regulação dos agentes econômicos é assegurada pela livre concorrência com base na lei da oferta e da procura. O Estado é de fato um complexo regulador

assumindo papéis essenciais, teoricamente em nome do interesse público e do bem comum, em uma situação contraditoriamente marcada por uma sociedade dividida em classes sociais com interesses distintos (FARIAS; GURGEL JÚNIOR; COSTA, 2011).

A discussão sobre a regulação não é recente, ela remete ao contexto histórico. Já estava presente nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), na medida em que estabelecia regras para utilização dos serviços e dos medicamentos, com características de regulação dos serviços de saúde. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, a necessidade de regulação aumentou devido a uma enorme rede de prestadores espalhadas por todo o país, foram estabelecidos critérios como perfil da rede credenciada e tipo de assistência a ser praticado. Todo o processo regulatório foi aprofundado com a expansão dos serviços privados de saúde contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), criado em 1978, que buscava controlar a produção e os gastos na assistência médica aos segurados através de excessiva normatização e imposição de regras e fluxos (ANDRADE, 2013).

Com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988 e a inserção da frase no texto constitucional – artigo 196:

Saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Traz à tona uma série de regras articuladas em torno dos interesses envolvidos como: o financiamento, a definição das competências das três esferas de governo e suas relações intergovernamentais, a oferta de serviços e as formas de regulação da demanda.

Então podemos afirmar que o Sistema Único de Saúde brasileiro traz em si grande complexidade por se apresentar como um sistema que garante todos os direitos à

saúde, imprescindível para assegurar o direito à vida, garantidos em um arcabouço jurídico.

O sistema de saúde é dirigido pelos entes federativos, com financiamento tripartite e gestão participativa. A garantia do acesso e da qualidade da assistência, assim como a organização da atenção à saúde demonstram que a proteção do Estado é necessária. Considerando também que a execução da prestação dos cuidados integrais em saúde tem especificidades próprias, é imprescindível que os governos atuem em nome dos seus cidadãos para garantir as condições da adequada prestação de serviços no setor saúde. Para isso é necessário que os governos assumam seu papel de agente regulador (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Neste contexto, a saúde é considerada um bem de mérito distanciando-a das relações privadas de produção e consumo sendo vinculada a um direito da cidadania, dentro de uma conjuntura de proteção social. Então, no setor saúde encontramos falhas de mercado (ocorrência de riscos e incertezas, risco moral, externalidades, distribuição desigual da informação, existência de barreiras), exigindo a necessidade de uma intervenção do Estado para corrigir estas falhas. Na teoria econômica a regulação pode ser caracterizada como uma intervenção estatal necessária para corrigir as falhas de mercado (SANTOS; MERHY, 2006).

Para a escola de regulação, se os mercados forem deixados sozinhos, a tendência da economia para produzir crises seria agravada por suas contradições, tornando o sistema insustentável. O modo de regulação ajustará este desequilíbrio, com o envolvimento do aparelho do Estado no seu papel de mediador das relações estratégicas entre os interesses dos grupos sociais (GURGEL JÚNIOR, 2014).

Os modelos tradicionais de regulação vigente têm se mostrado deficitários diante dos desafios atuais dos sistemas. Nessa perspectiva, encontra-se a necessidade de modernização da regulação e o aumento da eficiência da prestação de serviços públicos. A regulação assim, ganha importância e significado, principalmente a partir da introdução de novas modalidades de gestão do SUS, tais como as Organizações Sociais de Saúde e as Fundações Estatais de Direito Privado, onde se enseja novos

desafios para a capacidade de Regulação Estatal, no sentido de se garantir o acesso universal e igualitário da população às ações e serviços de saúde (OLIVEIRA; ELIAS, 2012).

Além desse motivo, muitos desafios se apresentam nos processos regulatórios, a exemplo das parcerias público-privadas, da flexibilização da gestão, da organização do terceiro setor, que podem reforçar as falhas de governo/mercado existentes, aumentando à necessidade de regular a assistência à saúde de forma concreta no sistema de saúde (SANTOS; MERHY, 2006).

A regulação em saúde é um desafio complexo e atual para todos os sistemas de saúde. Necessita para tanto, de uma articulação entre diversas instâncias e instituições. O processo regulatório pode ser de microrregulação (do ponto de vista do acesso cotidiano das pessoas) ou de macrorregulação (políticas mais gerais das instituições). Desse modo, o processo de regulação se insere dentro de um cenário de disputas, onde os interesses são conflitantes e os atores sociais buscam regular o serviço de saúde segundo interesses da sua representação, procurando direcionar a produção de saúde para os seus objetivos (SANTOS; MERHY, 2006).

O Ministério da Saúde valorizando toda a complexidade do processo regulatório e a necessidade de afirmar a descentralização do Sistema Único de Saúde, instituiu a Política Nacional de Regulação, através da Portaria nº 1559 de agosto de 2008, esta política estabelece a necessidade de estruturar ações de regulação, controle, gerenciamento e avaliação no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho. Para tanto, apresenta a regulação como um dos instrumentos de gestão do SUS, que visa à organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Regulação estabeleceu distinções para os diversos níveis da regulação em saúde, elas foram organizadas em três dimensões: na regulação sobre sistemas de saúde, na regulação da atenção à saúde e na regulação do acesso à assistência.

Farias, Gurgel Júnior e Costa (2011), descrevem as três dimensões da regulação em saúde:

- 1) A regulação de sistemas de saúde: definida a partir dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, compreende as macrodiretrizes para a regulação da atenção à saúde e engloba as ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância dos sistemas. Comporta as ações de regulação do gestor federal em relação aos estados, municípios e setor privado não vinculado ao Sistema Único de Saúde; as ações do gestor estadual em relação a municípios e setor privado não vinculado ao Sistema Único de Saúde; as ações do gestor municipal em relação aos prestadores e a autorregulação de cada um dos gestores.
- 2) A regulação da atenção à saúde consiste em uma organização das estruturas, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores de serviços de saúde (públicos e privados) exercidas pelos gestores estaduais e municipais de saúde conforme pactuação anterior definida no termo de compromisso de gestão. Tem como objeto a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde. Vai compreender a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária.
- 3) A regulação do acesso, nela está compreendida a atuação nas referências intramunicipais, na regulação sobre os prestadores de serviços de saúde, para disponibilizar a melhor alternativa assistencial, em tempo oportuno e adequado às necessidades de saúde da população. É estabelecida pelo complexo regulador e abrange a regulação médica, garante acesso baseados em protocolos, classificação de risco e demais critérios para se estabelecer as prioridades.

Utilizaremos neste estudo a definição de regulação do acesso descrita na Política Nacional de Regulação:

Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

A Regulação do Acesso é contemplada pelas ações de regulação médica da atenção pré-hospitalar e às urgências; regulação dos leitos disponíveis e de agendamento de consultas e procedimentos; o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados (BRASIL, 2008).

Então, a regulação de acesso é o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Para conseguir construir a regulação do acesso à saúde é importante que os gestores tenham como pressuposto a necessidade de estabelecer diálogo entre os profissionais que atuam nos serviços de saúde com os profissionais que das centrais de regulação, para que ambos conheçam os protocolos clínicos, as linhas de cuidado e outros mecanismos que favorecem a atenção integral em âmbito municipal, regional ou estadual. Os protocolos de regulação do acesso são diretrizes que podem ser utilizados para o uso adequado e racional das ofertas dos serviços, incluem instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre diferentes pontos de atenção com base em protocolos clínicos. A regulação nesta ótica pretende priorizar o acesso aos serviços de saúde, superando a ordem de chegada como critério organizador do acesso, necessitando da utilização de protocolos para analisar a gravidade e riscos, definindo assim as prioridades (GIANNOTTI, 2013).

Este tipo de regulação assistencial promove a equidade do acesso aos serviços de saúde, ajustando a oferta disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional. Esse processo deve ser dotado de instrumentos que garantam, de acordo com a necessidade, a qualidade do

atendimento aos pacientes e alocação eficiente de recursos (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Além de estabelecer a utilização de instrumentos visando melhorar a assistência à saúde, a regulação do acesso realizada pelo Estado, necessita compreender a organização da rede de atenção à saúde.

3.2 Redes de Atenção à Saúde – Rede Cegonha

Para conseguir responder as demandas sociais, é imperativo organizar a atenção à saúde através de sistemas de saúde. Estes sistemas deverão ser capazes de articular atividades diversas visando resolver as necessidades de saúde da população (MENDES, 2011).

Vários países do mundo enfrentam uma crise contemporânea dos sistemas de saúde decorrente de uma incoerência entre as situações de transição demográfica, de transição epidemiológica, de dupla ou tripla carga de doenças com os modos como se estruturam os sistemas de saúde. Temos uma situação de saúde do século XXI convivendo com uma organização do sistema de saúde do século XX (MENDES, 2010).

O início do século XXI foi marcado por grandes avanços nos campos científico e tecnológico, tem sido apontado pelas transformações ocorridas nas sociedades contemporâneas, como o aumento da expectativa de vida e mudanças nos perfis de morbimortalidade da população mundial (FERNANDES; VILELA, 2014). Estas mudanças exigem modificações nos padrões fragmentados dos sistemas de saúde vigente.

No caso do Brasil, o Sistema Único de Saúde é organizado levando em consideração principalmente os aspectos demográficos e epidemiológicos. O país concentra várias necessidades de saúde da população (transição demográfica acelerada, doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e a hegemonia de condições crônicas) é imprescindível uma resposta através um Sistema Único de Saúde capaz se fazer cumprir uma agenda que

enfrente as condições agudas e as agudizações das condições crônicas. As doenças crônicas determinam efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos, causam mortes prematuras e custo econômico (MENDES, 2011).

O modelo de atenção à saúde brasileiro é centrado em ações curativas e estruturado a partir das ofertas, ele tem se mostrado insuficiente para assegurar ao usuário a integralidade da atenção à saúde e a suprir suas necessidades com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

A organização do sistema de saúde sob a forma de Redes de Atenção à Saúde é uma estratégia essencial para superar essa fragmentação e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional é uma nova forma de responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

Mendes (2011) coloca como definição que Redes de Atenção à Saúde são aquelas organizações que se prestam a um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população. Essas Redes de Atenção têm que se estruturar com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção e possuir como elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

A portaria ministerial nº 4279/2010 define Rede de Atenção à Saúde (RAS) como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, caracterizando-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção tendo a atenção primária à saúde como centro de comunicação (BRASIL, 2010).

Na área de atenção à saúde da mulher a fragmentação se torna visível por existir serviços isolados, com precária lógica de cuidados, cujas práticas de gestão de saúde ainda permanecem conservadoras e pouco participativas, sendo marcadas

por medicalização e por intervenções desnecessárias. Conta ainda com um subfinanciamento do sistema, mecanismos deficitários de alocação de recursos para a saúde, com foco na produção de ações e a não vinculação das gestantes à maternidade de ocorrência do parto, gerando uma peregrinação pelos serviços (GIOVANNI, 2013).

Visando melhorar esta situação e obter um maior impacto sanitário, através da melhoria do acesso e do desempenho da assistência, o Ministério da Saúde articulou a formação de redes assistenciais temáticas consideradas estratégicas no seu campo de atuação.

A institucionalização de redes assistenciais temáticas deve ser pautada a partir da necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações. No caso da Rede Cegonha, ela é uma importante estratégia para impactar nos resultados de indicadores insatisfatórios encontrados em todo território nacional vinculado ao pré-natal, parto, puerpério e atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses de idade (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha, procura melhorar o acesso e a qualidade do atendimento na rede pública de saúde como escopo de ações: o teste rápido de gravidez; o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, além dos exames clínicos e laboratoriais, inclusive teste de HIV e sífilis; a garantia de leito e de vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público, bem como a qualificação dos profissionais de saúde para uma atenção segura e humanizada; a criação de centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco e de casas de parto normal para implementar as demandas do parto humanizado para os casos de baixo risco. Além disso, o programa pretende também incentivar o aleitamento materno; disponibilizar um programa de educação que busque controlar a gravidez na adolescência e trabalhe com a noção de direitos sexuais e reprodutivos. O objetivo geral é erradicar os altos índices de mortalidade materna no Brasil (CARNEIRO, 2013). Esta rede procura administrar as políticas já criadas, mas com a concretização da articulação dos pontos de atenção em uma rede de cuidados integrais (FERNANDES; VILELA, 2014).

A rede cegonha está organizada em quatro componentes (pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que engloba o transporte sanitário e a regulação). E tem como objetivos:

- I. garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- II. garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III. garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- IV. garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
- V. garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo. (BRASIL, 2011, art 4º)

No último componente, sistema logístico, temos a inserção de várias ações de saúde entre elas a implantação do modelo “vaga sempre” com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto - gestantes de risco habitual e alto risco (BRASIL, 2011).

O estado de Pernambuco aderiu de imediato a implantação da Rede Cegonha, entendida pela Secretaria Estadual de Saúde como a construção de uma rede organizada por linhas de cuidado, em consonância com o desenho da Regionalização. A Comissão Integertores Bipartite Estadual homologou a implantação da Rede Cegonha prioritariamente nas Regiões de Saúde I (região metropolitana), IV (Caruaru) e VIII (Petrolina), seguindo uma modificação na atenção à saúde materno e infantil e instituindo o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha. Uma das grandes expectativas referenciadas pelos gestores consiste no aporte financeiro de incentivos de investimento e custeio que irá impactar positivamente na qualidade da assistência prestada (ARAÚJO, 2012).

Visando assegurar a lógica de funcionamento das Redes de Atenção à Saúde com qualidade e eficiência faz-se necessários mecanismos formais de contratualização entre reguladores/ financiadores e os prestadores de serviço, pensando na lógica de mercado (BRASIL, 2010).

Entender sobre o processo de regulação assistencial, ou regulação do acesso em saúde da mulher facilita a compreensão do papel da Redes de Atenção à Saúde na

sua potencialidade em suprir as necessidades de cuidado integral e sua dinâmica na organização dos diversos pontos da rede. Para isso conhecer a história da atenção à saúde da mulher e suas particularidades no Brasil se faz necessária, para entender o que acontece hoje.

3.3 Histórico sobre atenção à saúde da mulher no Brasil

As mulheres são maioria no Brasil e elas apresentam sob o aspecto de políticas públicas necessidades e especificidades distintas, pelos agravos e condições pertinentes ao gênero. Algumas políticas e programas que foram elaborados ao longo dos anos tiveram o objetivo de aprimorar a qualidade da assistência à saúde das mulheres. No Brasil, essas ações programáticas se deram principalmente com o olhar do binômio mãe e filho tendo nos programas relacionados a saúde materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, a característica de uma visão restrita sobre a mulher, baseados na parte biológica e no seu papel de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde de seus filhos (BRASIL, 2004).

A partir de 1980 a questão da equidade de gênero e dos direitos humanos das mulheres surgiram nos debates políticos internacionais e nacionais. O cenário epidemiológico da situação da mulher levou a necessidade de considerar as questões de vulnerabilidade, agravos e doenças específicas da população feminina e trouxe a importância do cuidado de forma integral (BITTENCOURT et al., 2013).

Em 1983, surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Apoiado pelo movimento feminista, oficializa o conceito de integralidade da atenção à mulher; abordando as fases da adolescência à terceira idade, trazendo medidas clínicas e educativas, com critérios epidemiológicos, orientando sobre o acompanhamento da gestação, parto, puerpério, controle de doenças sexualmente transmissíveis, câncer ginecológico, além de medidas de anticoncepção e tratamento da infertilidade (BRASIL, 2004). Levando a uma ruptura na visão maternal da mulher, foi produto das reivindicações das mulheres, na luta pela igualdade de direitos com o propósito de uma abordagem mais ampla.

A ideia de ter estabelecido um conjunto de atividades que deveriam ser executadas de forma integral gerava a necessidade de articular as ações já implantadas, como o pré-natal. Entretanto, mesmo naqueles serviços em que as atividades realizadas estavam de acordo com as preconizadas pelo PAISM, perduravam questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados. Permaneciam o debate sobre as questões do acesso da gestante ao hospital/ maternidade e sobre a atenção prestada em algumas regiões do país com altas taxas de mortalidade materna e perinatal (BARRETO, 2013).

Nos anos 1990, o PAISM foi influenciado pela criação do Sistema Único de Saúde e diversos processos foram desencadeados, como a municipalização da saúde, a descentralização das ações, a reorganização e a ampliação das ações básicas. Já no cenário internacional, houve a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo/Egito (1994) e a Conferência Internacional da Mulher em Pequim/China (1995), que favoreceram as políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres, com a promoção do direito da saúde reprodutiva. O Brasil foi signatário dessas duas conferências assumindo o compromisso com a promoção e melhoria da saúde reprodutiva (PINHEIRO, 2014).

A partir desse novo movimento, em 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que apresentava como objetivo principal a concentração dos esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, com enfoque na necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecendo critérios para qualificar as consultas de pré-natal e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o estabelecimento do parto. O programa trouxe o direito à humanização do parto, do atendimento neonatal e do acompanhamento durante o puerpério. Teve como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, aumentar a cobertura e qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). O direito da gestante em saber e ter acesso assegurado à maternidade que será atendida no momento do parto (vinculação prévia à maternidade de referência) foi um avanço neste programa. Este direito passou a ser garantido pela Lei Federal nº 11.634 de 27 setembro de 2007 (BRASIL, 2007a).

Com o crescente movimento político para reduzir a mortalidade materna e neonatal, foi lançado em 2004 o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, articulando um conjunto de ações nas diferentes esferas de governo para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal, o pacto foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde. Também em 2004 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), onde afirma que o Sistema Único de Saúde deve estar capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, contemplando a promoção da saúde, as necessidades de saúde, o controle das doenças e agravos. Traz propostas para o atendimento à mulher indígena, negra, rural, com deficiência, lésbicas, adolescentes, em situação prisional e na terceira idade (BRASIL, 2004; 2012).

Em janeiro de 2006, os cuidados para a redução da mortalidade materna e infantil foram reafirmados no Pacto pela Vida, ele estabelece seis prioridades com definição de objetivos e metas: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias; promoção da Saúde e fortalecimento da Atenção Básica, com a finalidade de qualificar a assistência à saúde (BRASIL, 2006).

A atenção à saúde da mulher é transpassada pela atenção humanizada ao parto e nascimento. A fim de evitar a peregrinação da gestante na hora do parto e os riscos potenciais advindos da dificuldade do acesso aos serviços de saúde é preciso estabelecer uma rede de cuidados para acolher esta mulher. O estado de Pernambuco e o município do Recife tem sua atenção obstétrica e neonatal amparadas pelo Programa Mãe Coruja e pela Rede Cegonha.

O Programa Mãe Coruja Pernambucana foi instituído através do decreto nº 30.859 de 04 de outubro de 2007, tornando-se Lei Estadual em 2009; tem como objetivo garantir que a mulher tenha uma gestação e parto saudáveis e que a criança tenha um nascimento e desenvolvimento seguro, contribuindo assim para a redução da mortalidade materna e infantil. Este programa atua também no campo da assistência social e da educação (PINHEIRO, 2014).

A partir da experiência do Programa Mãe Coruja Pernambucana, o município do Recife construiu o Programa Mãe Coruja Recife, que contou com um minucioso diagnóstico epidemiológico da mortalidade materna e infantil da cidade, visando garantir o direito à vida com dignidade e qualidade, tem o objetivo de contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil e para reduzir as desigualdades sociais através da assistência à mulher durante o pré-natal, parto e pós-parto e seu filho até a idade de cinco anos (RECIFE, 2014b).

Para esclarecer a utilização da Rede Cegonha e visualizar melhor como está acontecendo o atendimento é necessário entender os mecanismos dos estudos de avaliação.

3.4 Avaliação em Saúde

A avaliação é inerente ao próprio processo de aprendizagem, é uma atividade tão antiga quanto o mundo; a todo o tempo temos que tomar decisões que dependem das avaliações que fazemos sobre as situações vividas. Mesmo a avaliação sendo uma atividade implicada no cotidiano, ela traz consigo uma variedade de conceitos. Sendo entendida com um processo contínuo, sistemático e complexo, ela traz o julgamento de mérito ou valor (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Avaliar programas e intervenções, através de métodos e técnicas científicas, tornou-se frequente após a Segunda Guerra Mundial. Principalmente nos países centrais do capitalismo, é acompanhada de maciços investimentos em políticas públicas de bem-estar social, passando nos últimos anos, a fazer parte das agendas governamentais com investimentos teóricos e práticos, ao lado das pesquisas sociais. No Brasil, essa prática de avaliação ainda é vista através de uma cultura autoritária e clientelista que costuma a orientar a práxis política do país (MINAYO, 2005).

