

Itinerário da assistência ao parto de puérperas assistidas em uma maternidade de referência

Parturition assistance itinerary of puerperal women assisted at a reference maternity

DOI:10.34119/bjhrv4n1-156

Recebimento dos originais: 05/12/2020

Aceitação para publicação: 25/01/2021

Jéssica Kelly Coutinho de Melo

Residência em Enfermagem Obstétrica

Instituição: Hospital Vasco Lucena

Endereço: Porcina Coelho, mustardinha, Recife, Pernambuco, Brasil

E-mail: jk_kelinha@hotmail.com

Raquel Bezerra dos Santos

Mestre em Ciências da Saúde

Instituição: Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Asces-Unita/
Enfermeira do Hospital Jesus Nazareno

Endereço: Avenida Portugal, bairro Universitário, Caruaru-PE

E-mail: raquelsantos@asces.edu.br

Sara Cirne Paes de Barros

Residência em saúde da mulher

Instituição: Hospital da mulher do recife

Endereço: Iolanda Henriques Cavalcante, jardim Oceania, Paraíba, Brasil

E-mail: sarinh_@hotmail.com

Herika Dantas Modesto Pinheiro

Mestre em Saúde Coletiva

Instituição: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Endereço: Rua Dona Maria Augusta Nogueira, Bongi, Recife –PE

E-mail: herika_dantas@hotmail.com

RESUMO

Este artigo possui como objetivo conhecer a trajetória do trabalho de parto até o nascimento de puérperas em uma maternidade de referência. Desta maneira a metodologia deste trabalho pode ser classificada como estudo transversal, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, realizado na maternidade estadual do município de Caruaru, Pernambuco. Foram entrevistadas 217 puérperas que tiveram seus partos assistidos nesta maternidade, que não residiam no município de Caruaru-PE. Dentre os principais achados, destaca-se que a maioria das entrevistadas apresentou faixa etária entre 15 e 25 anos, indicadores de risco na gestação e receberam assistência pré-natal. Em relação à transferência para receber assistência ao parto, a maioria das participantes do estudo foi atendida em pelo menos dois serviços antes do internamento e tiveram que percorrer distâncias que variaram de 23,7 km até 294 Km. Assim, concluiu-se que a peregrinação da mulher em busca de assistência ao parto confirma-se como problema da saúde pública. Esses dados evidenciam a precariedade da oferta de leitos

obstétricos nos pequenos municípios do Estado de Pernambuco e alertam para os riscos materno-fetais que uma transferência no momento do trabalho de parto pode trazer a tantas gestantes.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Análise Quantitativa, Assistência Integral à Saúde, Saúde materno-infantil, Gravidez de Alto Risco, Leitos.

ABSTRACT

This paper aims to understand the trajectory of labor until the birth of puerperal women in a reference maternity. Thus, the method used was a cross-sectional, descriptive and exploratory study with a quantitative approach, carried out at the state maternity hospital in the municipality of Caruaru, Pernambuco. The 217 puerperal women who had their births attended at this maternity hospital, who did not live in the municipality of Caruaru-PE, were interviewed. The results found showed that most of the interviewees were aged between 15 and 25 years, risk indicators during pregnancy and received prenatal care. Regarding the transfer to receive childbirth assistance, most of the study participants were attended in at least two services before admission and had to travel distances ranging from 23.7 km to 294 km. Thus, the pilgrimage of the women seeking childbirth assistance are confirmed as a public health problem. These data show the precariousness of the offer of obstetric beds in the small municipalities of the State of Pernambuco and alert to the maternal-fetal risks that a transfer during labor can bring to so many pregnant women.

Keywords: Access to Health Services, Quantitative analysis, Comprehensive Health Care, Maternal and child health, High Risk Pregnancy, Beds.

1 INTRODUÇÃO

O período gravídico-puerperal é um momento especial e muito esperado pela maioria das mulheres. Caracteriza-se por ser um fenômeno fisiológico e deve ser visto pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, psicológico, emocional e social. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode gerar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, sendo chamadas gestantes de alto risco (BRASIL, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que a mulher no período gestacional realize um pré-natal de qualidade, independentemente de a gestação ser classificada como risco habitual ou alto risco. As mulheres devem ter garantias e direito ao atendimento, além do acesso às unidades de referência, atendimento ambulatorial e hospitalar em todas as gestações (Vieira et al., 2011).

Com isso o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica estabelecendo para os municípios à garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e

puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino (BRASIL, 2004). Entretanto, no Sistema Único de Saúde (SUS), um grande desafio é estruturar a rede perinatal com garantia de assistência, exames, atendimento para os casos de risco e garantia de vaga para o parto (RATTNER, 2009).

O atual cenário da política de saúde expressa a violação do direito das parturientes à saúde de qualidade e humanizada. Direito esse, respaldado na Lei Orgânica da Saúde (LOS) 9.090/1988, na Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PAISM), no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), na Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON) e no mais recente Programa Rede Cegonha (ASSUNÇÃO et al, 2014).