Para atender aos preceitos do Sistema Único de Saúde, como universalidade do acesso, qualidade da atenção e viabilidade econômica, é necessário a tomada de decisões difíceis para atender um sistema de saúde tão complexo. Os Sistemas de Saúde universais apresentam uma ampla oferta dos serviços de saúde e um

aumento considerável nos custos (incorporação de tecnologias para o diagnóstico e tratamento e enfermidades). Existe uma necessidade de se estabelecer informações sobre o modo de funcionamento, qualidade e efetividade das intervenções, assim como a satisfação dos usuários do sistema de saúde. A avaliação é cada vez mais reconhecida como uma alternativa adequada para responder a estas questões (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

No campo da saúde, a avaliação é um instrumento importante, principalmente pela transição epidemiológica, demográfica e pelas crises das finanças públicas, exigindo do ente governamental cada vez mais serviços de saúde que garantam uma melhor qualidade na prestação de serviços e com menor custo. Poderemos também atestar que a área da saúde necessita de um quadro conceitual de avaliação que seja integrador, pois tem influências de diferentes campos como à economia, a epidemiologia, as ciências sociais e a prática clínica. Para a Sociedade Canadense de Avaliação, criada em 1985, a avaliação é a análise fundamentada que visa certos objetivos levando em consideração a pertinência, implantação e resultados (CHAMPAGNE et al., 2011a).

Contradiopoulos et al. (1997) faz referência à polissemia do termo avaliação. Na sua visão avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre algum de seus componentes. Tendo como objetivo final, que essa avaliação possa ajudar na tomada de decisões e que este julgamento possa ser resultado de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) e de aplicação de critério e normas (avaliação normativa). Uma avaliação pode sofrer os dois tipos de avaliação.

A avaliação normativa consiste no julgamento sobre uma intervenção, compara os recursos (estrutura), os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos (resultado), com os critérios e normas existentes. A introdução da tríade estrutura, processo e resultado foi idealizada por Avedis Donabedian, é uma das mais utilizadas na área de saúde, propõe a avaliação como uma inter-relação entre essas dimensões. Assim uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um bom processo e um bom processo favorece um bom resultado (DONABEDIAN, 1988).

Enquanto a pesquisa avaliativa avança na perspectiva analítica, relaciona o problema, os objetivos, os recursos, as atividades, os efeitos e o contexto no qual está inserida a intervenção, ela faz uma avaliação a partir da adequação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados para atingi-los. No desenho metodológico de uma pesquisa avaliativa, uma de suas etapas pode constituir-se de uma avaliação normativa (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010).

Vieira-da-Silva (2014) considera a avaliação numa perspectiva de um julgamento sobre uma intervenção sanitária, esta intervenção pode ser uma política, um programa ou uma prática que precisa estar voltada para resolver os problemas de saúde da população, aferindo o mérito, ou valor, produzindo o seu aperfeiçoamento ou modificação.

A definição a seguir, reúne os elementos essenciais para avaliar as intervenções em saúde, descrita por Champagne et al. (2011a, p.44):

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Dubois, Champagne e Bilodeau (2011) distinguem quatro gerações da avaliação:

- a) 1ª Geração (1800-1930): sua característica principal é a medida, as primeiras avaliações são feitas na Europa no início do século XIX, e resultam de testes padronizados e de mecanismos de coleta sistemática de dados. É utilizada nos campos da educação e da saúde, para identificar as causas associadas aos vários problemas e elaborar novas formas de intervenção. A influência da gestão clássica reflete o valor atribuído à padronização, à quantificação, a uniformização e à precisão. A partir de 1920, surgem os primeiros sinais de uma renovação da avaliação, os instrumentos passam a ser utilizados para questionar políticas e programas;

- b) 2ª Geração (1930-1960): tem como característica principal a descrição, este período coincide com a grande crise econômica dos anos 30. Esta nova abordagem traz que a eficácia de um programa não depende unicamente dos indivíduos que dele participam ou se beneficiam, mas de outros elementos ligados a estrutura do programa. O avaliador deixa de ser considerado um mero técnico e passa a descrever os programas, compreender sua estrutura e conteúdo, identificar suas forças e fragilidades, determinando se eles respondem aos objetivos e finalmente fazer recomendações para favorecer sua melhoria;
- c) 3ª Geração (1960-1990): a principal característica adotada foi o julgamento. A avaliação é utilizada para conceber programas, racionalizar o planejamento, orientar a alocação de recursos públicos e assegurar a imputabilidade. Surgem assim novos métodos, ao avaliador é atribuído o papel de juiz, os critérios de julgamento são ampliados para abranger preferencialmente os aspectos econômicos dos programas, com ênfase nas limitações de recursos;
- d) 4ª Geração (1990 – atual): sua característica principal é a negociação. Marcada pelas iniciativas de ampliação dos atores envolvidos e das abordagens metodológicas. O papel do avaliador como técnico, descritor e juiz cedem lugar ao de moderador. Ela propicia ao conjunto de atores melhor compreensão sobre as intervenções e a participação ativa em seu aperfeiçoamento.

A avaliação contemporânea é o resultado dos esforços de mais de dois séculos, com a ampliação de abordagens, métodos e técnicas para estimar as intervenções e os programas sociais em seu contexto, possibilitando que a avaliação exerça um papel de emancipação para todos os atores envolvidos (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Algumas tipologias são utilizadas para classificar as avaliações, uma delas é a distinção entre as avaliações “ex-ante” e “ex-post”. As avaliações “ex-ante” consistem em levantar as necessidades e se fundamentam nos estudos de factibilidade que irão orientar a formulação das políticas e a tomada de decisões,

melhorando as estratégias metodológicas de implementação. As avaliações “ex-post” são aquelas que ocorrem concomitantemente ou após a implementação da política, elas podem ter uma natureza de processo ou de resultado. Na natureza de processo são encontradas aquelas que identificam atores estratégicos a serem mobilizados, assim como a estratégia de implementação e os subprocessos pelos quais a implementação se desenvolve, nas de natureza de resultado são identificadas o quanto os programas cumpriram os objetivos e com qualidade (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Já com relação a acessibilidade ela pode ser avaliada por inquéritos populacionais ou por inquéritos realizados entre os usuários dos serviços de saúde, através de estudos de caso ou de estimativas rápidas. Na avaliação através dos inquéritos populacionais, a grande vantagem é que traz representatividade e permitem investigar as causas de não utilização do serviço. Os inquéritos junto à demanda têm fácil operação e identifica facilmente os obstáculos organizacionais nos serviços oferecidos (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Vieira-da-Silva (2014) afirma que as principais características da organização dos serviços de saúde podem facilitar ou se converter em barreiras de acesso são:

- Geográficas: a distância entre o local de residência e a unidade de saúde prestadora do serviço;
- Organizacionais: compreende um sistema de regulação envolvendo agendamento de consultas (na modalidade presencial, ou através de telefone), comissão de acolhimento com classificação de riscos, organização da fila de espera, gestor de caso, ou outras formas de atendimento que facilite o acesso;
- Relativas ao modelo assistencial: são os arranjos tecnológicos para a organização das práticas de saúde que podem causar facilidades ou dificuldades em o usuário acessar os serviços de saúde;

- Financeiras: não é apenas dirigido a possibilidade dos usuários em pagar diretamente pelos serviços de saúde ou por um seguro-saúde, mas também pela disponibilidade de recursos para o transporte até o serviço de saúde nos casos de sistemas públicos;
- Políticas de saúde específicas: está voltada à existência ou não de políticas, programas ou projetos voltados para a melhoria e facilitação do uso dos serviços.

Minayo, traz a definição de avaliação qualitativa, definição esta que será utilizada neste estudo:

Entende-se por avaliação qualitativa aquela que busca analisar o papel das representações, das crenças, das emoções e das relações no andamento de um programa, projeto ou proposta de política pública ou institucional. A razão principal deste tipo de avaliação se fundamenta na certeza de que os valores, as injunções políticas e as relações humanas influenciam na realização dos projetos e programas. Portanto, saber como ocorre a dinâmica antropológica subjacente às propostas de ação públicas ou institucionais é fundamental para se conhecer os motivos mais profundos que promovem ou emperram os processos e os resultados de uma ação social (MINAYO, 2011, p.7).

As abordagens quantitativa e qualitativa se complementam uma vez que sempre há ações que podem ser quantificáveis, assim como há implicação subjetiva em todas as ações humanas. Esta afirmação pode ser aplicada na análise de programas e instituições, em que as opiniões e atitudes de todos os atores que configuram a ação social. O objetivo da avaliação qualitativa é permitir a compreensão dos processos e dos resultados, considerando um complexo de ideias, padrões de comportamento e de interações (MINAYO, 2011).

Como forma de observar o espaço geográfico e avaliar as possíveis barreiras de acesso aos serviços de saúde, é essencial o conhecimento da distribuição dos eventos de saúde no território, a utilização de ferramentas e técnicas de geoprocessamento e o uso de mapas de fluxos ajudam nesta tarefa.

3.5 Geoprocessamento e mapa de fluxos

Para avaliar as iniquidades no acesso aos serviços de saúde é necessário ir além dos clássicos estudos de demanda. É primordial a utilização de outros aspectos como a disponibilidade dos serviços, os recursos, a localização geográfica, o padrão de consumo, aspectos das ofertas, etc. Compreender esta relação entre a estrutura social e as condições de saúde ajuda na realização de análises e intervenções propostas (PEITER et al., 2006).

A relação existente entre o espaço e a saúde pública tem referência muito antiga. Ela remota do próprio nascimento da saúde pública como disciplina e se insere nas primeiras tentativas de prevenir e controlar a disseminação dos agravos à saúde. Desta forma a construção da saúde pública se apoiou nas análises das categorias espaciais (NAJAR; MARQUES, 1998). Análises como a de John Snow, é um dos exemplos mais marcantes e antigo sobre o uso do mapeamento na saúde pública. Ele utilizou informações georreferenciadas durante a epidemia de cólera em Londres que permitiu estabelecer um padrão de distribuição espacial (PEITER et al., 2006). O mapa do John Snow, partiu da distribuição espacial de mortes por cólera e encontrou os poços de água contaminados como fontes de risco.

O geoprocessamento pode ser definido como sendo um conjunto de técnicas computacionais (técnicas de coleta, tratamento, manipulação e apresentação de dados espaciais) que são necessárias para trabalhar as informações espacialmente referidas, como o mapeamento de doenças, a avaliação de riscos, o planejamento de ações e a avaliação de redes de atenção (MAGALHÃES et al., 2006). Entre as diversas tecnologias utilizadas para o tratamento e manipulação de dados geográficos se destacam: o sensoriamento remoto, a digitalização de dados, a automação de tarefas cartográficas, a utilização de Sistemas de Posicionamento Global (GPS) e os Sistemas de Informações Geográficas (SIG) (RAMALHO et al., 2007).

Através da técnica de geoprocessamento, pode-se visualizar a organização espacial dos territórios, revelando particularidades do grupo estudado mostrando as diferentes formas de adoecer e morrer relacionados aos eventos de saúde e condições de vida das pessoas. Os processos de produção de mapas temáticos usando geoprocessamento envolve escolhas conscientes como: a seleção de

unidades espaciais que representem o lugar de ocorrência de um fenômeno espacial; a seleção de indicadores que mostrem o agravamento à saúde estudado; a codificação do indicador para a análise e a seleção de camadas que ajudem a explicar o contexto (PEITER et al., 2006).

Os SIG armazenam e manipulam informação espacial utilizando um modelo de dados. Os SIG de uma maneira geral permitem realizar diversas funções, que serão utilizadas conforme os objetivos de análise. De acordo com esses objetivos, deverão ser definidas a unidade espacial, a escala e as variáveis a serem analisadas. Um Sistema de Informações, para ser considerado geográfico, necessita possuir uma referência da localização de onde está a informação, ou seja, a informação precisa ter uma posição geográfica. Essa posição geográfica pode ser identificada através de um par de coordenadas, ou seu endereço (MAGALHÃES et al., 2006).

A estrutura da rede é formada por interconexão, constituídas por dois tipos de elementos: pontos (ou nós) e as ligações entre elas.

No planejamento e avaliação do setor saúde a questão do espaço geográfico é fundamental para organização dos serviços de saúde. Nesta perspectiva o mapa de fluxos permite visualizar as ligações estabelecidas de um serviço de saúde aos demais pontos do território, com destaque para os polos de atração (região com maior demanda). Essa informação é muito útil para verificação das distâncias que o usuário percorre até o serviço de saúde e para os estudos de regionalização do atendimento e para a identificação dos padrões de deslocamento nos problemas de acesso, clareando pontos de estrangulamento (PINA et al., 2006).

Os mapas são apresentados como o resultado dos processos de análise e tratamento dos dados nos SIG resultando na visualização das informações. Os mapas podem ser classificados de acordo com seu objetivo, em mapas gerais (contêm informações como planimetria), mapas especiais são mais específicos e utilizados em situações particulares (cartas náuticas) e os mapas temáticos, que são construídos a partir dos mapas gerais tendo a finalidade de visualizar um determinado tema, destinados a diversas áreas de conhecimento, tendo uso especial no campo da Saúde Pública (PINA et al., 2006).

A construção dos mapas de fluxos é ideal para compreender a dinâmica da busca do atendimento em determinada área, eles representam o deslocamento das pessoas para os locais em que estão os serviços. Para que seja possível traçar as ligações no mapa de fluxo é necessário traçar todas as ligações que representam a demanda de determinado serviço. Entretanto estas ligações podem resultar em um acúmulo de linhas que impede a observação de padrões mais gerais. A fim de contornar esse problema poderão ser focalizados apenas fluxos específicos em especial o maior fluxo a partir de cada origem (fluxo dominante) (OLIVEIRA et al., 2007). As ligações podem ser estabelecidas entre municípios (análise intermunicipal) ou entre bairros (análise intramunicipal), e cada ligação contém um quantitativo de fluxo que determina sua intensidade (PINA et al., 2006).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo estudo de caso com abordagem quantitativa e qualitativa. Os estudos de caso investigam um fenômeno contemporâneo em seu contexto no mundo real, é utilizado para contribuir no conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais e políticos. Esta é uma abordagem valiosa para a pesquisa em ciências da saúde para desenvolver teorias, avaliar programas e desenvolver intervenções por causa da flexibilidade e rigor, estudando o fenômeno em profundidade, englobando suas condições contextuais (YIN, 2015).

O estudo de caso ajuda na descrição e explicação da dinâmica de uma ou várias organizações, ou funcionamento de programas, sem a necessidade de atentar para os componentes específicos que estruturam o objeto de estudo e sua validade interna depende de dois fatores: a qualidade e a complexidade da teoria subjacente ao estudo e a adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico (CHAMPAGNE et al., 2011b).

A combinação de métodos e técnicas de investigação é uma estratégia chamada na literatura nacional e internacional de triangulação, que se fundamenta na possibilidade de articulação de estudos de magnitude e de compreensão de forma complementar. Leva a entender que dados subjetivos (significados, intencionalidade, interação, participação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequência e outros) são inseparáveis e interdependentes, dissolvendo assim as dicotomias entre abordagens quantitativas e qualitativas (MINAYO, 2005). A utilização da triangulação possibilita o enriquecimento da interpretação no estudo de caso, criando uma visão ampla do fenômeno estudado.

4.2 Área do estudo

O estudo foi desenvolvido no município do Recife, capital do Estado de Pernambuco, ele possui uma composição territorial diversificada com morros,

planícies e áreas aquáticas (RECIFE, 2014a). Está dividido em 94 bairros distribuídos em 8 regiões político-administrativas (distritos sanitários) apresentados no quadro abaixo:

Quadro 1- Distribuição dos bairros do município do Recife por Distrito Sanitário

| Distrito Sanitário | Bairros |
|---------------------------|--|
| I | Boa Vista, Cabanga, Coelho, Ilha do Leite, Ilha Joana Bezerra, Paissandu, Recife, São José, Santo Amaro, Santo Antônio, Soledade |
| II | Alto Santa Terezinha, Água Fria, Arruda, Beberibe, Bomba do Hemetério, Campo Grande, Cajueiro, Campina do Barreto, Dois Unidos, Encruzilhada, Fundão, Hipódromo, Linha do Tiro, Ponto de Parada, Porto da Madeira, Peixinhos, Rosarinho, Torreão |
| III | Aflitos, Alto do Mandú, Apipucos, Casa Amarela, Casa Forte, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Sítio dos Pintos, Tamarineira |
| IV | Caxangá, Cidade Universitária, Cordeiro, Engenho do Meio, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Torrões, Várzea, Zumbi |
| V | Afogados, Areias, Barro, Bongí, Caçote, Coqueiral, Curado, Estância, Jardim São Paulo, Jiquiá, Mangueira, Mustardinha, Sancho, San Martin, Tejipió, Totó |
| VI | Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep, Pina |
| VII | Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Brejo da Guabiraba, Brejo de Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Mangabeira, Morro da Conceição, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro, Vasco da Gama |
| VIII | Cohab, Ibura, Jordão |

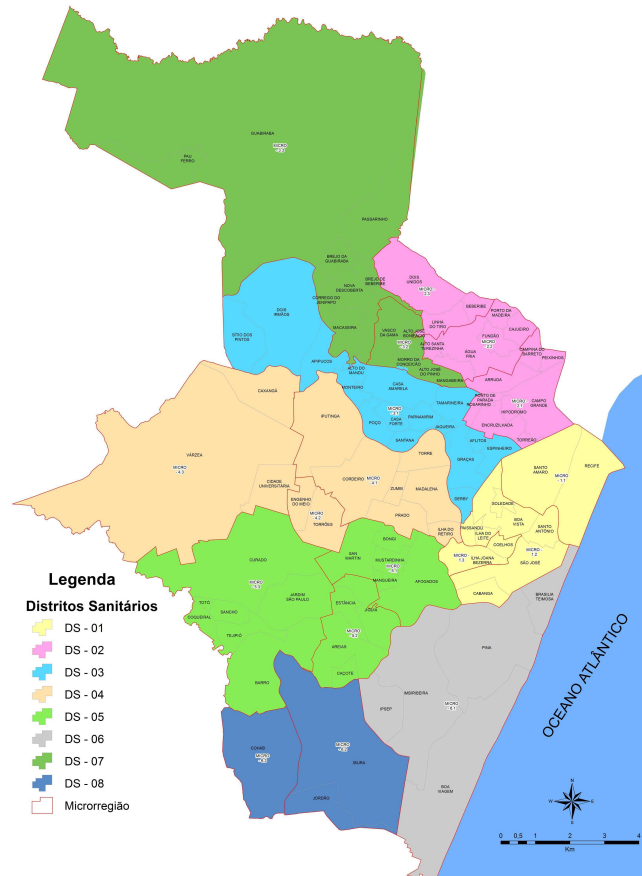
Fonte: Recife (2016)

O município do Recife apresenta-se como uma cidade heterogênea, onde, ao lado de áreas bem valorizadas, encontram-se áreas com grandes problemas estruturais. É um município totalmente urbano, apresenta um (IDHM) Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,722, o que representa o segundo melhor resultado no estado de Pernambuco. O espaço urbano demográfico e socioeconômico reflete grandes contrastes e complexidade que devem ser consideradas no planejamento de políticas e programas sociais (RECIFE, 2014a).

Ele possui uma população estimada em 1.633.697 habitantes para o ano de 2017, segundo informações do IBGE. Sua população feminina corresponde a

53,83% (827.885) da população total pelo censo de 2010. No ano de 2014 houve 23.506 nascimentos para o município do Recife (por residência da mãe), dados obtidos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Figura 1- Divisão Territorial (Bairros e microrregiões) do município do Recife



Fonte: Recife (2016)

As unidades de saúde municipais de referência ao parto são: Hospital da Mulher do Recife Doutora Mercês Pontes Cunha, Maternidade Arnaldo Marques, Maternidade Bandeira Filho e Maternidade Professor Barros Lima.

4.3 Período do estudo

Para os dados secundários extraídos do SINASC o período de referência foi o ano de 2015. Para os dados primários o período de coleta ocorreu entre março e junho de 2017.