A lei 11.634/2007 dispõe sobre o direito à assistência, onde toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde, tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto; e maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal (ASSUNÇÃO et al, 2014).

O PHPN, que foi instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000 reconhece que o atendimento digno e de qualidade são direitos inalienáveis de cidadania. Em suas metas está incluído o amparo das mulheres e recém-nascidos evitando a peregrinação em busca de atendimento e ampliação do acesso e qualidade do atendimento ao pré-natal e pós-parto (ASSUNÇÃO et al, 2014).

No entanto, o sistema de saúde apresenta falhas que dificultam o alcance dessas metas. O pequeno número de leitos obstétricos de baixo risco acaba gerando um alto fluxo de gestantes em busca de atendimento no momento do parto, ocasionando uma peregrinação anteparto (ALBUQUERQUE et al., 2011)

Dessa forma é inútil a determinação do risco de uma gestante se a chegada à maternidade de referência não ocorre a tempo, uma vez que as gestantes têm que percorrer longas distâncias de uma maternidade à outra até conseguir atendimento, além de sofrerem com a falta de um sistema de transporte eficaz e a falta de um sistema de comunicação e referenciamento adequados (RATTNER, 2009). Estes são aspectos graves uma vez que é no período próximo ao parto que ocorrem a maior parte das mortes maternas (ALBUQUERQUE et al., 2011).

A mortalidade materna é considerada uma das mais graves violações dos direitos humanos por ser uma tragédia evitável, na maioria dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (REZENDE; SOUZA, 2012).

Os estudos evidenciam casos de gestantes de alto risco que precisam de assistência em maternidades de alta complexidade e, seja por falta de vaga, por falta de estrutura física ou profissionais em quantidade e qualidade, acabam peregrinando até conseguir receber assistência apropriada. A ocorrência de peregrinação entre cidades e maternidades também acontecem com gestantes de risco habitual, o que predispõe a gestante ou parturiente a desenvolver um quadro de alto risco (MENEZES et al., 2006)

Por não haver uma regionalização coerente, ocorre um fluxo desordenado de gestantes em busca de atendimento nas unidades de referência, gerando uma verdadeira peregrinação de gestantes em busca de serviços de saúde. Essa peregrinação poderia ser amenizada com uma melhor distribuição dos serviços na localidade e um sistema de referência e contra referência mais eficiente, sendo necessária também a existência de um sistema de transporte e comunicação entre as unidades, evitando o sofrimento e angústia das gestantes (CUNHA et al., 2010)

Em função dessas considerações emergiu o interesse por desenvolver um estudo onde foi pesquisado o itinerário da assistência ao parto de puérperas assistidas em uma maternidade de referência, a fim de conhecer sua trajetória do trabalho de parto até o nascimento.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na maternidade estadual do município de Caruaru, em Pernambuco. Esta maternidade é referência secundária para gestação de alto risco para 90 municípios pernambucanos, onde ainda estão incluídas as microrregiões de Serra Talhada, Afogados da Ingazeira, Arcoverde, Garanhuns e Caruaru, abrangendo uma população de cerca de 2,5 milhões de habitantes (SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2019).

Caruaru pertence ao Agreste Pernambucano. A sua população tem cerca de 356.128 habitantes, sendo a mais populosa cidade do interior pernambucano. O município localiza-se a oeste da capital do estado, distando desta cerca de 130 km. Ocupa uma área de 920,611 km², sendo que 16,65 km² estão em perímetro urbano e os 903,961 km² restantes formam a zona rural (SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2019).

Caruaru é coordenada pela IV GERES (Gerência Regional de Saúde) que regula, monitora e avalia as metas estabelecidas de 32 municípios, além de coordenar a

construção da Rede de Atenção Regional, garantindo o acesso da população aos serviços de saúde (SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2019).

A população do estudo foi constituída por puérperas cujo trabalho de parto e parto foram assistidos nesta maternidade estadual de Caruaru-PE. A amostra foi delimitada com base na estimativa média da população mensal (400 mulheres aproximadamente) atendidas no serviço, dados fornecidos pelo Setor de Epidemiologia da maternidade e com o auxílio da Calculadora Estatística Sample Size Calculator Raosoft. Estabeleceu-se como parâmetro, margem de erro de 5% e intervalo de confiança de 95%, foi acrescentado 10% em cima do valor final para cobrir possíveis perdas amostrais, tendo resultado uma amostra de 217 puérperas.