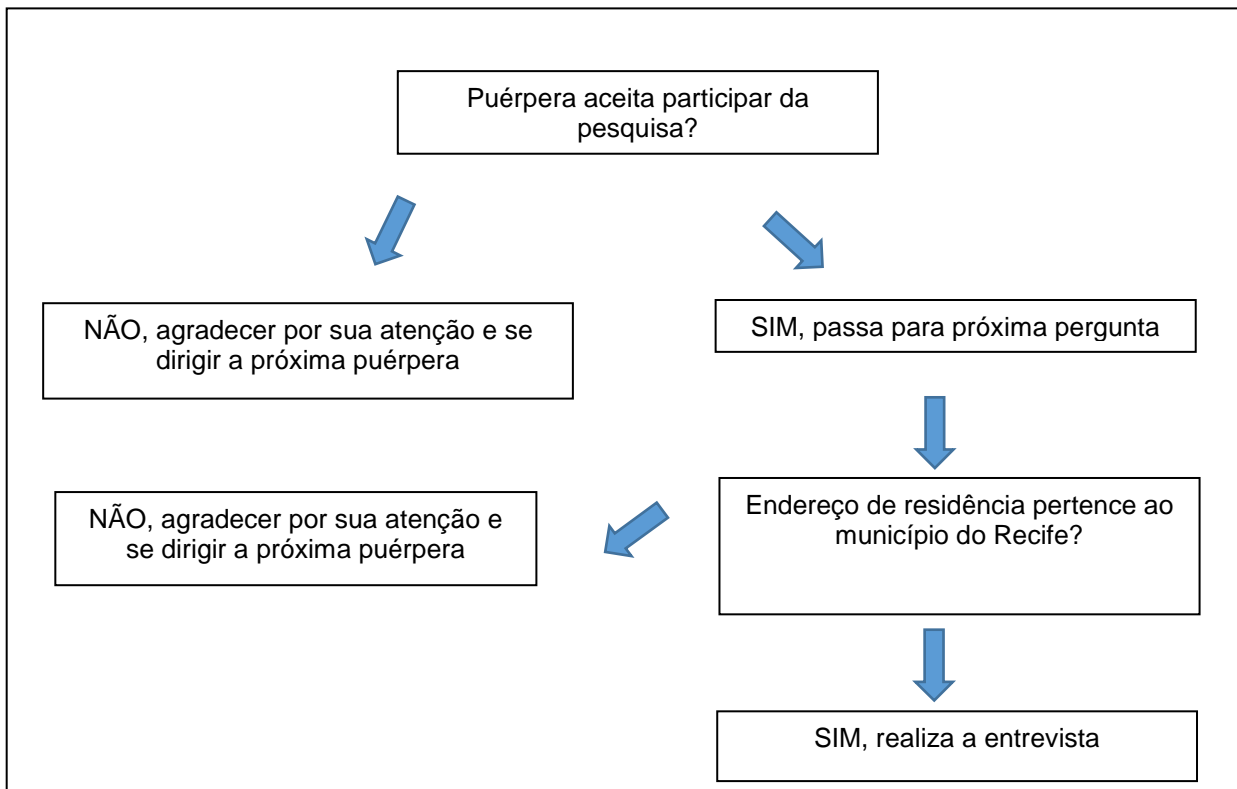
4.4 Sujeitos do estudo

Os sujeitos fazem parte de uma relação de intersubjetividade, e interação social com o pesquisador, resultando numa descoberta construída com todas as disposições (hipóteses, pressupostos teóricos, quadro conceitual) e suas inter-relações. Está voltada para o aprofundamento e compreensão sendo capazes de levar a generalização dos resultados (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2011).

Os sujeitos/ informantes-chave que participaram das entrevistas foram: gestores da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Recife (diretora executiva de regulação em saúde, profissional responsável pela área técnica de saúde da mulher do nível central, coordenadora das maternidades do município, profissional responsável pelo programa mãe coruja do nível central, diretores das unidades de saúde de atenção ao parto municipais), profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde de atenção ao parto municipais e puérperas. Esses informantes estão ligados com o processo de regulação do acesso ao parto e estruturação das redes de assistência à saúde sendo, portanto, fundamentais no estudo.

Para a seleção dos gestores e profissionais de saúde foi utilizada a técnica de snowball (bola de neve), onde os participantes iniciais ou “sementes” indicam novos e assim sucessivamente, até que seja alcançado o ponto de saturação, ou seja, os conteúdos das entrevistas passam a se repetir sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

As entrevistas semiestruturadas com as puérperas ocorreram no alojamento conjunto dos serviços de assistência ao parto de gestão municipal, até a saturação das informações relevantes à pesquisa seguindo os critérios:

Quadro 2- Critérios de seleção do sujeito da pesquisa – puérperas

Fonte: A autora

4.5 Fontes e instrumentos da coleta de dados

Foram utilizados neste estudo fontes secundárias de dados provenientes do SINASC, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e documentos referentes à Rede Cegonha e Mãe Coruja como também a resolução de pactuação da Comissão Intergestora Regional – CIR nº 19 de 17 de fevereiro de 2012 (COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL, 2012).

O SINASC colabora com as estatísticas vitais com dados de identificação do recém-nascido e da mãe, local de ocorrência, dados da gestação e parto. O instrumento de coleta é através da Declaração de Nascido Vivo, modelo padronizado composto por oito blocos de informações, com um total de 52 campos (CASCÃO et al., 2013). Utilizou-se neste estudo os dados de bairro de residência da mãe e estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto.

Os dados coletados do SINASC para o ano de 2015, foram organizados em uma planilha, possibilitando o processo de geoprocessamento e construção do mapa de fluxos dominante necessário para atingir o objetivo 2.

Figura 2: Modelo de planilha para coleta de dados

| Planilha de banco de dados alimentada com as informações do SINASC para o geoprocessamento e construção do mapa de fluxos | | | | | | |
|---|-----------------|------------------|------------------------|------------------|-------------------|------------------|
| Bairro Residência | Latitude Bairro | Longitude Bairro | Unidade de Saúde/parto | Latitude Unidade | Longitude Unidade | Número de Partos |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Fonte: A autora

Os dados primários foram obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com os sujeitos/informantes-chave de forma individualizada e codificadas garantindo assim o anonimato (Apêndice A, B e C).

4.6 Análise de dados

Como forma de delimitar com mais clareza os aspectos colocados em foco investigação estabeleceu-se critérios e indicadores qualitativos. Os critérios, também chamado variáveis por alguns autores, são um atributo utilizado para mensurar os componentes da intervenção, no caso de critérios qualitativos a sua tradução não se dá em termos numéricos e sim interpretativos. O indicador pode ser definido com uma medida ou fator quantitativo ou qualitativo, empiricamente conectado ao critério, serve para descrever um comportamento, entender os achados em termos de atitudes, crenças e valores (ALVES et al., 2010).

No quadro a seguir verifica-se os critérios e indicadores adotados nesta pesquisa avaliativa, os critérios foram estabelecidos a partir da Política Nacional de Regulação

do Sistema Único de Saúde no que tange a regulação de acesso ou regulação assistencial.

Quadro 3 - Critérios e indicadores qualitativos

| Critérios | Indicadores qualitativos |
|--|--|
| Conhecimento sobre as referências da rede de pré-natal, parto e puerpério. | Organização da rede de atenção ao parto. Estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade – priorização do acesso e dos fluxos assistenciais. |
| Organização do Acesso baseado em protocolos. | Pactuações estabelecidas para o acesso ao local de parto. Há vinculação da gestante ao local de parto? Quais os fatores que facilitam o acesso ao local de parto? Quais os fatores que dificultam o acesso ao local de parto? |
| Utilização do protocolo de Classificação de risco e demais critérios de priorização. | Existência de acolhimento com classificação de risco no local de parto e sua organização. |

Fonte: Adaptado de BRASIL (2008)

Para verificar a organização da rede de atenção ao parto foi realizado um levantamento dos serviços de atenção à saúde que prestam assistência as mulheres no ciclo gravídico-puerperal que fazem parte da Rede Cegonha do município do Recife, ou seja, os serviços de atendimento ao pré-natal, parto e puerpério. Optou-se por ter uma visão mais ampla da rede, não se restringindo apenas os serviços de referência ao parto. As informações foram obtidas através do CNES, do Gabinete de Atenção Básica e da Central de Regulação municipal. Com os resultados deste levantamento os dados obtidos foram inseridos no mapa de Rede de acordo com suas coordenadas geográficas (latitudes e longitudes obtidas no google maps) através do programa QGIS versão 2.14.8.

Como forma de identificar se as referências e pactuações estabelecidas sobre o acesso ao parto estavam sendo cumpridas, construíram-se os mapas de fluxo dominante. Para isso utilizou-se as informações de todas as mulheres residentes na cidade do Recife cujos partos de nascidos vivos ocorreram entre 01/01/2015 a 31/12/2015, sendo investigados os bairros de residência da mãe e as unidades de

saúde onde ocorreu o parto. Para demonstrar os deslocamentos das mulheres do bairro de residência para as unidades de saúde foram construídos mapas de fluxo dominante através do programa QGIS 2.14.8, eles mostram o traçado entre os pontos de origem e destino por meio de espessuras proporcionais formando interconexões.

Cada ligação corresponde à distância entre um ponto central de cada bairro (centroide) e as unidades de saúde onde ocorreu o parto. O fluxo dominante é definido como os maiores fluxos a partir de cada origem, ele foi determinado utilizando a mediana, por se uma medida de tendência central que divide o conjunto de dados ordenados em dois subgrupos de mesmo tamanho, ou seja, ocupa a posição central dos dados ordenados. A mediana foi escolhida neste caso como a mais adequada para representação dos dados por não ser afetada por valores discrepantes. A partir desse ponto foi dividido em quatro agrupamentos utilizando as classes de quebras naturais.

Por existir muita informação importante não foi possível acumular numa única figura, sendo necessário vários mapas como forma de simplificação, facilitando sua visualização e interpretação. Dessa forma foi possível comparar o fluxo real com o fluxo de referência estabelecido pela pactuação da CIR.

Para a identificação dos prestadores de serviço que administram os serviços de atenção ao parto foi realizada pesquisa no CNES na aba com informações referentes a gerência/ administração terceiro/ interveniente.

Nas entrevistas semiestruturadas com os sujeitos/ informantes da pesquisa, buscou-se investigar em profundidade as questões ligadas ao estudo, por exemplo, a organização do acesso baseado em protocolos e a utilização de classificação de risco, podendo assim melhorar a compreensão da situação da regulação de acesso ao parto no município do Recife.

Após a leitura cuidadosa dos resultados e da discussão foram elaboradas recomendações para os gestores municipais, com a indicação de pontos que merecem ser melhorados, aqueles que se apresentaram como mais vulneráveis.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este é um subprojeto do estudo intitulado: Redes Assistenciais Integradas e Sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS), sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP do Grupo de Estudos em Gestão e Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GGS) do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE (Anexo A e B).

A pesquisa foi realizada respeitando-se os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos conforme a Resolução 466/2012. A carta de anuência Institucional foi fornecida pela Secretaria de Saúde do Recife (Anexo C).

Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após todos os esclarecimentos necessários sobre os objetivos, finalidades do estudo, sua liberdade para participação e desistência quando desejarem e garantia de confidencialidade das informações coletadas pela pesquisa (Apêndice D).

Este estudo teve como riscos, possíveis constrangimentos ocasionados durante a realização da pesquisa e traz como benefícios a contribuição no fornecimento de informações úteis para a melhoria da rede de atenção, especialmente da regulação de acesso ao parto.

6 RESULTADOS

6.1 Conhecendo as referências da rede de pré-natal, parto e puerpério no município do Recife

Nas redes de atenção à saúde, principalmente em atenção ao parto, se estabelece a necessidade de coordenação dessa rede visando o alcance de objetivos comuns. A atenção primária à saúde tem um papel crucial na gestão das relações entre os outros pontos de atenção à saúde, como na secundária e na terciária estabelecendo cooperação entre eles. Por isso se torna importante conhecer a rede de pré-natal, parto e puerpério para poder articular as ações em torno da assistência ao ciclo gravídico-puerperal.

A Rede Cegonha no município do Recife apresenta na sua estruturação, unidades de atenção à saúde de diferentes densidades tecnológicas, seus pontos de atendimento estão espalhados pelo território visando atender aos princípios de integralidade, universalidade e equidade do sistema único de saúde, oferecendo assim acesso aos cuidados de saúde à população. Desta forma abrange atendimentos em diferentes complexidades, englobando a atenção primária, secundária e terciária (Quadro 4 e Figura 3).

A atenção primária é a porta de entrada para os outros níveis de atenção, sendo responsável também pela ordenação do cuidado. Em Recife a atenção primária apresenta uma baixa cobertura, em 2014 a Estratégia de Saúde da Família tinha uma cobertura de 48,4%, com uma meta de crescimento para 60% de acordo com o plano municipal de saúde 2014-2017.

A atenção primária conta com 130 Unidades de Saúde da Família (USF), incluindo as Upinhas 24 horas e as Upinhas Dia, estas unidades contam com quase 300 equipes de saúde da família atuando neste tipo de estratégia. Em algumas localidades do município do Recife temos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que é composto de 56 equipes, onde estão presentes na sua constituição o profissional enfermeiro e agentes comunitários de saúde. Estas duas modalidades de atendimentos de atenção primária à saúde desenvolvem atividades

de acompanhamento das gestantes de sua área de abrangência durante o pré-natal e puerpério e estão presentes em todos os distritos sanitários do município. É no momento das consultas de pré-natal que ocorre a classificação de risco da gestação (risco habitual e alto risco) e orientação quanto aos pródromos do trabalho de parto e orientação sobre o estabelecimento de saúde que será realizado o parto.

Quadro 4- Matriz dos Pontos de atenção da Rede Cegonha para assistência ao pré-natal, parto e puerpério, Recife, 2017

| NÍVEL DE ATENÇÃO | PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE | TERRITÓRIO SANITÁRIO | APOIO |
|----------------------------|---|-----------------------------|---|
| ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE | HOSPITAL DE ALTO RISCO | REGIÃO DE SAÚDE | LABORATÓRIO MUNICIPAL/ CONVENIADOS FARMÁCIA SAMU RECIFE ESPAÇOS MÃE CORUJA |
| | UTI ADULTO (OBSTETRÍCIA)/ UTI NEONATAL | | |
| ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE | UNIDADES DE ATENDIMENTO DE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO/ RISCO HABITUAL POR OBSTETRA | MUNICÍPIO | |
| | MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL | | |
| | HOSPITAL DE RISCO HABITUAL | | |
| ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) | DISTRITOS SANITÁRIOS | |
| | UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)/ UPINHAS DIA E 24 HORAS | ÁREA DE ABRANGÊNCIA | |
| | PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS) | | |

Fonte: Adaptado de HUÇULAK (2016)

Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) também presentes na atenção primária à saúde, tem um papel importante, são responsáveis por aumentar as ofertas e a resolutividade dos atendimentos neste nível de atenção. O município conta com 20 núcleos/equipes compostos por vários profissionais como assistente social, farmacêutico, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, entre outras formações possíveis para responder as demandas do território.

A atenção secundária visa completar as necessidades de saúde identificadas na atenção primária oferecendo um atendimento que dispõe de maior aporte tecnológico. Conta com unidades de saúde que fazem o acompanhamento da gestação de alto risco: Maternidade Barros Lima, Policlínica Lessa de Andrade, Maternidade Arnaldo Marques e Hospital da Mulher do Recife Doutora Mercês Pontes. Além de outras unidades que dispõe de atendimentos de pré-natal de risco habitual realizados por médicos obstetras para referências e contra referência em alguns casos específicos. As maternidades e o hospital de risco habitual são de abrangência e gestão municipal, eles se estabelecem como as referências municipais para o parto de risco habitual.

O parto para se ter um desfecho bom, precisa de um bom pré-natal. Recife implantou o pré-natal de alto risco na concepção de alto risco. Hoje o pré-natal é na atenção básica, geralmente a equipe é entrosada (médico e enfermeiro). Para o pré-natal de alto risco temos as unidades, onde há o obstetra do alto risco...agente montou o protocolo de alto risco...quando estava fora do protocolo marca-se para o risco habitual da nossa rede, quando há uma dúvida ou o profissional da atenção básica necessita de um outro olhar (Gestor 6).

O município ainda não dispõe de hospitais de alto risco para realização de parto na sua rede própria, utilizando as referências de abrangência regional: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Hospital Barão de Lucena e Hospital Agamenon Magalhães, conforme resolução da CIR nº 19 de 17 de fevereiro de 2012. Sendo importante também a regulação através da Central de Regulação de Leitos do Estado de Pernambuco, onde se realiza transferências para outras unidades de acordo com a necessidade clínica da usuária.

A Rede conta também com os pontos de apoio como farmácias da família, laboratório municipal e laboratórios conveniados para suporte as demandas, tanto de atenção primária à saúde como a secundária. O apoio de transporte se dá através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município. Além disso oferece atendimento nos espaços mãe coruja.

O programa Mãe Coruja do Recife foi implantado em 2014 com as mesmas características do programa Mãe Coruja Pernambucana, conta com 10 espaços mãe coruja onde são realizadas as atividades são eles: Espaço Mãe Coruja: Água Fria, Santo Amaro, Torrões, Macaxeira, Itinerante Brejo da Guabiraba, Joana Bezerra, San Martin, Itinerante de Coqueiral, Cohab e Ibura.

O Decreto municipal nº 28.529 de 19 de janeiro de 2015 autoriza a adesão ao programa Mãe Coruja Pernambucana, identificando como Mãe Coruja Recife, que tem entre seus objetivos garantir atenção integral à saúde da mulher, durante a gestação, parto, puerpério e à criança de 0 aos 5 anos de idade, a partir de uma linha de cuidado integrada a rede de atenção do município que favoreça o seu desenvolvimento pleno, promover a inclusão social das gestantes e famílias em situação de vulnerabilidade social, implementar oportunidades de acesso à educação formal para mulheres e suas famílias, entre outros (RECIFE, 2015).

É um programa [mãe coruja] intersetorial, ele não tem só a visão da saúde...tem envolvido 5 secretarias, então tem secretaria da saúde, secretaria da educação, secretaria da mulher, secretaria do desenvolvimento social e secretaria de empreendedorismo e meio ambiente...Hoje nós temos 10 espaços mãe coruja, e eles foram escolhidos a partir de um estudo epidemiológico e de vulnerabilidade social que foi feito no município, onde foi cruzado os dados, os coeficientes de mortalidades infantil juntando a questão de vulnerabilidade social. Então ele não é substitutivo a atenção básica, as atividades da estratégia saúde da família, ele vem para trabalhar em parceria como uma rede de apoio (Gestor 5).

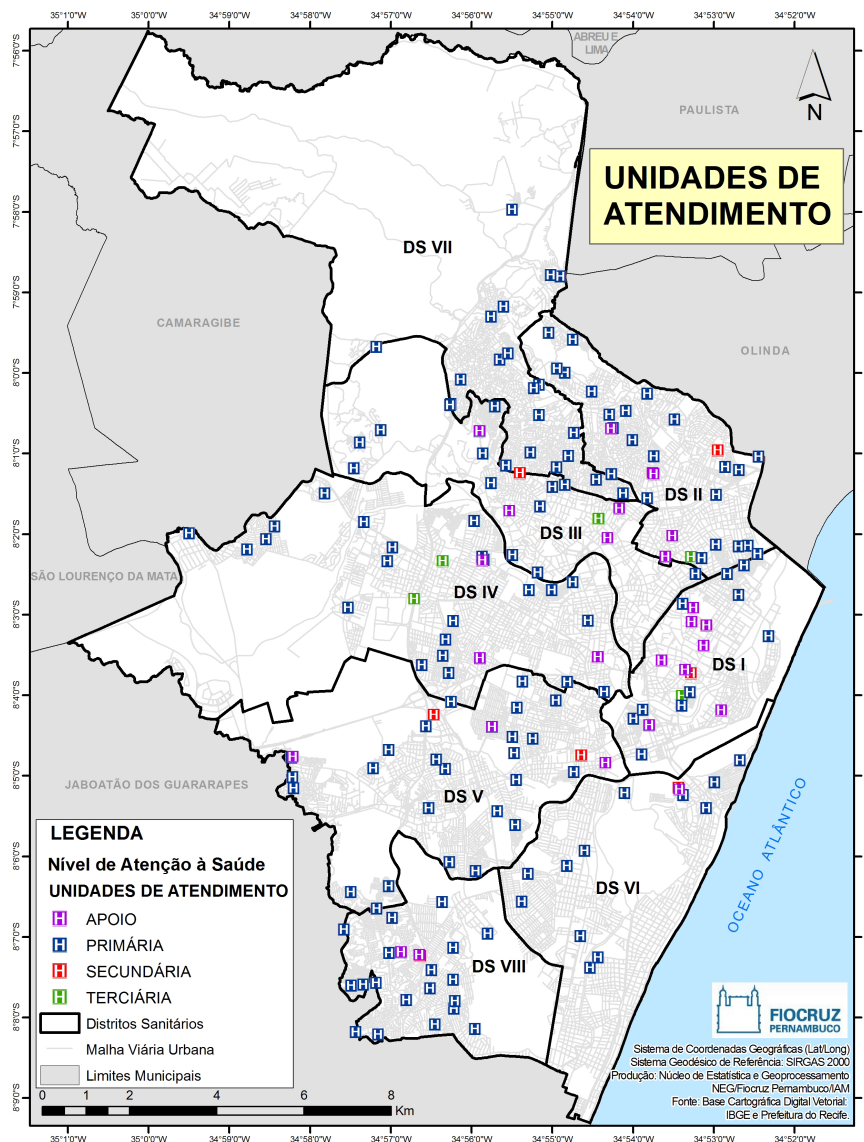
O município do Recife apresenta uma rede abrangente e conta com três maternidades e um hospital que realizam atendimento à mulher para o parto de risco habitual. As falas abaixo abordam essa questão:

Os leitos de risco habitual, de Recife, são suficientes para as muncípes, principalmente com a chegada do Hospital da Mulher. Os leitos são suficientes sim (Gestor 4).

Se Recife fosse uma ilha ela daria conta de todo risco habitual com muita tranquilidade hoje, com a implantação do Hospital da Mulher...ele seria autossuficiente (Gestor 6).

A seguir tem-se o mapa das unidades de atendimento onde pode-se observar os pontos de atenção primária, secundária e terciária, como também os pontos de apoio inseridos no território.

Figura 3- Mapa de Unidades de atendimento



Fonte: A autora, a partir dos dados do CNES

6.2 A organização do acesso ao parto no município do Recife

6.2.1 O fluxo real e o fluxo de referência para o acesso ao parto no município do Recife

A resolução da Comissão Intergestores Regional (CIR) nº 19 de 17 de fevereiro de 2012 traz as referências para as maternidades e hospitais onde serão realizados os partos para o Estado de Pernambuco, identificados por região de saúde e municípios. Levando em consideração o parto de risco habitual, a cidade do Recife tem como referência a Maternidade Arnaldo Marques para os distritos sanitários I, VI e VIII; a Maternidade Bandeira Filho para os distritos sanitários IV e V e a Maternidade Barros Lima para os distritos sanitários II, III e VII. Em se tratando de referências para o parto de alto risco temos o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira para os distritos sanitários I, VI e VIII, o Hospital Barão de Lucena para os distritos sanitários IV e V e o Hospital Agamenon Magalhães para os distritos sanitários II, III e VII.

As três maternidades municipais: Arnaldo Marques, Bandeira Filho e Barros Lima são de gestão e administração municipal. O Hospital da Mulher do Recife Doutora Mercês Pontes Cunha, localizado no bairro do Curado, foi entregue a população recifense em 09/05/2016, trabalha com a filosofia de parto humanizado e é administrado pela Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer com um contrato de cinco anos de 30/04/2016 a 30/04/2021.

O Hospital da Mulher do Recife Doutora Mercês Pontes Cunha realiza partos de risco habitual, ele ainda não faz parte desse quadro de referências constituindo um reforço para rede, com leitos de retaguarda para as demais maternidades municipais, porém também apresenta porta aberta com acolhimento e classificação de risco. O que é corroborado nas falas dos gestores:

As maternidades municipais de baixo risco (Arnaldo, Barros Lima e Bandeira) são porta aberta, as mulheres vão por demanda espontânea. Para o Hospital da Mulher essas três maternidades fazem uma regulação direta, com o Hospital da Mulher, ele só está fazendo por enquanto baixo risco, foi feito um protocolo com a assistência de quais mulheres poderiam ser encaminhadas para o Hospital da Mulher (Gestor 6).

O hospital da mulher... na verdade, seria um suporte para as três maternidades da rede e que hoje não está sendo seguido, muitas vezes a gente liga e não tem mais vaga lá, porque as pessoas começaram também

a invadir o hospital da mulher, já chegando... em trabalho de parto avançado onde a gente não pode mais transferir (Gestor 1).

O hospital da mulher no início, ele tinha uma proposta de funcionar como um leito de retaguarda para as unidades do município, então ele não era aberto ao público e nós encaminhávamos as pacientes para lá com o perfil de parto normal, para que elas tivessem atendimento humanizado como era a ideia da secretaria. Só que o que tem acontecido agora é que as pacientes estão chegando lá para parir, então eles estão superlotando como uma demanda de porta, que é uma coisa que a gente não contava tão rapidamente, então, quando a gente liga para solicitar leito já está superlotado lá, porque a porta já consumiu (Gestor 3).

No ano de 2015 ocorreram 23.664 partos de nascidos vivos de mães residentes no Recife de acordo com o SINASC. No tratamento dos dados para construção dos mapas de fluxos dominantes houve uma perda de 70 partos de nascidos vivos pela não identificação do bairro de residência ou do serviço de saúde onde foi realizado o parto, que corresponde a 0,3% do total das informações.

Os mapas de fluxos dominantes construídos na pesquisa por unidades de saúde que realizam parto mostram a dificuldade no cumprimento dos protocolos de fluxos assistenciais e conseqüentemente no acesso as unidades de saúde que realizam partos.

Iniciaremos a apresentação com o mapa de fluxos dominante construídos para as maternidades municipais da rede de atenção ao parto de Recife, que atendem as mulheres de risco habitual.

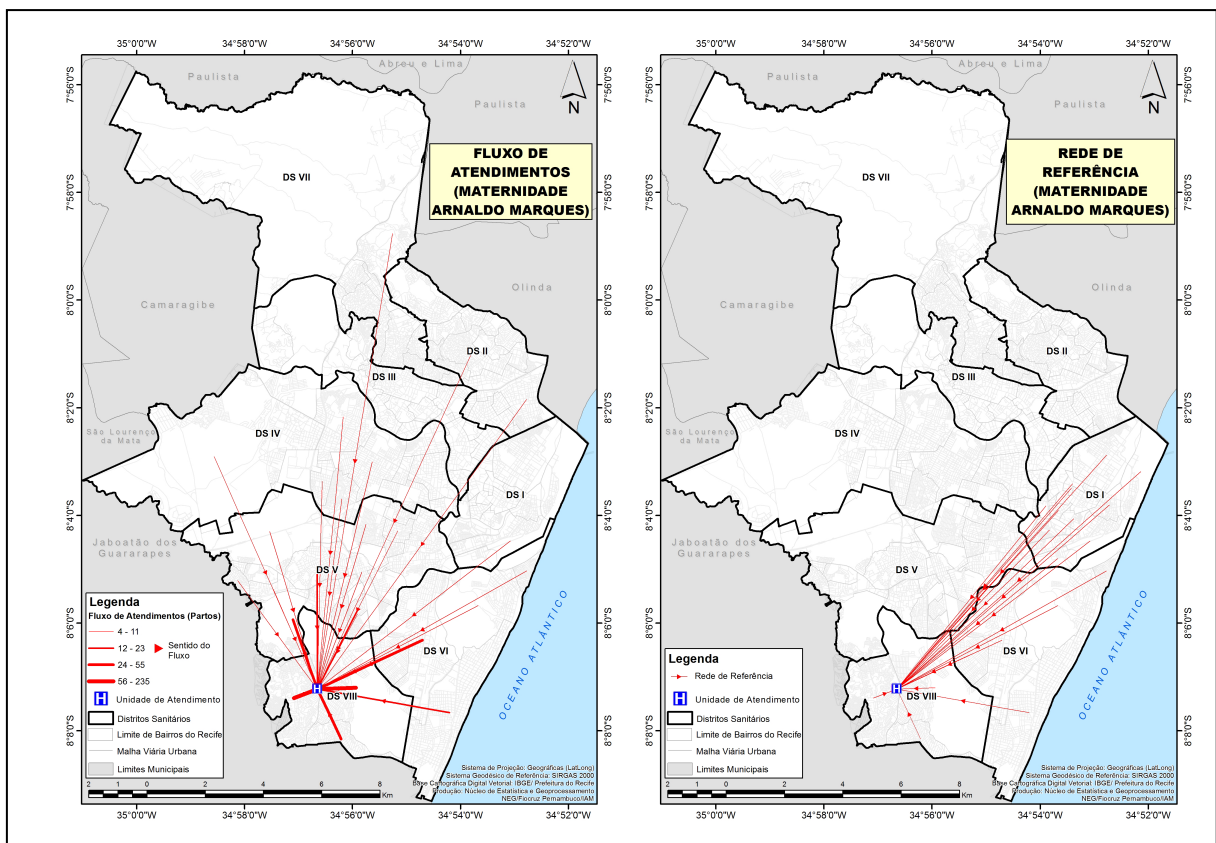
A maternidade Arnaldo Marques localiza-se no bairro do Ibura, pela pactuação da CIR é referência dos distritos sanitários I, VI e VIII, esta seria sua rede de referência, porém quando avaliamos o fluxo real ocorrido em 2015 para esta maternidade, se observa que além dos distritos sanitários de referência ela também recebe parturientes de outros distritos sanitários, como apresentado na figura 4.

Em 2015 a maternidade Arnaldo Marques apresentou um total de 823 partos para residentes de Recife destes 598 (72,6%) foram dos distritos sanitários de referência, ou seja, mais de setenta por cento de partos seguiram a referência pactuada, porém este percentual se elevou as custas dos distritos sanitários VI e VIII, pois o distrito sanitário I que é referência para esta maternidade foi representado com apenas 9

partos, considerando que todo o distrito sanitário I apresentou uma demanda de 1.163 partos para o ano de 2015, temos que 0,7% dos partos de mulheres residentes no distrito sanitário I, ocorreram na maternidade de referência, o que pode ser evidenciado pelo mapa de fluxo onde temos um deslocamento extremamente baixo desde distrito sanitário para a maternidade Arnaldo Marques.

O que também chama a nossa atenção é o distrito sanitário V onde 129 gestantes tiveram seu parto nesta maternidade que não é sua referência representando (15,6%) da demanda.

Figura 4 - Representa o fluxo de rede de referência estabelecido pela CIR e o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015 para a maternidade Arnaldo Marques

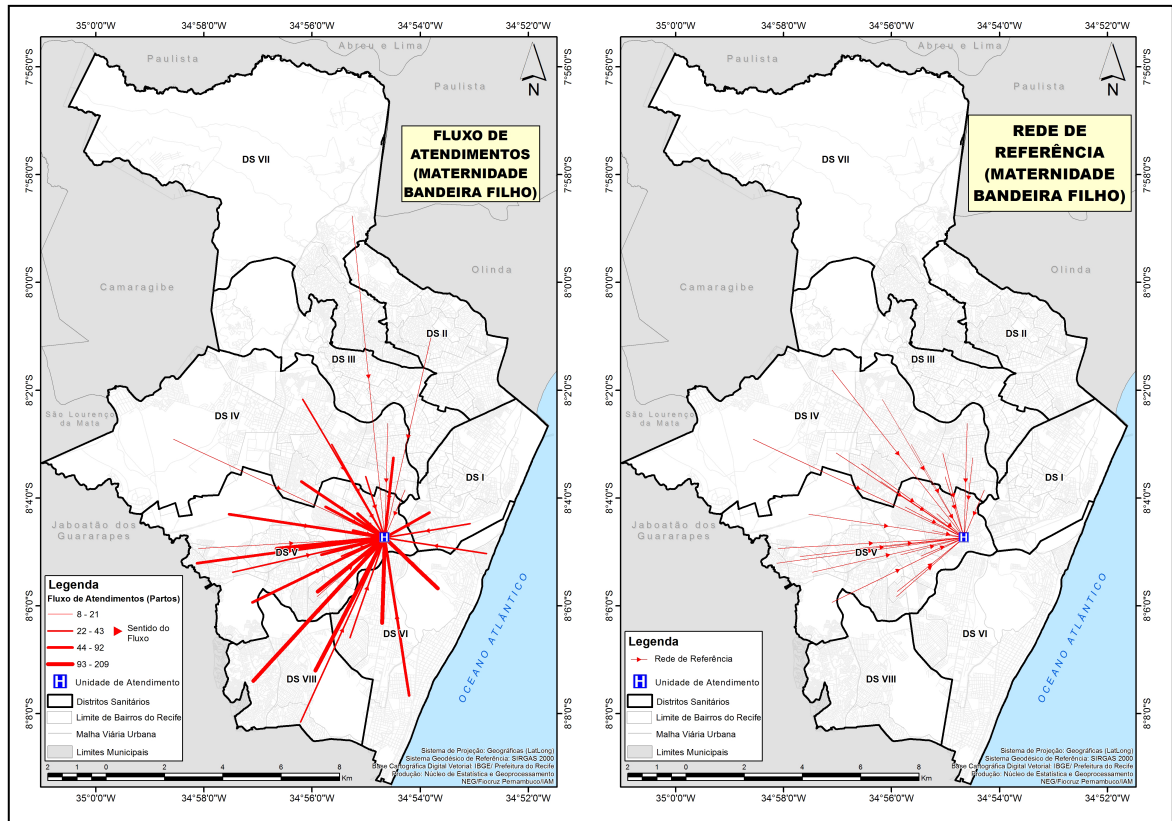


Fonte: A autora, a partir dos dados do SINASC

No mapa de fluxo de rede de referência para a maternidade Bandeira Filho, localizada no bairro de Afogados, pode se identificar que sua referência pela pactuação da CIR abrange os distritos sanitários IV e V para os partos de risco habitual. Quando olhamos para o fluxo real ocorrido em 2015 para esta mesma maternidade, podemos observar que a maternidade Bandeira Filho recebeu

gestantes de praticamente todos os distritos sanitários da cidade com maior intensidade dos distritos Sanitários IV, V, VI e VIII (Figura 5).

Figura 5 -: Representa o fluxo de rede de referência estabelecido pela CIR e o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015, para a maternidade Bandeira Filho.



Fonte: A autora, a partir dos dados do SINASC

Isso ocorre também pela facilidade de transporte e por se localizar em uma região central da cidade, ela não é tão utilizada por mulheres de outros municípios e seu acesso geográfico é fácil.

Aqui, a Bandeira Filho como fica em Afogados, ela fica mais centralizada, então a gente tem uma demanda de Recife que fica por volta de 78%, e apenas 18% de invasão, mais ou menos...então geograficamente para as pessoas que moram aqui nos arredores é que se tem mais facilidade (Gestor 2).

Eu acho que ela (Bandeira Filho) é de fácil acesso porque a gente tem ônibus passando aqui perto de todos os lugares do Recife (Profissional 5).

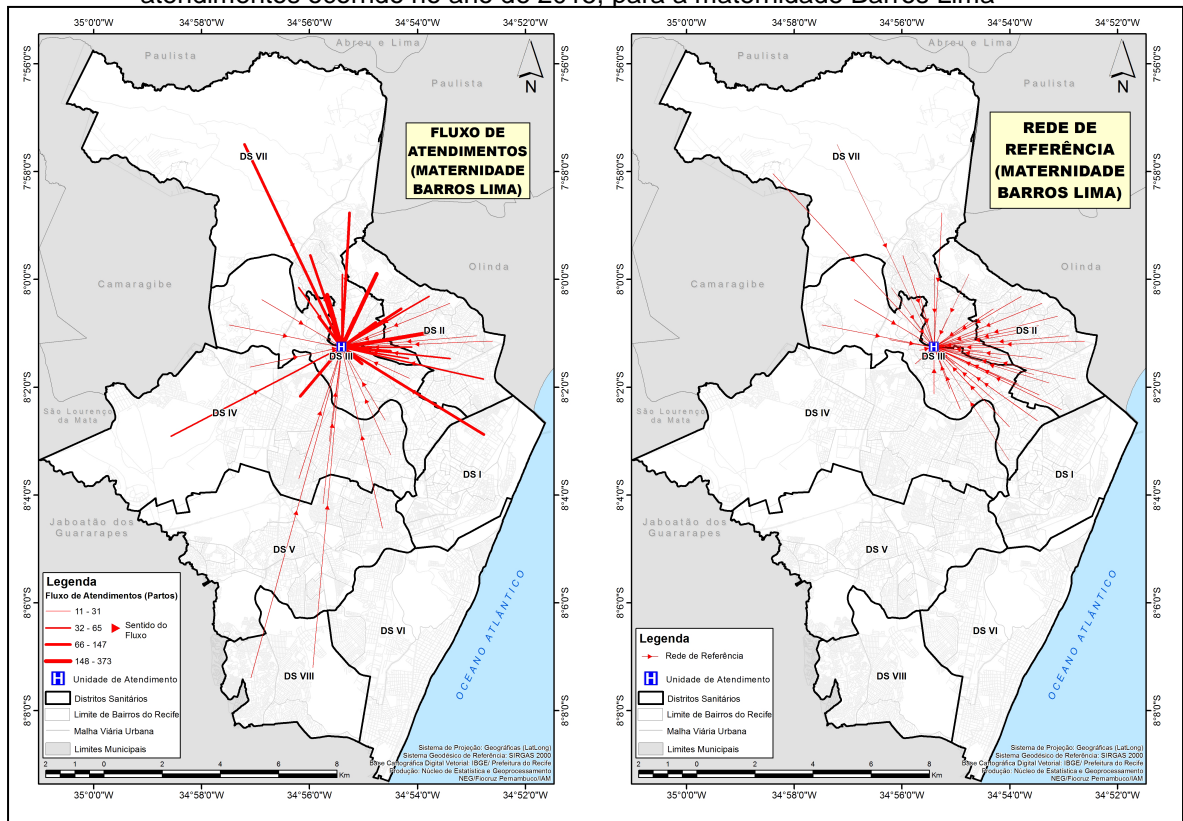
O acesso aqui é fácil, é uma unidade que é central...próxima a vários bairros (Profissional 6).

Levando em consideração o mapa de fluxo de rede de referência para a maternidade Barros Lima, localizada no bairro de Casa Amarela, pode-se identificar que sua referência pela pactuação da CIR abrange os distritos sanitários II, III e VII para os partos de risco habitual. Ao comparar com o fluxo real ocorrido em 2015 para esta mesma maternidade, podemos observar que a maternidade Barros Lima recebeu gestantes dos distritos sanitários de referência, mas também de outros distritos como I e IV.

O distrito sanitário I apresenta uma demanda considerável de gestantes para a maternidade Barros Lima, que representa 9,3% do total de partos deste distrito sanitário, principalmente aquelas residentes no bairro de Santo Amaro devido a facilidade de acesso e transporte oportunizado pela Avenida Norte, é o que podemos visualizar no mapa de fluxo dominante abaixo (Figura 6).

A Barros Lima fica em uma das principais avenidas da zona norte que é a Avenida Norte, essa é uma unidade que já tem uma tradição, é uma maternidade que tem mais de cinquenta anos de existência, então ela já é muito conhecida nessa área, nessa redondeza (Gestor 3).

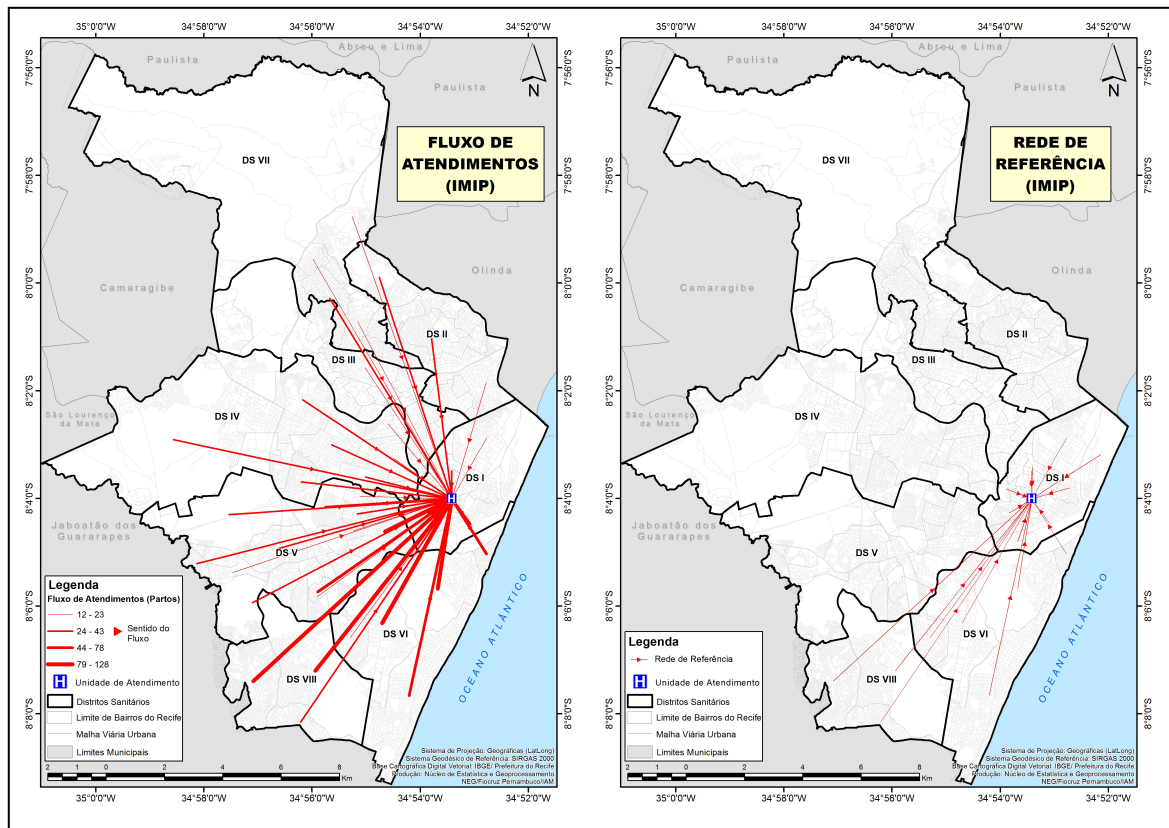
Figura 6- Representa o fluxo de rede de referência estabelecido pela CIR e o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015, para a maternidade Barros Lima



Fonte: A autora, a partir dos dados do SINASC

A dificuldade para organizar a rede de acesso ao parto, também pode ser considerada levando em conta os estabelecimentos de referência para os partos de alto risco obstétrico, como podemos notar na figura 7, o hospital do IMIP recebeu mulheres de todos os distritos sanitários do município, indo de encontro ao pactuado, que seriam as mulheres dos distritos sanitários I, VI e VIII. Além disso visualizamos que bairros do distrito sanitário I obtiveram um número grande de mulheres com parto de nascido vivo neste estabelecimento, como por exemplo o bairro dos Coelhos onde 71,5% das mulheres deste bairro no ano de 2015 tiveram seu filho no IMIP (Figura 7).

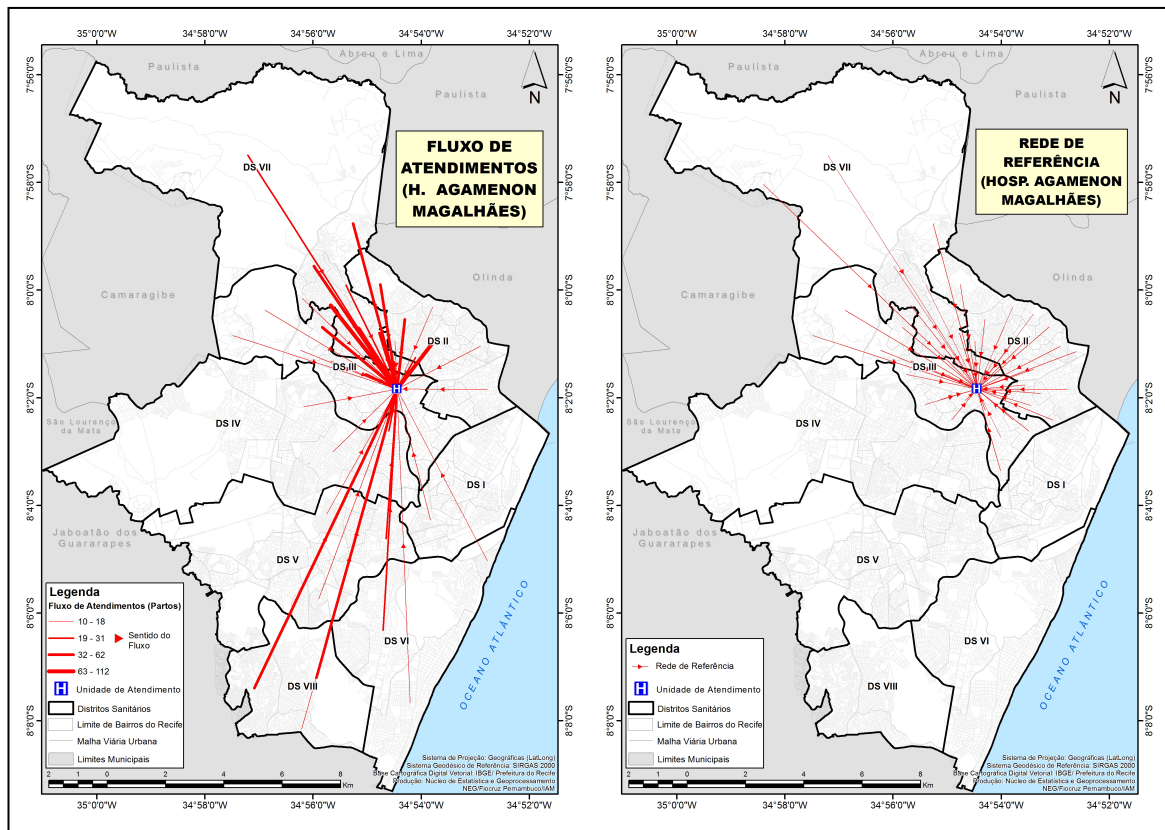
Figura 7- Representa o fluxo de rede de referência estabelecido pela CIR e o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015, para o IMIP.



Fonte: A autora, a partir dos dados do SINASC

De acordo com a figura 8, notamos que o Hospital Agamenon Magalhães também recebe fluxo intenso de usuárias de outros distritos sanitários além de sua referência. A pactuação da CIR estabelece que este hospital é referência de parto de alto risco para os distritos sanitários II, III e VII, porém também apresenta um fluxo importante dos distritos sanitários V e VIII.

Figura 8- Representa o fluxo de rede de referência estabelecido pela CIR e o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015, para o Hospital Agamenon Magalhães

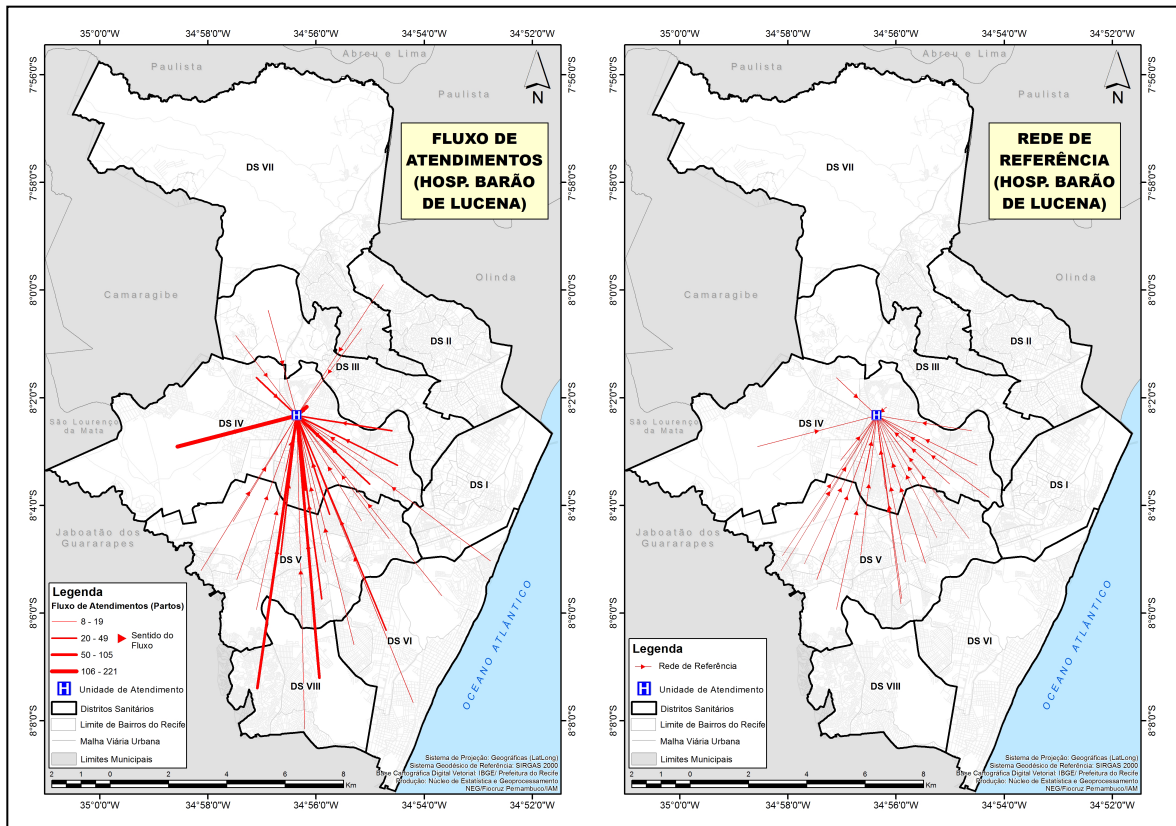


Fonte: A autora, a partir dos dados do SINASC

Nos mapas de fluxos dominante do Hospital Barão de Lucena, situado no bairro da Iputinga, no distrito sanitário IV, também acontece fenômeno semelhante as outras unidades de atendimento ao parto, onde recebe usuárias de outras localidades, além de sua referência estabelecida pela pactuação da CIR que são os bairros dos distritos IV e V. Ele recebe usuárias em trabalho de parto principalmente do distrito sanitário VIII.

No ano de 2015 ocorreram 1.382 partos de nascidos vivos residentes da cidade do Recife, no Hospital Barão de Lucena, 147 foram de residentes do distrito sanitário VIII, o que representa 10% dos partos ocorridos neste hospital, como podemos verificar no mapa (figura 9) ao observamos os fluxos dominantes com origem nos bairros de COHAB e Ibura.

Figura 9- Representam o fluxo de rede de referência estabelecido pela CIR e o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015, para o Hospital Barão de Lucena



Fonte: A autora, a partir dos dados do SINASC

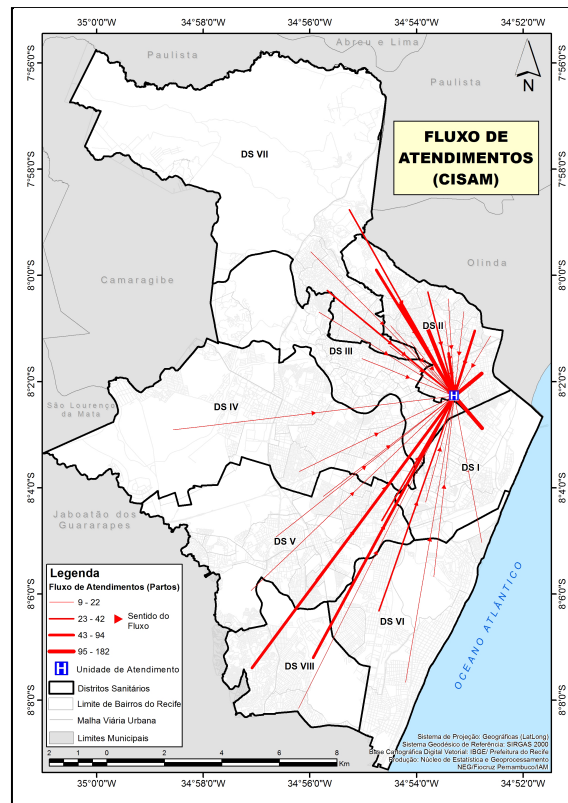
Outros hospitais que não fazem parte das pactuações da CIR para o município do Recife, obtiveram grande número de atendimentos como podemos citar o Hospital das Clínicas e o CISAM.

O Hospital das Clínicas por exemplo é referência do município de São Lourenço da Mata, Cabo de Santo Agostinho, e outros municípios. Já o CISAM é referência de Olinda, Paulista e outros municípios.

O CISAM, que se localiza no bairro da Encruzilhada foi responsável por 1.513 partos de nascidos vivos residentes em Recife, principalmente dos bairros dos distritos sanitários II, I e VIII (Figura 10).

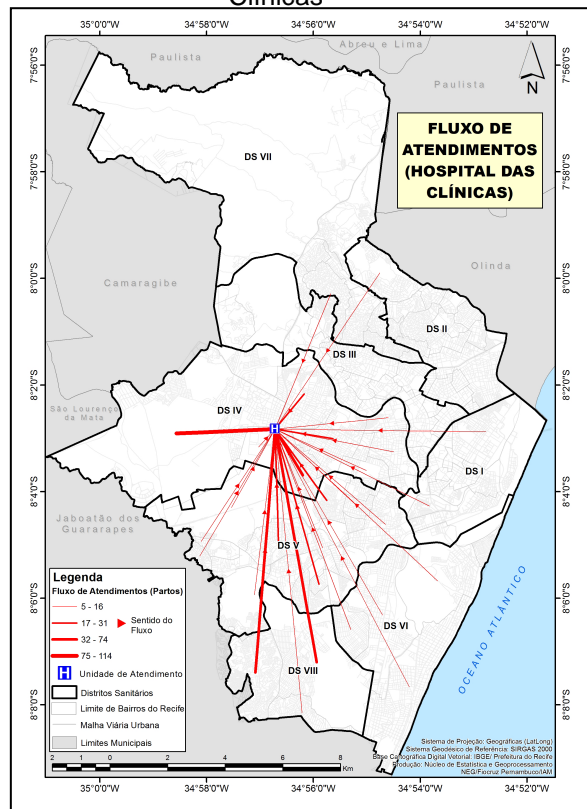
No Hospital das Clínicas, localizado no bairro Cidade Universitária pertencente ao distrito sanitário IV, ocorreram 692 partos de nascidos vivos de residentes de Recife, principalmente dos distritos sanitários IV, V e VIII (Figura 11).

Figura 10- Representa o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015, para o CISAM



Fonte: A autora, a partir dos dados do SINASC

Figura 11- Representa o fluxo de atendimentos ocorrido no ano de 2015, para o Hospital das Clínicas



Fonte: A autora, a partir dos dados do SINASC

6.2.2 Influências na escolha do local de parto pela gestante

As gestantes têm acesso ao local de ocorrência de parto de duas formas: atendimento por demanda espontânea ou referenciada através da Central de Regulação de Leitos do Estado de Pernambuco.

As gestantes nos procuram por ... livre demanda, onde as pacientes chegam com algum tipo de sintoma e vem para cá... (Gestor 1).

Os leitos da gente, das três maternidades: Barros Lima, Bandeira e Arnaldo Marques, elas são reguladas pela central de leitos do Estado...ela recebe pacientes encaminhadas do Estado (Gestor 4).

Quando se questiona a forma de escolha da maternidade para a realização do parto encontramos várias questões que permeiam esta escolha que não leva em consideração as questões de risco obstétrico ou referências estabelecidas em pactuações. Abaixo estão algumas expressões que mostram como foi a escolha do serviço de saúde pelas gestantes:

Eu fui para uma maternidade [Agamenon Magalhães] não tinha vaga...tinha muitas pessoas do interior vindo para cá...estava todo mundo nos corredores...aí eu tive que vir para cá [Maternidade Arnaldo Marques] ...achei longe da minha casa...o interior não tem maternidade vem tudo para cá e agente daqui de Recife fica desassistido (Puérpera 3).

Eu escolhi esta maternidade porque é a mais próxima da minha casa (Puérpera 4).

Porque o doutor que eu fazia pré-natal disse que era para vir para cá (Puérpera 5).

Não foi minha escolha, me encaminharam para cá (puérpera 10)

Porque é a mais próxima de casa e eu já tive meu menino aqui também (Puérpera 14).

Porque falaram para mim no pré-natal que era muito bom, que a maioria das minhas colegas tiveram aqui também e falaram a mesma coisa, aí eu optei por aqui (Puérpera 19).

Porque eu achei melhor (Puérpera 25).

Porque meu sogro me indicou que era melhor (Puérpera 30).

Com essas falas podemos notar as dificuldades no processo de vinculação da gestante a maternidade de referência na hora do parto. Muitas gestantes não são informadas no momento de pré-natal para onde se dirigir no momento do parto. Ao

realizar a pergunta se receberam informações durante o pré-natal sobre o local que deveriam se dirigir no momento do parto, tivemos respostas como esta:

Não. Ficou a meu critério, para onde eu achasse melhor para mim, eu fosse (Puérpera 13).

Não. Procurasse a maternidade que eu quisesse, a mais próxima (Puérpera 22).

Não falaram nada, eu que decidi vir para cá (hospital da mulher) (Puérpera 29).

Outras tiveram as informações dos profissionais que realizaram o pré-natal para onde se dirigir, porém sem levar em consideração o risco gestacional.

Sim. Deram o nome de três maternidades: Barão de Lucena, Bandeira Filho e IMIP. Tinha que escolher uma delas (Puérpera 39).

Sim para o IMIP (Puérpera 42).

6.2.3 Vinculação ao local de parto e peregrinação das gestantes

Os gestores também se preocupam com a garantia da vinculação da gestante ao local de parto.

Hoje a gente não consegue vincular uma gestante de nossa área, distrito 6 e 8, para nossa maternidade (Arnaldo Marques), isso é impossível fazer hoje, porque a gente tem uma demanda espontânea e referenciada muito grande, principalmente com município colado, Jaboatão...eu não consigo vincular, e é uma pena para a gestante, porque a gente sabe da dificuldade dela se deslocar de um lugar para outro e as vezes ela se sente abandonada, o companheiro não vem, não tem acompanhante por uma questão social mesmo, então, isso é muito difícil para ela (Gestor 1).

Um trabalho na atenção básica precisa ser feito, para que a maternidade ela seja apenas um link, então vai ser informado que...agente vai receber a gestante...que vão ter o parto garantido, então isso não está acontecendo ainda (Gestor 2).

Então a gente não consegue vincular a gestante assegurar que ela vai realizar o parto naquela maternidade, o leito garantido, a vaga sempre a gente não consegue. (Gestor 4).

Mas a gente ainda não consegue fazer essa vinculação, essa garantia da maternidade, mas isso é uma discussão que a gente não está fora. (Gestor 5).

A insegurança quanto ao local de parto e a superlotação gera passagens em vários serviços de saúde, causando um fenômeno chamado peregrinação. Essa peregrinação pode ser observada nas falas dos entrevistados:

Eu fui para o CISAM, o CISAM estava lotado, fui para o Hospital da Mulher, lá também estava lotado, aí eu vim para cá (Arnaldo Marques) eu tive que induzir o parto, porque eu passei das 40 semanas e estava com pouco líquido. Demorou o dia todo. De nove da manhã comecei e dei entrada aqui (Arnaldo Marques) era oito da noite. Só me alimentei aqui. Fiquei com a pressão alta...Eu estava com medo, por causa do meu líquido de prejudicar ele (Puérpera 6).

Eu cheguei a ir para o IMIP, antes de vir para cá, lá ele fez toque eu estava com 2 para 3 centímetros e pediu que eu procurasse outra maternidade pelo fato de não ser de alto risco minha gestação (Puérpera 24).

Eu fui transferida do Agamenon para cá. Eu saí de casa fui para o Agamenon, cheguei lá só atende alto risco aí me passaram para cá (Puérpera 59).

Eu procurei a Barros Lima...assim que eu cheguei na recepção a minha irmã foi na frente e disse que a bolsa estourou e que estava com muita dor, a atendente disse logo que não tinha vaga...Aí foi quando a moça me deu o toque e disse você está com cinco, mas não tem vaga, vamos transferir ela (Puérpera 23).

Tem casos em que elas são re-transferidas, os casos que não se enquadram no perfil daqui (Arnaldo Marques), que seria alto risco...quando é identificado algum problema correlacionado a uma patologia de alto risco essa paciente é atendida pelo médico e através de central de leitos ela é transferida...Muitas queixas delas é a lotação, às vezes, aqui, é a terceira, quarta, maternidade que elas procuram para parir, porque ela vem de outros serviços que não tem a escala completa, não abrindo os plantões, elas vem para cá já um pouco cansadas e angustiadas por conta disso. Queria muito fazer as reuniões de acolhimento (durante o pré-natal) e mostrar a maternidade, mas que garantia eu posso dar, eu não posso deixar leito para Recife, porque o município não permite isso...se existisse essa capacidade da rede de assumir sua vinculação distrital, a gente não veria esse problema (Gestor 1).

Como eu tenho uma invasão de outros municípios (Barros Lima), principalmente no final de semana, minha invasão no final de semana chega a 50%. A gente tem uma previsão de leitos para a cidade do Recife e os outros municípios chegam e ocupam nossas vagas, porque a gente não pode também não atender, porque o SUS é universal, a gente tem que atender todos, agente no final de semana os municípios vizinhos não têm médico, não tem equipe, bota na ambulância traz para cá, então tem de ficar. Acaba causando a superlotação (Gestor 3).

6.3 O acesso da gestante ao local de ocorrência do parto

6.3.1 Fatores que facilitam o acesso ao local de ocorrência do parto

A facilidade no acesso ao local de parto é permeada por questões de facilidade do acesso geográfico e da forma de organização das unidades de saúde que realizam parto para receber a parturiente.

Por nós sermos uma unidade de baixo risco e estarmos localizado na ponta da BR isso facilita o acesso, inclusive outros municípios (Gestor 1).

A localização é mais fácil e também o atendimento (Profissional 1).

De acesso eu não vejo grandes dificuldades não. Porque, todas maternidades têm demanda espontânea e todas elas têm o acolhimento de classificação de risco, então mesmo aquela mulher que não é para ir para aquela maternidade, ela não deixa de ser atendida e ela sai de lá ou referenciada para uma unidade, ou ela é atendida ou ela vai para contra referência (Gestor 4)

Todas as pacientes que chegam em trabalho de parto são internadas (Profissional 3).

6.3.2 Fatores que dificultam o acesso ao local de ocorrência do parto

As questões que dificultam o acesso ao local de parto possuem influências em alguns problemas como por exemplo a superlotação encontrada nas unidades.

A dificuldade da gente se chama vinculação e invasão (Gestor 4).

Minha preocupação é que a gente vai terminar não conseguindo suportar essa grande demanda e aí termina afetando a qualidade de Recife, a assistência com qualidade a mulher de Recife, porque a gente não vai comportar (Gestor 1).

Também está relacionado a superlotação a questão da vinculação da gestante que também complica o processo de acesso ao local de parto.

Eu reafirmo que a gente tem dificuldade de garantir a vinculação (Gestor 4).

Essa parte do acesso, sim a gente tem ainda que trabalhar, é um processo, é maturidade de regulação, também... atente tem que começar a ampliar o olhar da gente para regular a rede, dizer que eu já tentei, eu já fiz, já tenho um projeto de uma regulação 24 horas e começar por uma central de partos, como no meu território o que eu mais tenho de porta aberta não é urgência ou emergência é parto, então seria por onde eu deveria começar, mas também só regular Recife, sem regular a região metropolitana eu não estaria fazendo nada, eu teria um custo de regulação, que aí vou ter que ter uma estrutura 24 horas com médico, enfermeiro e tem que ser eficiente para começar só pra regular o hospital da mulher ainda é meu sonho, mas ainda falta... o dinheiro, o recurso pra a gente fazer isso... O Estado já sinalizou que tem interesse de passar isso para a gente, ele tem interesse de passar a rede materna-infantil para a regulação municipal (Gestor 6).

Outra dificuldade encontrada é com a ausência de grupo condutor da Rede Cegonha e falta do plano de ação municipal da Rede Cegonha.

Eu ... não estava, em outubro, quando eu entrei...então não participei da parte inicial (plano de ação da rede cegonha). É uma das coisas que a gente ainda não tem é o grupo gestor rede cegonha municipal (Gestor 4).

Que a gente tem o estadual, que aí tem a apoiadora rede cegonha que fica responsável pelas maternidades, mas a gente não tem o municipal, então hoje a rede cegonha em Recife, a saúde da mulher fica mais centralizada e ela tem a atenção básica, o pré-natal, ela monitora junto com a gente o parto e o puerpério porque ela volta. Mas no âmbito hospitalar a rede cegonha fica com a gente que é a gerencia de assistência ambulatorial e assistência hospitalar...mesmo aqui dentro da secretaria tem uma certa divisão, porque no tocante a rede cegonha assistencial, ou seja, indicadores da rede cegonha, a questão de acesso, fica com a gente na GH, mas ela tem a parte financiamento e reforma, que fica com infraestrutura. Então ela também fica dividida. A expectativa é que, como a gente está se organizando para formar esse grupo condutor municipal aí a gente consiga né ter uma visão mais definida e menos estratificada" (Gestor 4).

6.3.3 Acolhimento da gestante com classificação de risco

No acolhimento com classificação de risco encontramos os critérios de priorização do acesso a gestante, além da questão de humanização e boas práticas no atendimento favorecendo um ambiente saudável e acolhedor nas unidades de saúde.

Aqui temos o protocolo de acolhimento...Nós temos serviço social 24 horas, temos o atendimento de psicologia, o atendimento médico. Nós fazemos a pesquisa de satisfação, a maioria esmagadora 99,9% dos pacientes recomendam nossa unidade... a gente tem aqui trabalha e é muito forte a humanização para que essa mulher seja acolhida independentemente de onde ela veio, independente do que tá acontecendo com ela, se ela é uma gestante de médio, alto ou baixo risco isso não importa para a gente, a gente vai prestar assistência de qualidade de forma humanizada, os desdobramentos que vão acontecer, isso são os desdobramentos naturais, as que não tiverem condições de ficar aqui nós vamos regular também de forma humanizada, a preocupação da gente também é inclusive o tempo que essa mulher passa (Gestor 2).

A paciente que chegar aqui, em trabalho de parto, se a gente não tiver para onde encaminhar ela com senha a gente fica com ela, ela não é desamparada em momento nenhum, tanto é que nos momentos mais difíceis que eu tive aqui, por superlotação, inclusive com imprensa na minha porta, fazendo mídia negativa, porque tem hora que eu tenho 20 mulheres em parto onde teoricamente cabe 9...eu sempre respondo que eu prefiro estar respondendo por superlotação do que por omissão de socorro. Aqui tem, acolhimento e classificação de risco, 24 horas, feita pela enfermagem, após a classificação elas são atendidas pelo médico, da triagem para admissão (Gestor 3).

Toda vez que a gente faz, por exemplo, implantação do serviço de acolhimento e classificação de risco, a gente faz o treinamento e a capacitação...então a gente tem as camas que são camas que tem as modificações para as posições, as banquetas, as barras, cavalinho...e aí a gente tem algumas ações diferenciadas como técnica a alívio da dor, aromaterapia, as meninas fazem acupuntura, na Arnaldo Marques a gente tem assistência. Então, referente as boas práticas, mesmo a gente sem ter concluído o processo da rede cegonha, mas a gente tem avançado (Gestor 4).

Alguns profissionais ainda ficam tentando barrar o acesso ao acompanhante em alguns setores do hospital, tipo na triagem, na sala de atendimento, apesar de existir a lei, mas ainda tem dificuldade quanto a isso (Profissional 6).

7 DISCUSSÃO

Para entender como ocorre a regulação do acesso das gestantes ao local de parto é preciso conhecer o desenho da Rede Cegonha no município do Recife, incluindo os serviços de pré-natal, parto e puerpério.

As redes de atenção à saúde são formadas por serviços articulados entre diferentes níveis de complexidade e envolvem ações planejadas pelos gestores considerando a continuidade do cuidado e integralidade da assistência à saúde.

A Rede Cegonha é uma rede temática que apresenta a característica de rede redistributiva, já que o Governo Federal atua como agente formulador e indutor desta política, custeando grande parte dos serviços e investindo recursos financeiros na infraestrutura e apoio técnico-institucional para melhorar a atenção materno-infantil. A inclusão desta rede na agenda pública, não foi apenas devido a janela de oportunidades criada através da campanha eleitoral de 2010, mas também pelos problemas da assistência ao pré-natal e parto. Diante destas questões foram construídas coalizões políticas para apresentar soluções aos problemas enfrentados pelas mulheres e crianças (CUNHA, 2017).

Sendo assim, a Secretária de Saúde do Estado de Pernambuco instituiu a Rede Cegonha no Estado e através da publicação da Resolução da CIB nº 1.872 de 26 de março de 2012, homologou os planos regionais da Rede Cegonha nas 12 regiões de saúde do Estado de Pernambuco com seus quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e acompanhamento da criança e transporte e regulação (PERNAMBUCO, 2012a). No plano regional da I Região de Saúde foram elaborados os desenhos de rede e previstos os recursos para implantar e estruturar os serviços para assistência ao parto (PERNAMBUCO, 2012b), assumindo o modelo de atenção materno-infantil de forma regionalizada, ofertando a mulher uma assistência ao parto e nascimento seguro.

A rede foi desenhada considerando a capacidade instalada existente em 2012 e a localização geográfica dos municípios, para evitar deslocamentos das parturientes aos serviços de atenção ao parto de risco habitual na I Região de Saúde de

Pernambuco. Foram incluídos neste desenho os serviços de gestão municipal e os hospitais de gestão federal, estadual e os filantrópicos (CUNHA, 2017).

Esta forma de organização do acesso aos serviços visa a otimização dos recursos existentes, a economia de escala e a integração dos serviços em diferentes níveis de assistência (MENDES, 2011).

A rede assistencial materno-infantil deve garantir o acesso oportuno das gestantes aos serviços de atenção ao parto qualificado, com recursos tecnológicos e pessoal habilitado ao manejo do parto humanizado, considerando todas as necessidades básicas e avançadas, em todos os níveis de complexidade hospitalar (BRASIL, 2013).

Durante a coleta de dados houve a informação que foi construído o Plano de Ação da Rede Cegonha para o município do Recife, este instrumento tem a finalidade de estruturar e qualificar a assistência, porém não houve acesso a este material, o que dificultou o entendimento das metas e ações para o município, por isso foi utilizado as resoluções da CIB Pernambuco e CIR como material de referência para o conhecimento da organização da Rede Cegonha para o município do Recife.

A rede de atendimento materno-infantil do município do Recife apresenta um modelo organizacional que objetiva o atendimento com efetividade, eficiência, eficácia e sustentabilidade das ações da Rede Cegonha para garantir a assistência contínua de ações de atenção à saúde materno e infantil para a população. Com unidades de atendimento em todos os níveis de complexidade (primário, secundário e terciário). No nível terciário apresenta três hospitais para parto de alto risco (IMIP, Hospital Barão de Lucena e Hospital Agamenon Magalhães), estes dispõem de suporte de UTI obstétrica e neonatal.

Lasswell et al. (2010) em revisão sistemática confirmou a necessidade de sistemas de saúde organizados, pois bebês de alto risco têm maior mortalidade quando nascido fora dos hospitais preparados para estes cuidados (muito baixo peso e muito prematuros), pois necessitam de ambientes hospitalares com tecnologia e pessoal habilitado. Então estabelecer a classificação de risco da gestante durante o

pré-natal e fazer a vinculação do hospital de referência de acordo com o risco gestacional pode diminuir os casos de mortes evitáveis.

Na atenção secundária se encontram as maternidades de risco habitual (Maternidade Barros Lima, Maternidade Arnaldo Marques e Maternidade Bandeira Filho) e o Hospital da Mulher do Recife Dra. Mercês Pontes Cunha, eles são importantes na continuidade do cuidado, pois a gestante necessita que a média complexidade se apresente autossuficiente para atender as suas necessidades.

O HMR, foi incorporado a rede assistencial materno-infantil do Recife alterando suas prioridades, já que estava previsto a estruturação das maternidades municipais voltadas para a assistência ao parto de risco habitual. Esta estruturação cedeu lugar à construção de um novo estabelecimento de saúde, o HMR, que passaria a ofertar além do atendimento de ambulatório, o parto de risco habitual e o serviço de parto de alto risco (CUNHA, 2017).

Até o final da coleta de dados do presente estudo, o serviço de alto risco do HMR, ainda não se encontrava em funcionamento, este realiza partos de risco habitual de gestantes através de admissão da porta de entrada (acolhimento com classificação de risco) e oferece leitos de retaguarda para as três maternidades de gestão municipal (Maternidade Barros Lima, Maternidade Bandeira Filho e Maternidade Arnaldo Marques), conforme resultado das entrevistas realizadas.

Quanto a atenção primária à saúde, o município de Recife apresenta uma cobertura populacional que não atinge cem por cento. A modalidade de atenção à saúde prioritária é a Estratégia Saúde da Família que apresenta 48,4% de cobertura populacional em 2014, com uma meta de ampliação de 11,6%, aumentando este percentual para 60% de acordo com o plano municipal de saúde 2014-2017 (RECIFE, 2014a). Esta modalidade de atendimento se configura como porta de entrada do sistema, tornando-se importante para a Rede Cegonha pois facilita a captação precoce das gestantes e organiza os fluxos para o acesso ao serviço de atenção ao parto.

Em 2013 começou uma expansão dos serviços de saúde da atenção primária com serviços de saúde que apresentam novos padrões de qualidade, foram construídas “Upinhas 24 horas” onde foi ofertado atendimento noturno, e em fins de semana e feriados, apresentando horário estendido de consultas de 07h às 19 h e atendimento às pequenas urgências 24 horas. Já as “Upinhas Dia” funcionam conforme as unidades de saúde da família, recebendo esta nomenclatura por apresentarem um padrão de estrutura física diferenciada, semelhante às “Upinhas 24 horas”. Nas últimas gestões a expansão da cobertura da estratégia de saúde da família foi mínima, tendo em vista que as “Upinhas Dia” foram reconstruídas ou reformadas (CUNHA, 2017).

Ao longo dos últimos anos a nível nacional, a cobertura da estratégia de saúde da família experimentou expressiva expansão. No entanto ela seguiu com ritmos diferentes entre as regiões e porte populacional dos municípios. Foi considerado maior nos pequenos e médios municípios do que nos grandes. Em estudo realizado no ano de 2013 (Pesquisa Nacional de Saúde), a proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família foi de 56,2% (72,3% na área rural e 53,3% na área urbana). Analisando estes dados precisamos refletir que os países que são orientados pelo modelo da Atenção Primária a Saúde têm melhores indicadores de saúde, incluindo menor mortalidade infantil (MENDES, SALA, 2011; MALTA et al. 2016). Desse modo, taxa de cobertura da população pela atenção primária se torna uma ferramenta importante no enfrentamento deste agravo (mortalidade infantil).

O município de Recife se encontra com um percentual de cobertura semelhante à média nacional para municípios de grande porte, porém para ter bons indicadores de saúde na atenção pré-natal é imprescindível o aumento das coberturas populacionais pela atenção primária, como discutimos antes.

O acolhimento imediato a toda mulher com suspeita de gestação, a identificação e captação precoce das gestantes do território para o início do pré-natal são critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e necessitam além de boa cobertura da população pela atenção primária, de uma postura ativa por parte das equipes de saúde da família (MAIA, 2013).

A organização assistencial ela é necessária para dar qualidade a assistência prestada, devendo ser obtida através da construção de linhas de cuidado. Entende-se por linha de cuidado o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento dos riscos, agravos ou condições específicas desse período de ciclo de vida, que devem ser ofertados de forma articulada pelo SUS, com base em protocolos clínicos. Portanto a linha de cuidado da gestante e da puérpera devem estar estruturadas para atender a todas as suas necessidades (GRYSCHKEK et al., 2014). A linha de cuidado engloba vários serviços de saúde que são oferecidos na rede de atenção à saúde.

No quadro 4, presente nos resultados, pode-se observar que além dos serviços de atendimento para a assistência direta ao pré-natal, parto e puerpério, de acordo com a classificação de nível de atenção e sua distribuição no território sanitário temos os serviços de apoio da Rede Cegonha para o componente parto e nascimento.

No sistema de apoio logístico temos o transporte sanitário que visa garantir o acesso aos serviços em tempo hábil e com qualidade. Podendo ser atendida na própria unidade, ou referenciada para outra unidade, por meio da central de regulação. Quem acolhe será responsável pela gestante e seu transporte até a garantia de seu atendimento em outra unidade, através de ambulância do próprio serviço de saúde, ou através de terceirizados. Quando a gestante está em seu domicílio e necessita de atendimento de urgência, este transporte é realizado pelo SAMU Recife.

As barreiras geográficas de acesso aos estabelecimentos de atenção ao parto, constituem uma importante ferramenta na mortalidade perinatal, essa dificuldade no acesso poderia ser suprida com a disponibilidade de transporte sanitário adequado (OKWARAJI; EDMOND, 2012).

O laboratório municipal e a rede conveniada de laboratórios também fazem parte dos pontos de apoio da Rede, se fazendo crucial na realização dos exames de pré-natal e na internação para o parto, possibilitando o diagnóstico precoce de algumas doenças, com destaque para os testes de sífilis e HIV. Assim como a assistência farmacêutica que possibilita o acesso aos medicamentos necessários ao tratamento adequado.

O Programa Mãe Coruja Recife, com seus dez espaços espalhados pelo município, realiza acolhimento da gestante efetuando seu cadastramento e acompanhamento das gestantes e seus filhos, traz também o monitoramento dos indicadores da saúde materna e infantil, objetivando a redução dos coeficientes de mortalidade infantil, neonatal e materna e a ampliação da proporção de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal. Este programa entrega de Kits de enxoval e realiza cursos profissionalizantes focando na capacitação profissional das gestantes e empoderando a mulher através do conhecimento sobre seus direitos (CUNHA, 2017).

Neste estudo focamos no componente de parto e nascimento, no que tange ao processo de regulação do acesso ao parto, fugindo do alcance da pesquisa os demais componentes da Rede Cegonha.

A regulação de acesso ao parto é parte integrante dos sistemas logísticos da rede de atenção à saúde, Mendes (2011) aponta que, estes sistemas devem estar ancorados nas tecnologias de informação objetivando assegurar uma organização racional dos fluxos assistenciais. A regulação do acesso visa organizar oferta e demanda, operando através de protocolos institucionalizados.

A regulação assistencial é uma função do Estado e este deve estabelecer regras e padrões para oferecer serviços de alta relevância e qualidade (FARIAS; GURGEL JÚNIOR; COSTA, 2011).

Para avaliar o acesso ao estabelecimento onde foi realizado o parto, foi organizado a construção de mapas de fluxos dominantes presente nos resultados deste estudo, onde foi possível observar que o fluxo de gestantes orientado através da resolução da CIR nº 19 de 17 de fevereiro de 2012 e o fluxo real ocorrido no ano de 2015 para o município do Recife. Podemos notar nos mapas de fluxos dominantes e pelas entrevistas realizadas, que o fluxo orientado pela resolução da CIR nº 19 não é seguido, as mulheres vão buscar atendimento na maternidade de sua escolha, que nem sempre é a sua referência causando uma desestruturação da rede. Isso gera uma série de fatores que prejudicam o atendimento, causando peregrinação, superlotação e dificuldades de garantia de atenção integral.

A rede de atendimento ao parto do município do Recife oferta leitos de obstetrícia para atender as mulheres de risco habitual em três maternidades municipais (Maternidade Arnaldo Marques, Maternidade Barros Lima e Maternidade Bandeira Filho) e no Hospital da Mulher. Já os partos de alto risco têm como referência o Hospital Agamenon Magalhães, o Hospital Barão de Lucena e o IMIP.

Quando começamos a analisar os mapas de fluxos dominantes presente nos resultados podemos observar que fica difícil a organização destes fluxos assistenciais por distritos sanitários, sendo a lógica de distribuição por bairros a mais adequada esta organização, pois priorizaria a questão de acesso geográfico e transporte público.

Vejamos o exemplo da Maternidade Arnaldo Marques que é referência para o distrito sanitário I, onde apenas 0,7% dos partos de mulheres residentes no bairro de Santo Amaro teve seu parto realizado neste estabelecimento de saúde. O resultado é que encontramos muitas destas mulheres em outras unidades de atendimento como a Maternidade Barros Lima, isso se deve pela facilidade de acesso, principalmente as moradoras do bairro de Santo Amaro que utilizam o transporte através da Avenida Norte. Outro caso é o do IMIP, onde as moradoras do bairro dos Coelho encontram refúgio na hora do parto, mesmo sendo gestantes de risco habitual, que ocupa leito de usuárias que necessitam de atendimento com um risco gestacional mais elevado.

Também encontramos fluxo para os hospitais que não fazem parte da Rede de referência para o município do Recife, como o CISAM e o Hospital das Clínicas, isso ocorre porque as mulheres se deslocam para estes serviços pela proximidade de suas residências e pela facilidade de acesso ou por conhecerem o estabelecimento de saúde.

Essa desorganização da rede está presente em todos os mapas de fluxo dominantes das unidades de referência para o parto de Recife, com não ocorre a vinculação para a maternidade que irá realizar o parto durante o pré-natal, o que acontece é apenas uma referência (um indicativo para onde a gestante deve seguir) que muitas vezes não é ofertado durante as consultas de pré-natal; como vimos nas

entrevistas. A mulher migra para a maternidade de sua escolha, muitas vezes não respeitando a unidade assistencial de acordo com o risco de sua gestação.

Esta rede de atenção à saúde deveria oferecer uma atenção ao parto com a garantia de leito, no sistema vaga sempre - vinculação da gestante ao local de parto (BRASIL, 2011), porém esta garantia fica comprometida pela superlotação.

Assunção, Soares e Serrano (2014), traz a problemática da superlotação e a dificuldade enfrentada pelas parturientes nas maternidades públicas, principalmente no que refere a leitos disponíveis, a precariedade das instalações físicas e de profissionais capacitados para o atendimento. O número de leitos obstétricos por habitantes está aquém da necessidade da população, além de ainda não ter sido estruturado leitos obstétricos cirúrgicos nos municípios com mais de 50.000 habitantes, como estabelecido nas normativas da Rede Cegonha. Assim a superlotação nos municípios de Recife, Jaboatão e Petrolina, tem relação com a ausência de serviços nas cidades circunvizinhas. No ano de 2011 vários hospitais encontravam-se com uma capacidade de leitos de pré-parto nas unidades de alto risco acima da capacidade instalada, o Hospital Barão de Lucena por exemplo tem um total de ocupação de 383%, o Hospital Agamenon Magalhães com 192% e o IMIP com 171%. A superlotação, ou seja, a falta de leitos, intensificam outros problemas como sobrecarga de trabalho da equipe de saúde, a falta de materiais (insumos, medicamentos), que representam prejuízo na qualidade da assistência prestada.

Negri Filho (2016) em sua tese, estudou sobre o acesso e a qualidade dos leitos hospitalares, traz as diversas fragilidades da Regulação e também a baixa disponibilização dos leitos, a ausência de grade resolutive que oriente as internações hospitalares e a fragilidade nos sistemas informatizados. Ele coloca que organizar o acesso e qualificar os fluxos são movimentos fundamentais, para permitir que seja instituída a efetividade necessária aos hospitais e não viver mais em síndrome de escassez que impede qualquer organização dos leitos existentes. Nas crises instaladas de escassez de leitos, é necessário trabalhar a otimização dos leitos existentes através de uma boa gestão, que leve à sua melhor utilização.

Alves (2011), traz que Recife é caracterizado como um município que concentra atendimentos, principalmente em dois grandes hospitais estaduais e dois complementares de referência, o seu estudo faz uma crítica da desconexão do pré-natal com a assistência ao parto, o que demanda uma reorientação dos serviços e ações de assistência materna. Essa falta de contato das unidades de saúde da família com maternidade, faz a mulher muitas vezes recorrer a mais de uma unidade.

O município do Recife é sede de regional e recebe muitas usuárias de outros municípios através da Central de Regulação de Leitos do Estado de Pernambuco. Em estudo realizado em 2012 encontrou que Recife fez 46% a mais do que esperado de partos de nascidos vivos para a sede da Macrorregional I, além de ter recebido 43% do total de mulheres de risco habitual que deveriam ter sido atendidas em seus municípios de residência. Do total de partos realizados pelas maternidades da rede municipal de Recife 40% foram de mulheres não residentes, mostrando que há uma invasão de outros municípios, o que acarreta no deslocamento das munições para os serviços de alta complexidade ou para fora do município (ROHR; VALONGUEIRO; ARAUJO 2016). A centralização da maioria das unidades de saúde de atendimento de alta complexidade na capital do Estado acarreta várias consequências como a disputa pela vaga, a peregrinação pelas maternidades e no grande volume de atendimentos nos serviços da capital (ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014).

Esta invasão de outros municípios nas maternidades municipais do Recife, é relatada nas entrevistas. É vista com preocupação pelos gestores, profissionais, até pelas puérperas, pois aumenta o caos instalado e dificulta a humanização no atendimento.

A inadequação da organização das referências de parto, com a vinda de mulheres do interior para a capital (Recife), não só daquelas que apresentam risco maior ao parto, mas também daquelas com risco habitual que não são atendidas nos seus municípios aumenta a superlotação dos estabelecimentos de saúde da cidade do Recife. Cunha (2017) coloca que esse deslocamento acontece por fechamento de

leitos e/ou maternidades nos municípios do interior e por fechamento de plantões em determinados dias por falta de profissionais.

Rohr, Valongueiro e Araújo (2016), coloca a informação que em Recife foi atendido um número três vezes maior do que seria esperado para o alto risco da cidade como referência para a GERES I, essas transferências de gestantes do interior para a capital só seriam aceitáveis para os municípios que compõem a primeira região de saúde que não justifica a existência de serviços de assistência obstétrica em funcionamento (municípios que possuem menos de 300 nascidos vivos de mães residentes). É possível que o volume de partos de risco habitual realizado em unidade com complexidade inadequada seja resultado da precarização da rede do SUS (ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014).

Gestantes jovens e sem doenças pregressas, que não apresentam risco gestacional, não precisariam apresentar níveis tão elevados de complicações obstétricas, a normativa do Ministério da Saúde define que apenas 15% das gestações precisariam de unidades de saúde de alto risco (ROHR; VALONGUEIRO; ARAUJO 2016).

Não foi o que encontramos nos mapas de fluxos dominante onde muitas gestantes tiveram seus partos em maternidades de alto risco chegando a 71,5% no bairro dos Coelhos. Toda essa desorganização da rede de assistência gera consequências como superlotação e peregrinação da gestante.

O problema da superlotação em leitos obstétricos, também foi presenciado pela autora neste estudo nas maternidades no Recife: Maternidade Arnaldo Marques, Maternidade Bandeira Filho, principalmente na Maternidade Barros Lima. No HMR não foi visualizado superlotação. Essa superlotação pode ter repercussão na assistência ao parto que diverge do preconizado pelo Programa Nacional de Humanização.

Saber o local de ocorrência do parto, é uma forma de deixar a gestante mais tranquila neste momento de grande ansiedade, além de ser um direito assegurado em lei. É necessário que o município se organize e se responsabilize por assegurar

a vinculação da gestante ao serviço de atenção ao parto durante o pré-natal de acordo com o risco gestacional, a fim de evitar a peregrinação da gestante e as consequências destes deslocamentos.

Difícilmente as instituições públicas se organizam para estabelecer o vínculo entre a gestante e o sistema de saúde, levando ao desconhecimento da história da gestação e a falta de planejamento da internação para o parto, isso gera sobrecarga de atendimento em algumas instituições sendo comum a parturiente não conseguir vaga no primeiro estabelecimento que procura para realizar o parto. É clara a relação inversa entre porte populacional do município e deslocamento para assistência ao parto, quanto menor o tamanho populacional, maior o deslocamento da parturiente. Isso se deve pela concentração de serviços obstétricos nas grandes cidades, mesmo o SUS sendo universal, ainda não há mecanismos que garantam a acessibilidade à população igualmente em municípios de menor porte e de pior nível socioeconômico (ALMEIDA; SZWARCOWALD, 2012). Esse fenômeno de busca pelo local de internação para o parto, em mais de um estabelecimento de saúde é chamado de “peregrinação da gestante”.

Vários estudos mostram a situação de peregrinação da gestante em busca de vaga em maternidades, este fato expõe a riscos maiores de complicações maternas e infantis.

Barbastefano, Girianelli e Vargens (2010), em seu estudo com adolescentes na cidade do Rio de Janeiro, encontraram que 36,6% das adolescentes tiveram acesso insatisfatório a rede de atenção à saúde e que 20,7% destas adolescentes precisaram peregrinar em busca de assistência.

Em estudo realizado em duas maternidades, na cidade de São Luís, no Maranhão, foi encontrado que das 122 mulheres entrevistadas na Maternidade A, 41,8% delas tiveram que ir a mais de uma maternidade para conseguirem ser internadas e terem assistência ao parto, enquanto que na Maternidade B esse fato ocorreu em 38,2% das 94 entrevistadas, os autores concluem que quase metade das gestantes do estudo tiveram que peregrinar a procura de leito obstétrico (CUNHA et al., 2010).

Em Alagoas, também foi verificada peregrinação no anteparto, de 262 mulheres entrevistadas, 48% percorreram mais de um hospital para conseguir internamento, ou seja, um leito obstétrico disponível. Essa peregrinação pode trazer consequências graves, como parto prematuro, ou óbito do recém-nascido, além do sofrimento que estas mulheres estão sujeitas. Algumas tiveram que se deslocar para três ou mais maternidades até conseguirem parir (SOUZA et al., 2011).

Num estudo nacional de base hospitalar da Pesquisa Nascer no Brasil, realizada entre fevereiro de 2011 a outubro de 2012, foi encontrado que 16,2% das mulheres buscaram assistência em mais de uma maternidade. A maioria dessas mulheres procurou apenas um serviço, mas outras referiram ter procurado de dois até seis serviços de saúde até conseguirem um leito de obstetrícia para internação. Esta pesquisa traz algumas razões para a peregrinação como: a ausência de condições de atendimento (falta de médicos, insumos e equipamentos), não ter vaga para a gestante e/ou para o bebê e situação de risco clínico e/ou obstétrico. Verificou-se que a peregrinação das mulheres no momento do parto foi mais frequente na Região Nordeste do país (VIELLAS, 2014).

Outra pesquisa realizada no ano de 2010 “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de uma ano de idade nas regiões Amazônia Legal e Nordeste” encontrou que das 8.164 mulheres estudadas na pesquisa, 56,1% relataram que não foram orientadas durante o pré-natal sobre qual hospital/maternidade/ casa de parto deveriam se dirigir no momento do parto e que 19,2% buscou mais de um serviço para serem atendidas (BARRETO, 2013).

Pinheiro (2014), avaliou o acesso ao parto nas maternidades de alto risco do município do Recife, com uma amostra de 618 puérperas, onde encontrou que a maioria não teve o parto realizado na maternidade de referência (80,2%), e que 62% tiveram que procurar por mais de um serviço de saúde durante o trabalho de parto.

Albuquerque et al. (2011), levanta a questão da peregrinação no anteparto nas maternidades e conclui que este fenômeno pode estar ocorrendo devido ao reduzido número de leitos existentes para a realização de partos de baixo risco. Também pode estar relacionado a lacuna existente no sistema de referência e contra

referência entre as unidades básicas e as maternidades, além de apontar a necessidade de expansão da atenção primária para que possa atender um número cada vez maior de gestantes.

Esses relatos também foram encontrados nesta pesquisa, apesar de não ser quantitativa, ela se aprofunda na parte qualitativa e podemos visualizar nas entrevistas, o relato e o sofrimento de mulheres que passaram por mais de um serviço de saúde a procura de leito obstétrico para internação. Isso causou grande inquietude para elas, pela incerteza de conseguir uma vaga para parir. Encontramos essas falas descritas nos resultados, sendo ligada a falta de informação durante o pré-natal, onde não há uma vinculação prévia do local de parto e fica a critério da mulher a escolha do local para parir que muitas vezes não segue o risco obstétrico, o que acaba provocando a peregrinação.

Outras cidades também passaram pelos mesmos problemas de peregrinação no anteparto, mas encontraram um modo de organizar seus fluxos, como é o caso de São Paulo.

Até 2006, um dos grandes problemas de saúde mais críticos em São Paulo, era a dificuldade de acesso das gestantes às maternidades no momento do parto, naquela época não havia uma rede organizada de serviços de saúde no município, o que causava uma busca na hora do parto para a gestante. Para sanar esta dificuldade foi criada então a Central de Regulação Obstétrica e Neonatal da Rede de Proteção à Mãe Paulistana com critérios de regulação respeitando a complexidade que cada caso exigia e relacionando com a proximidade da residência da gestante, essa estratégia apresentou resolubilidade de 95% dos casos, através da efetividade da integração de todas as instituições componentes da Rede. Esta central de regulação foi uma ferramenta fundamental para acabar com a procura direta por vaga no momento do parto e conseguiu diminuir a mortalidade materna e infantil (CAMPOS; CARVALHO; TERRA, 2008).

Um estudo que avaliou o programa Cegonha Carioca, encontrou que a realização do parto na maternidade de referência foi de 66,9% entre as puérperas assistidas pela estratégia de saúde da família. Neste estudo a proporção de gestantes com parto

realizado no serviço em que foi vinculada refletem a organização da rede de atenção à saúde materno-infantil, pois denotam a existência de fluxos estabelecidos entre as unidades básicas e os serviços de atenção ao parto. Houve relato de bloqueio de acesso ao atendimento no serviço de referência por 2,2% do total de gestantes assistidas pela estratégia de saúde da família, culminando em peregrinação em busca de outros serviços. Os resultados encontrados no Programa Cegonha Carioca foram a melhoria dos dados relativos a peregrinação na busca de internação para o parto e a integração positiva entre os serviços de saúde (MAIA, 2013).

Outro programa é a Mãe Curitibana, implantado em março de 1999, pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, com propósito de melhorar a qualidade de pré-natal, e garantir o acesso ao parto, com a complexidade necessária. Sua experiência é reconhecida nacionalmente, o programa acolhe as gestantes, programando o acompanhamento da gravidez e vinculando-as às maternidades de referência para o parto levando em consideração o risco gestacional. Essas gestantes participam de oficinas de preparação ao parto, aleitamento e cuidados com o bebê e faz uma visita guiada no hospital onde será realizado o parto. O programa organizou todos os seus fluxos de referência e contra referência, com padronizações e condutas estabelecidas com a participação das equipes de saúde, fez investimentos na melhoria do acesso e da qualidade da assistência. A vinculação ao serviço de assistência ao parto acabou com a peregrinação das grávidas (MARQUES, 2012).

O programa Mãe Mogiana (município de Mogi das Cruzes), foi desenvolvido por meio de convênio entre a Prefeitura Municipal e a Santa Casa de Misericórdia local, tem como objetivo trabalhar com parto humanizado. Até a 28ª semana de gestação, a gestante realiza suas consultas na Unidade Básica de Saúde, a partir da 29ª semana ela é encaminhada ao programa, onde acontece uma integração entre a gestante e a equipe que realizará o seu parto, isso oferece maior conforto e humanização no acolhimento. O programa também possui um Cartão Cegonha, que é um cartão de vale transporte, válido para todo o município, para que a gestante possa se deslocar da residência aos locais de consulta/ exames e a entrega de um kit enxoval básico na última consulta antes da data do parto. Como resultado houve melhora na taxa de mortalidade infantil do município (MARQUES, 2012).

A Rede Mãe Paranaense foi organizada para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde prestada, é caracterizada por um conjunto de ações que parte da captação precoce da gestante, o acompanhamento pré-natal, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, com a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional. Após a implantação da Rede Mãe Paranaense verificou-se melhoria em vários indicadores como redução da mortalidade materna e redução da mortalidade infantil (HUÇULAK, 2016).

Os programas abordados: Mãe Paulistana, Cegonha Carioca, Mãe Curitibana, Mãe Mogiana e Mãe Paranaense, foram criados com o objetivo de melhorar o atendimento a mulher no ciclo gravídico puerperal e conseguiram bons resultados no tocante a indicadores relacionados a este público. Podemos diante das alternativas verificar que a organização da rede de atenção à saúde materno-infantil é imprescindível para a melhoria do atendimento.

Podemos refletir também que a peregrinação da gestante também resulta numa violência obstétrica. Muitas vezes as condições mínimas preconizadas para um parto humanizado não são atendidas, onde boa parte do trabalho de parto ocorre dentro de uma ambulância, sem as técnicas indicadas para alívio da dor, sem a presença de um acompanhante de sua escolha e sem a possibilidade de escolher o local e a posição de dar à luz (ARAÚJO, 2012).

A humanização no parto vem trazer o protagonismo para o ser humano, em busca de um nascimento saudável, seguro. Algumas propostas são adotadas como: a implantação de leitos Canguru, melhoria da ambiência das maternidades, acolhimento com classificação de risco, adoção de boas práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas e a garantia de acompanhante durante todo o processo de parto e pós-parto.

Dentro da abordagem do acolhimento a parturiente, o tema da presença de acompanhante durante o trabalho de parto, tem um destaque especial, apesar de ser estabelecido em Lei nº 11108 de 07 de abril de 2005 o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do

Sistema Único de Saúde, esse direito ainda apresenta dificuldades concretas para a sua efetivação (BRASIL, 2005).

Diniz et al. (2014) em seu estudo mostra que a presença de um acompanhante durante o parto ainda é um privilégio para mulheres que possuem uma maior renda e escolaridade, de cor branca, que paga pela assistência à saúde e que tiveram parto através de cesariana.

Em revisão sistemática recente sobre o apoio contínuo no parto mostra que as mulheres valorizam e se beneficiam da presença de acompanhante durante o trabalho de parto. Este suporte emocional pode melhorar os processos de trabalho fisiológico e o sentimento de controle e confiança na habilidade de dar à luz. O apoio contínuo nos estudos foi fornecido tanto pela equipe do hospital (enfermeiras ou parteiras), por mulheres que não eram funcionárias (doulas) ou por acompanhantes de escolha da mulher (parceiro, mãe, amigas), essa prática pode melhorar uma série de resultados tanto para a mãe como para a criança, aumentando a satisfação da mulher com a experiência do parto (BOHREN et al., 2017).

A presença de acompanhante no momento do parto, pode ser considerada como um marcador de segurança e qualidade do atendimento, como também como um indicador da integralidade do cuidado e da humanização nas boas práticas de atendimento (DINIZ et al., 2014).

Em Recife, encontramos dificuldades em alguns serviços de saúde para a garantia da presença de acompanhante, dificuldades estas enfrentadas por ter uma estrutura física que não comporta sua presença ou através de resistência pelos profissionais em acolher o acompanhante neste momento. Esses argumentos devem ser enfrentados através do empoderamento das gestantes durante as consultas de pré-natal com a informação necessária sobre este procedimento.

8 CONCLUSÃO

O município do Recife apresenta uma rede de atenção materno infantil diversificada que envolve atenção primária, secundária, terciária e traz o apoio logístico de transporte, laboratórios e farmácia. Entretanto, existe a necessidade da expansão da atenção primária para que ocorra a efetiva vinculação da gestante ao local de ocorrência de parto, assim como o Hospital da Mulher do Recife abra o seu serviço de alto risco para que o município se torne autossuficiente na quantidade e/ou oferta de leitos obstétricos.

O dinamismo apresentando no território no tocante aos fluxos reais que acontecem no município devem ser respeitados. O estabelecimento de fluxos deve deixar de ter uma ligação meramente administrativa e fincar sua organização voltando-se para a realidade local. Obedecendo o fluxo de referência com divisão dos serviços de referência para o parto, distribuídos por bairros, diferentemente do que ocorre hoje cuja divisão se dar por distrito sanitário. Os fluxos analisados neste estudo, se mostraram com extrema dificuldade de serem operacionalizados, causando desorganização da rede levando a superlotação e peregrinação no anteparto.

A organização da regulação de leitos obstétricos a nível da I Região de Saúde, com pactuação de abertura de leitos obstétricos em municípios do interior e organização da vinculação prévia da gestante ao local de ocorrência do parto surge como solução mais adequada para combater a violência obstétrica evidenciada no nesta pesquisa. A ausência do papel do Estado como agente protetor do binômio mãe-bebê, entrega a parturiente a árdua tarefa de escolher o local para o parto, sem levar em consideração o risco gestacional, quando ela entra em trabalho de parto, deixando-a entregue à própria sorte na busca de um serviço que realize seu parto. Esta falta de organização da rede gera iniquidades na regulação do acesso ao parto e proporciona maior vulnerabilidade.

Além dos problemas de organização dos fluxos da rede, a ausência da vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto, é um dos fatores que aumentam a insegurança desta mulher. A falta de comunicação entre a equipe que realiza o pré-

natal e o estabelecimento do parto, o desconhecimento da mulher do local onde vai parir continua a ser um grande desafio.

A realidade da superlotação somada a pouca infraestrutura nas maternidades municipais, além de violar o direito e a privacidade da gestante, implica em alguns problemas como a garantia da presença do acompanhante de sua escolha.

O acolhimento com classificação de risco gera uma maior eficiência ao sistema, favorecendo as boas práticas de atendimento a gestante realizando uma escuta inicial e priorizando aquelas com maior necessidade a partir de protocolos clínicos.

Um sistema eficaz de regulação do acesso ao parto, reduziria essas distorções observadas. É necessário realizar outros estudos que apoiem e traga mais sugestões de melhoria do atendimento a parturiente.

9 RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES MUNICIPAIS

- a) Resgate do Plano de Ação da Rede Cegonha do município do Recife, com sua atualização, visando a responder as novas demandas do município;
- b) Formação do Grupo Condutor da Rede Cegonha do município do Recife, para monitoramento e acompanhamento das ações relacionadas a atenção materno-infantil;
- c) Formação de Colegiado nas maternidades, onde poderá ser discutido assuntos internos que favoreçam as boas práticas no atendimento materno-infantil;
- d) Abertura dos leitos obstétricos de alto risco, para que o município consiga vincular todas as gestantes a serviços de atenção ao parto em estabelecimentos de administração municipais;
- e) Organização da regulação de acesso ao parto com distribuição dos estabelecimentos de saúde conforme risco gestacional de acordo com os bairros de moradia da parturiente;
- f) Organização da vinculação das gestantes aos estabelecimentos de saúde com visita prévia a maternidade de referência;
- g) Empoderar as gestantes durante o pré-natal sobre a importância do acompanhante de sua escolha;

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. N. de et al. Um olhar sobre a peregrinação no anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p.1935-1946, 2011. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/659/pdf_397>. Acesso em: 4 fev. 2018.
- ALVES, C. K. A. et al. Interpretação e Análise das Informações: O uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: SAMICO, I. et al. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap.8. p.89-107.
- ALVES, P. C. **Desafios à integração no SUS: Uma Análise da Rede de Atenção à Saúde da Mulher em Recife**. 2011. 153 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.
- ALMEIDA, W. S. de; SZWARCOWALD, C. L. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.1, p.68-76, fev. de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003489102012000100009&lng=es&tlng=pt>. Acesso em: 4 fev. 2018.
- ANDRADE, M. C. F. **A Política de Regulação Assistencial no Município de Caruaru - PE**. 69 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.
- ARAÚJO, F. R. F. **A bioética da proteção e as implicações morais no acesso ao parto: o caso de uma maternidade de referência no agreste de Pernambuco**. 127 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.
- 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**, Londrina, v.16, n.2, p.5-35, jan./jun. 2014. Disponível em: <www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/14401/15183>. Acesso em 11 nov. 2017.
- BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. Educação Ambiental Comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa SNOWBALL (Bola de Neve). **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, Porto Alegre, v.27, p.46-60, jul/dez. 2011. Disponível em: <<https://www.seer.furg.br/remea/article/viewFile/3193/1855>>. Acesso em: 21 out. 2016.
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. cap.5. p.221-270.
- 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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a14v31n4.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2018.

BARRETO, M. O. **O Parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado na região nordeste**. 2013. 62 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BITTENCOURT, S. D. A. et al. (Org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013. 268 p.

BOHREN, M. A. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], p.1-169, 2017. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/epdf/full>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil (1988). In: ANGHER, A.J.(Org.) **Vade Mecum Acadêmico de Direito Rideel**. 22.ed. São Paulo: Rideel, 2016. p.19-81 (Série Vade Mecum).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11108-7-abril-2005-536370-publicacaooriginal-26874-pl.html>>. Acesso em: 9 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação do Sus e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 9 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11634 de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm> Acesso em: 09 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 104 p. (Série A: Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1559. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em 9 mai 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4279. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em: 9 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1459. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 9 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de Evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade perinatal**. Brasília, 2013.

CAMPOS, M. T.; CARVALHO, M. A. O.; TERRA, C. M. **Central de regulação da rede de proteção à mãe paulistana: integrar para proteger**. São Paulo: Secretária de Saúde, 2008.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.17, n.44, p.49-59, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832013000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 jun. 2016.

CARVALHO, R. A. S. et al. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.49, p.1-9, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s00348910.2015049004794>>. Acesso em: 7 set. 2016.

CASCÃO, A. M. et al. Instrumentos para registro de óbitos e nascimentos e seus sistemas de informação em saúde. In: BITTENCOURT, S. D. A.; DIAS, M. A. B.; WAKIMOTO, M. D. (Org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013. cap.5. p.137-170.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no Campo da Saúde: Conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: Conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011a. cap.2. p.217-238.

CHAMPAGNE, F. et al. A análise da Implantação. In: BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: Conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011b. cap.10. p.41-60.

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL (PE). **Resolução nº 19 de 17 de fevereiro de 2012**. Recife, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Regulação em Saúde**. Brasília, DF, 2011. 126 p. (Coleção para entender a gestão do SUS).

CONTRADIOPOULOS, A. P. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A., (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 1997. p.29-47. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zctf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

CUNHA, S. F. et al. Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.3, n.15, p.441-447, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/18885/12194>>. Acesso em: 4 fev. 2018.

CUNHA, M. A. O. da. **Análise da política Rede Cegonha: A atenção ao pré-natal e ao parto e nascimento no Recife, 2011 A 2015**. 2017. 306 f. Tese (Curso de Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2017.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional: Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p140-153, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2016.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v.260, p.1743-1748, 1988. Disponível em: <http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care__How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf>. Acesso em: 14 set. 2016.

DUBOIS, C.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: Conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. cap.1. p.19-39.

ESCALANTE, J. J. C. et al. Mortalidade Materna no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília, DF, 2010. cap. 7. p.201-222. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2016.

FARIAS, S. F; GURGEL JUNIOR, G. D; COSTA, A. M. A regulação no setor saúde: um processo em construção. In: GONDIN, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação dos gestores do SUS**. 2.ed. Rio de Janeiro: EAD, ENSP, 2011. v.1, p.399-413.

FERNANDES, R. Z. S.; VILELA, M. F. G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.11, p.4457-4466, nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014001104457&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 jun. 2016.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: SAMICO, I. et al (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap.1. p.1-14.

GIOVANNI, M. D. **Rede Cegonha: da concepção à implantação**. 99 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2013.

GIANNOTTI, E. M. **A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos**. 2013. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GRYSCHEK, A. L. F. P. L. et al. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari-São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n.2, p.689-700, jun., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902014000200689&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2016.

GURGEL JUNIOR, G. D. Health sector reform and social determinants of health: building up theoretical and methodological interconnections to approach complex global challenges. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.17, supl.2, p.53-67, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2014000600053&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2016.

HOGAN, M. C. et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. **Lancet**, London, v.375, p.1609-1623, 8 maio 2010. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/action/showFullTextImages?pii=S0140-6736\(10\)605181](http://www.thelancet.com/action/showFullTextImages?pii=S0140-6736(10)605181)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

HUÇULAK, M. C. A governança da Rede Mãe Paranaense. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **CONASS Debate: Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF, 2016. cap.3. p.94-103.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, p.192-207, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300024&lng=pt&nrm=iso&tng=en>. Acesso em: 17 abr. 2016.

LASSWELL, S. M. et al. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis. **JAMA**, Berlim, v.304, n.9, p.992-1000, 2010. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/186516>>. Acesso em: 17 abr. 2016.

LIMA, A. L. A. **A política de regulação da assistência e a integralidade à saúde da mulher**: uma análise da situação do DSIII da cidade do Recife. 85 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

MAGALHÃES, M. A. F. M. et al. Sistemas de Informações Geográficas em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagens espaciais na Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. cap.2. p.43-75. (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde).

MAIA, M. N. **A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro**. 94 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-714027>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

MALTA, D. C. et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.327-338, 2016. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000200327&script=sci_abstract&tng=pt>. Acesso em: 13 jun. 2016

MARQUES, A. N. **Políticas Públicas de Saúde**: análise do acolhimento às gestantes do município de Guararema (SP). 2012. 61 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2012. Disponível em: <http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/1684/1/CT_GPM_II_2012_22.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, J. D. V.; SALA, A. Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.912-926, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400009>. Acesso em: 8 nov. 2017

MINAYO, M. C. S. Introdução: Conceito de Avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 30. ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2011.

MINAYO, M. C. S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.1, n.3, p.2-11, 2011. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/21160/2/Importancia.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2018.

NAJAR, A. L.; MARQUES, E. C. (Org.). **Saúde e espaço**: estudos metodológicos e técnicas de análise. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998. 276 p.

NEGRI FILHO, A. A. de. **Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS**: as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade. 2016. 402 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

OLIVEIRA E. X. G. et al. Análise de Dados Espaciais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informações Geográficas e Análise Espacial na Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. cap.3. p.63-80. (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde).

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.3, p.571-576, jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102012000300020>>. Acesso em: 3 out. 2016.

OKWARAJI, Y. B.; EDMOND, K. M. Proximity to health services and child survival in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, London, v.2, n.4, p.1-9, 2012. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/2/4/e001196.full.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2016.

PEITER, P. C. et al. Espaço geográfico e Epidemiologia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagens Espaciais na Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. cap.1. p.9-42. (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde).

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução da CIB nº 1.872, de 26 de março de 2012**. Homologa os Planos Regionais da Rede Cegonha no Estado de Pernambuco. Recife, 2012a. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_cib-pe_1872_homologa_planos_regionais_da_rede_cegonha_no_estado_de_pe.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução da CIB nº 1.873, de 26 de março de 2012**. Homologa o Plano Regional da Rede Cegonha da I Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife, 2012b. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_cib-pe_1873_plano_regional_rede_cegonha_da_i_geres.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2018.

PINA, M. F. et al. Análise de Dados Espaciais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagens Espaciais na Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. cap.3. p.83-114. (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde).

PINHEIRO, H.D.M. **Do domicílio ao parto: Avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife/ PE**. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2014.

RAMALHO, W. M. et al. Conceitos e Arquitetura de Sistemas de Informações Geográficas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informações Geográficas e análise espacial na Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. cap.1. p.11-34. (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde).

ROHR, L. K.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T. V. B. Assistência ao parto e inadequação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.16, n.4, p.457-465, out./dez. 2016. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n4/pt_1519-3829-rbsmi-16-04-0447.pdf>. Acesso em 11 nov. 2017.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. 1. ed. Recife, 2014a. 84 p.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Mãe Coruja Recife**: Programa Municipal de Atenção Integral e Intersectorial à mulher e à Criança. Recife, [2014?b].

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Decreto nº 28529 de 19 de janeiro de 2015**. Autoriza a adesão ao programa Mãe Coruja Pernambucana. Recife, 2015. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a1/pe/r/recife/decreto/2015/2853/28529/decreto-n-28529-2015-autoriza-a-adesao-ao-programa-maecorujapernambucana?q=m%E3e%20coruja>>. Acesso em: 5 nov. 2017.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Divisão espacial da cidade do Recife**. Recife, 2016.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. Abordagens Metodológicas na Avaliação em Saúde. In: SAMICO, I. et al. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap.2. p.15-28.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública de saúde no estado brasileiro – uma revisão. **Interface** : Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.9, n.18, p.25-41, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832006000100003&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2017.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n.20, p1281-1289, set./out., 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2004000500022&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2017.

SOUZA, Diego et al. Parturient's trajectory looking for a institution to delivery in Maceió city, Brazil. **Revista de Enfermagem Ufpe**, Recife, v.5, n.3, p.561-568, 1 maio 2011. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6760/6007>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

UNICEF. **Levels and Trends in Child Mortality 2015**: Report - Estimates Developed by the UM Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Nova York, 2015. Disponível em:

<http://www.childmortality.org/files_v20/download/IGME%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf>. Acesso em: 4 set. 2016.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges.

The Lancet, London, v.377, n.9780, p1863-1876, maio 2011. Disponível em:

<[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60138-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60138-4)>. Acesso em: 7 set. 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2014.

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

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 fev. 2018.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.640-647, dez. 2012. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/s010311042012000400016>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

XAVIER, S. B. **Mortalidade Materna em Pernambuco**: Uma Revisão de Literatura. 2010. 32 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2010. Disponível em:

<<http://157.86.8.70:8080/certifica/bitstream/icict/44824/2/506.pdf>>. Acesso em: 9 maio 2016.

YIN, R.K. **Estudo de Caso**: Planejamento e Métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

Apêndice A – Roteiro Guia para Entrevista com os Gestores

Data:

Local da Entrevista:

Horário de início:

Horário de finalização:

Duração:

Idade:

Função do Entrevistado:

Formação:

Tempo no Cargo:

Perguntas:

- 1) Como estão organizados os serviços de saúde de atenção ao parto?
 - fatores que dificultam o acesso
 - fatores que facilitam o acesso
 - acolhimento e vinculação da gestante
- 2) Como se encontra a situação de regulação do acesso ao parto no município?
 - parto de risco habitual
 - parto de alto risco
 - pactuações estabelecidas para o acesso ao local de parto
 - referências intramunicipais
- 3) A oferta de serviços de atenção ao parto é adequada para atender a demanda?
- 4) Como funcionam os aportes logísticos da regulação de acesso ao parto no município do Recife?
- 5) Existe alguma lacuna assistencial na regulação de atenção ao parto?
- 6) Como está organizada a Rede Cegonha no município do Recife, em especial na atenção ao parto?
- 7) Que dificuldades e facilidades são encontradas referentes ao funcionamento da Rede Cegonha no tocante ao acesso ao local de parto?

Apêndice B – Roteiro Guia para Entrevista com os Profissionais de Saúde

Data:

Local da Entrevista:

Horário de início:

Horário de finalização:

Duração:

Idade:

Função do Entrevistado:

Formação:

Tempo no Cargo:

Perguntas:

- 1) Como está este organizado o serviço de saúde de atenção ao parto?
 - fatores que dificultam o acesso
 - fatores que facilitam o acesso
 - acolhimento e vinculação da gestante
 - adequabilidade de atendimentos por quantidade de leitos
- 2) Como se encontra a situação de regulação do acesso ao parto?
 - transferências para outros serviços
- 3) Você acredita que a oferta de serviços de atenção ao parto é adequada para atender a demanda?
- 4) Existe alguma lacuna assistencial na regulação de atenção ao parto?
- 5) Que dificuldades e facilidades são encontradas referentes ao funcionamento da Rede Cegonha no tocante ao acesso ao local de parto? Em especial no serviço de saúde que você trabalha.
- 6) Considerações finais sobre a regulação de acesso ao parto.

Apêndice C – Roteiro Guia para Entrevista com as Puérperas

Data:

Local da Entrevista:

Horário de início:

Horário de finalização:

Duração:

Idade:

Bairro de Residência:

G _ P _ A _

Perguntas:

- 1) Por que escolheu esta maternidade? Você tinha conhecimento do local onde seria o parto durante o pré-natal? Quais foram as orientações recebidas durante o pré-natal com relação ao local onde se dirigir no momento do parto?
- 2) Que dificuldades foram encontradas referentes ao acesso ao local de ocorrência do parto? Procurou outra maternidade além desta? Esta maternidade é distante da sua residência? Teve problemas em conseguir transporte até aqui?
- 3) Como foi o acolhimento neste serviço?
- 4) Apresentou algum sinal de risco durante o pré-natal ou parto?

Apêndice D – Termo de consentimento livre e esclarecido

Instituição: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos convidando-o (a) para participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “**Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS)**” coordenada pelo professor Garibaldi Dantas Gurgel Júnior, vinculada ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), através do recorte “**Avaliação da Regulação do acesso ao parto: o caso da Rede Cegonha no município do Recife**”.

A pesquisa tem como objetivo avaliar a regulação do acesso ao parto no município do Recife. Você foi convidado (a), pois representa um sujeito substancial para o desenvolvimento da pesquisa, podendo a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento.

O risco da sua participação é o de constrangimento diante de algum questionamento realizado a você, porém este risco poderá ser minimizado diante a garantia de sigilo das informações sobre a sua participação. Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando a contribuição de mais aporte teórico para a melhoria da Rede de Atenção ao parto no município do Recife.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais, deste modo, os seus dados serão preservados em sigilo absoluto quando da publicação dos resultados da pesquisa. Caso sinta necessidade de mais algum esclarecimento, poderá entrar em contato com pesquisadora Edjaneide Maria da Silva (81) 99630-5454 ou com o orientador Dr. Garibaldi Dantas Gurgel (81) 2101-2675, o contato também poderá ser feito, através do e-mail: edjaneidemaria@yahoo.com.br.

O estudo, financiado pela FACEPE, foi aprovado pelo comitê de ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e está registrado no CAEE: 50906915.0.0000.5190/2016.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br.

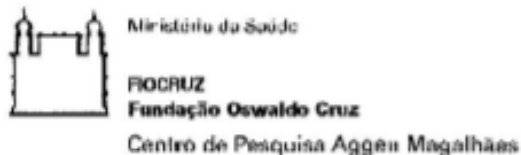
Eu, _____ RG nº _____, declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento, que tive a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas, que estou ciente dos meus direitos relacionados e que aceito participar desse estudo.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data

Anexo A – Declaração de Vinculação do Projeto



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada: **AVALIAÇÃO DA REGULAÇÃO DO ACESSO AO PARTO: O CASO DA REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DO RECIFE**, conduzida pela pesquisadora Edjaneide Maria da Silva, aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, está vinculada ao Macroprojeto: Redes assistenciais integradas e sustentáveis: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REG-SUS) sob nº de CAAE 50906915.0.0000.5190/2016 – CONEP do Grupo de Estudos em Gestão e Governança de Sistemas e Serviços de Saúde (GGS) do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE.

Recife, 24 de outubro de 2016.



Garibaldi Dantas Gurgel Jr.

COORDENADOR DO GRUPO DE PESQUISA

Anexo B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: “REDES ASSISTENCIAIS INTEGRADAS E SUSTENTÁVEIS: teoria, prática e possibilidades de inovação na dinâmica interinstitucional da regulação do SUS (REGSUS)”

Pesquisador responsável: GARIBALDI DANTAS GURGEL JUNIOR

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

CAAE: 50906915.0.0000.5190


Número do Parecer na Plataforma Brasil: 1.589.404

PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

Recife, 01 de agosto de 2016.

Anexo C – Carta de Anuência - Prefeitura do Recife/ Secretaria de Saúde


**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Edjaneide Maria da Silva**, pesquisadora do Mestrado Profissional em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz / Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, a desenvolver pesquisa no SINASC, Coordenação de Saúde da Mulher, Regulação, Maternidade Barros Lima, Maternidade Bandeira Filho, Maternidade Arnaldo Marques, Hospital da Mulher, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Avaliação da Regulação do Acesso ao Parto: O caso da Rede Cegonha no Município do Recife"**, sendo orientada por Garibaldi Dantas Gurgel Junior.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

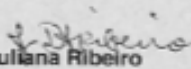
- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 03 de fevereiro de 2017.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro
 Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
 Divisão de Educação na Saúde
 S/SEGTE/S/ESAU/PCR
 - 100 054-E

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinheiro – CEP 52.021-030 – Recife – Pernambuco
 fone: (81) 3355-1707 – CNPJ: 10.565.000/0001-92

**Anexo D – Comunicação interna nº 005/2017 - autorização coleta de dados na
Maternidade Arnaldo Marques**


**PREFEITURA DO
RECIFE**
SECRETARIA DE SAÚDE
Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Divisão de Educação na Saúde

CI CIRC. nº. 005 / 2017 – DES/GFES/SEGTES/SESAU

Recife, 03 de fevereiro de 2017.

Prezado(a) Senhor(a),

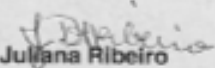
Informamos que **Edjaneide Maria da Silva**, pesquisadora da Secretaria de Saúde do Recife, **está autorizada**, a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título **“Avaliação da Regulação do Acesso ao Parto: O caso da Rede Cegonha no Município do Recife”**.

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Em tempo, informamos que a pesquisadora só estará autorizada a publicação do referido trabalho mediante apresentação do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética ao qual seu projeto será submetido.

Período da coleta de dados: janeiro a abril de 2017
Finalização do projeto: outubro de 2017

Cordialmente,


Juliana Ribeiro
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGTES/SESAU/PCR
Matrícula nº 99.986-8

Ilmo. (a) Sr (a)
Drª Eriane Fonseca das Neves Braga
Policlínica Profª Arnaldo Marques

**Anexo E – Comunicação interna nº 005/2017 - autorização coleta de dados na
Maternidade Barros Lima**


**PREFEITURA DO
RECIFE**
SECRETARIA DE SAÚDE
Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Divisão de Educação na Saúde

CI CIRC. nº. 005 / 2017 – DES/GFES/SEGTES/SESAU

Recife, 03 de fevereiro de 2017.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que **Edjaneide Maria da Silva**, pesquisadora da Secretaria de Saúde do Recife, **está autorizada**, a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título **"Avaliação da Regulação do Acesso ao Parto: O caso da Rede Cegonha no Município do Recife"**.

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Em tempo, informamos que a pesquisadora só estará autorizada a publicação do referido trabalho mediante apresentação do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética ao qual seu projeto será submetido.

Período da coleta de dados: janeiro a abril de 2017
Finalização do projeto: outubro de 2017


Cordialmente,


Juliana Ribeiro
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

JULIANA RIBEIRO
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGTES/SESAU/PCR
Matrícula nº 99.986-8

Ilmo. (a) Sr (a)
Adriana Carneiro
Policlínica e Maternidade Profº Barros Lima

**Anexo F – Comunicação interna nº 005/2017 - autorização coleta de dados na
Maternidade Bandeira Filho**


**PREFEITURA DO
RECIFE**
SECRETARIA DE SAÚDE
Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Divisão de Educação na Saúde

CI CIRC. nº. 005 / 2017 – DES/GFES/SEGTES/SESAU

Recife, 03 de fevereiro de 2017.

Prezado(a) Senhor(a),

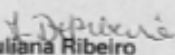
Informamos que **Edjaneide Maria da Silva**, pesquisadora da Secretaria de Saúde do Recife, **está autorizada**, a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título **"Avaliação da Regulação do Acesso ao Parto: O caso da Rede Cegonha no Município do Recife"**.

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Em tempo, informamos que a pesquisadora só estará autorizada a publicação do referido trabalho mediante apresentação do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética ao qual seu projeto será submetido.

Período da coleta de dados: janeiro a abril de 2017
Finalização do projeto: outubro de 2017

Cordialmente,


Juliana Ribeiro
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGTES/SESAU/PCR
Matrícula nº 99.986-8

Ilmo. (a) Sr (a)
Dr. Eud Johnson
Maternidade Profª Bandeira Filho

**Anexo G – Comunicação interna nº 005/2017 - autorização coleta de dados no
Hospital da Mulher**


**PREFEITURA DO
RECIFE**
SECRETARIA DE SAÚDE
Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Divisão de Educação na Saúde

CI CIRC. nº. 005 / 2017 – DES/GFES/SEGTES/SESAU

Recife, 03 de fevereiro de 2017.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que **Edjaneide Maria da Silva**, pesquisadora da Secretaria de Saúde do Recife, **está autorizada**, a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título **“Avaliação da Regulação do Acesso ao Parto: O caso da Rede Cegonha no Município do Recife”**.

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Em tempo, informamos que a pesquisadora só estará autorizada a publicação do referido trabalho mediante apresentação do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética ao qual seu projeto será submetido.

Período da coleta de dados: janeiro a abril de 2017
Finalização do projeto: outubro de 2017


Cordialmente,


Juliana Ribeiro
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGTES/SESAU/PCR
Matrícula nº 99.986-8

Ilmo. (a) Sr (a)
Isabela Coutinho
Hospital da Mulher

**Anexo H – Comunicação interna nº 005/2017 - autorização coleta de dados no
SINASC**


**PREFEITURA DO
RECIFE**
SECRETARIA DE SAÚDE
Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Divisão de Educação na Saúde

CI CIRC. nº. 005 / 2017 – DES/GFES/SEGTES/SESAU

Recife, 03 de fevereiro de 2017.

Prezado(a) Senhor(a),

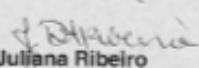
Informamos que **Edjaneide Maria da Silva**, pesquisadora da Secretaria de Saúde do Recife, **está autorizada**, a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título **"Avaliação da Regulação do Acesso ao Parto: O caso da Rede Cegonha no Município do Recife"**.

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Em tempo, informamos que a pesquisadora só estará autorizada a publicação do referido trabalho mediante apresentação do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética ao qual seu projeto será submetido.

Período da coleta de dados: janeiro a abril de 2017
Finalização do projeto: outubro de 2017


Cordialmente,


Juliana Ribeiro
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

JULIANA RIBEIRO
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGTES/SESAU/PCR
Articulação nº 99.986-8

Ilmo. Sr.
Conceição Maria de Oliveira
Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos – SINASC/SEVS

**Anexo I – Comunicação interna nº 005/2017 - autorização coleta de dados na
Gerência de Regulação**


**PREFEITURA DO
RECIFE**
SECRETARIA DE SAÚDE
Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Divisão de Educação na Saúde

CI CIRC. nº. 005 / 2017 – DES/GFES/SEGTES/SESAU

Recife, 03 de fevereiro de 2017.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que **Edjaneide Maria da Silva**, pesquisadora da Secretaria de Saúde do Recife, **está autorizada**, a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título **“Avaliação da Regulação do Acesso ao Parto: O caso da Rede Cegonha no Município do Recife”**.

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Em tempo, informamos que a pesquisadora só estará autorizada a publicação do referido trabalho mediante apresentação do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética ao qual seu projeto será submetido.

Período da coleta de dados: janeiro a abril de 2017
Finalização do projeto: outubro de 2017

Cordialmente,


Juliana Ribeiro
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde

Ilmo. (a) Sr (a)
Fernanda Casado
Gerência de Regulação

**Anexo J – Comunicação interna nº 005/2017 - autorização coleta de dados na
Coordenação de Saúde da Mulher**


**PREFEITURA DO
RECIFE**
SECRETARIA DE SAÚDE
Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Divisão de Educação na Saúde

CI CIRC. nº. 005 / 2017 – DES/GFES/SEGTES/SESAU

Recife, 03 de fevereiro de 2017.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que **Edjaneide Maria da Silva**, pesquisadora da Secretaria de Saúde do Recife, **está autorizada**, a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título **"Avaliação da Regulação do Acesso ao Parto: O caso da Rede Cegonha no Município do Recife"**.

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Em tempo, informamos que a pesquisadora só estará autorizada a publicação do referido trabalho mediante apresentação do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética ao qual seu projeto será submetido.

Período da coleta de dados: janeiro a abril de 2017
Finalização do projeto: outubro de 2017

Cordialmente,


Juliana Ribeiro
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGTES/SESAU/PCR
Atividade nº 99.986-8

Ilmo. Sr.
Karla Regina Viana Coutinho
Coordenação de Saúde da Mulher