Utilizou-se, como critério de inclusão, puérperas internadas na maternidade que foram assistidas por parto normal ou cesariana e que não residiam no município de Caruaru durante o período da coleta de dados e aceitassem livremente participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), para aquelas menores de 18 anos. Os critérios de exclusão foram puérperas que residiam em Caruaru e de outros municípios que não apresentassem condições psíquicas adequadas inviabilizando assim a sua efetiva participação na pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no alojamento conjunto da maternidade durante os meses de julho a setembro de 2018, onde foram procedidas entrevistas face a face após assinatura do TCLE e TALE. Foi utilizado um instrumento contendo variáveis relativas ao perfil sócio demográficos, antecedentes e atuais dados obstétricos, indicadores de risco obstétrico e a assistência desde o pré-natal até o nascimento.

Para análise de dados foi realizado a codificação das informações presentes no instrumento de coleta de dados. Após a codificação e definição operacional de cada uma das variáveis medidas, foi elaborado um arquivo com a versão eletrônica das informações coletadas, utilizando-se o programa Microsoft EXCEL XP, em seguida, foi procedida à validação.

Os dados foram categorizados em suas distribuições absolutas e percentuais para cada uma das variáveis estudadas, que posteriormente foram apresentadas sob a forma de gráficos e tabelas, logo após analisados à luz da literatura pertinente ao tema.

A pesquisa foi desenvolvida seguindo as normatizações contidas na Resolução 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Centro Universitário do Vale do Ipojuca -

UNIFAVIP/Wyden e aprovado com o CAAE: 85034118.0.0000.5666 sob o parecer consubstanciado nº 2.594.454.

3 RESULTADOS

Foram entrevistadas 217 puérperas que tiveram seus partos assistidos em uma maternidade estadual. O levantamento das características sócio demográficas das mulheres permitiu identificar uma variação de idades entre 13 e 42 anos. A maioria apresentou faixa etária entre 15 e 25 anos (67,74%) e, quando questionadas sobre a cor de sua pele, 64,98% declararam ser pardas e 41,94% tinha baixa escolaridade não chegando a concluir o ensino fundamental. No que se refere ao estado civil, 59,91% relataram ter união consensual, em relação à ocupação, 72,35% eram agricultoras e 94,01% viviam com renda familiar de até um salário mínimo (Tabela 1).

Tabela 1. Características sócio demográficas das puérperas.

Variáveis	n=217	%
Idade		
<15 anos	2	0,93
15 a 25 anos	147	67,74
26 a 35 anos	62	28,57
>35 anos	6	2,76
Raça/Etnia		
Amarela	3	1,38
Branca	61	28,11
Indígena	5	2,30
Parda	141	64,98
Preta	7	3,23
Escolaridade		
Analfabeto	1	0,46
Ensino Fundamental Completo	21	9,68
Ensino Fundamental Incompleto	91	41,94
Ensino Médio Completo	59	27,19
Ensino Médio Incompleto	37	17,05
Ensino Superior Completo	6	2,76
Ensino Superior incompleto	2	0,92
Profissão/Ocupação		
Agricultora	157	72,35
Do lar	8	3,69
Estudante	16	7,37
Desempregada	3	1,38
Outros	33	15,21
Estado civil		
Casada	40	18,43
Divorciada	1	0,46

Solteira	45	20,74
Viúva	1	0,46
União consensual	130	59,91
Renda Familiar		
Até 1 salário mínimo	204	94,01
De 1 à 2 salários mínimo	11	5,07
De 2 à 5 salários mínimo	2	0,92

As puérperas participantes da pesquisa referiram que tiveram entre uma a nove gestações, contudo, 108 (49,77%) delas eram primíparas, havia finalizado sua primeira gravidez no período da coleta dos dados.

Em relação ao número de consultas pré-natal realizadas pelas participantes do estudo, 76,50% referiram que realizaram mais de seis consultas e foram acompanhadas no pré-natal de risco habitual. No levantamento dos indicadores obstétricos verifica-se que a maioria apresentou indicadores de risco na gestação. Dentre os principais riscos obstétricos referidos estão presentes a Infecções do Trato Urinário-ITU (61,98%), etilismo (32,29%), seguido de Hipertensão Arterial Sistêmica Gestacional - HASG (19,27%) (Tabela 2).

Tabela 2. Características de risco obstétrico durante a gravidez de puérperas assistidas em maternidade de referência secundária para gestação de alto risco, Caruaru-PE, 2018.

Variáveis	n=192*	%
ITU	119	61,98
HASG	37	19,27
Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia	3	1,56
DMG	1	0,52
TPP	32	16,67
Tabagista	15	7,81
Etilista	62	32,29

*Algumas puérperas referiram mais de um risco obstétrico durante a gestação.

O mapa da trajetória percorrida pelas parturientes demonstra que a dinâmica do deslocamento se apresentou dentro de uma área constituída por municípios da II, III, IV, V, VI, X e XI Geres do Estado de Pernambuco. Os municípios da IV Geres (76,50%) foram os que mais transferiram gestantes para a maternidade estadual de Caruaru-PE (Tabela 3).

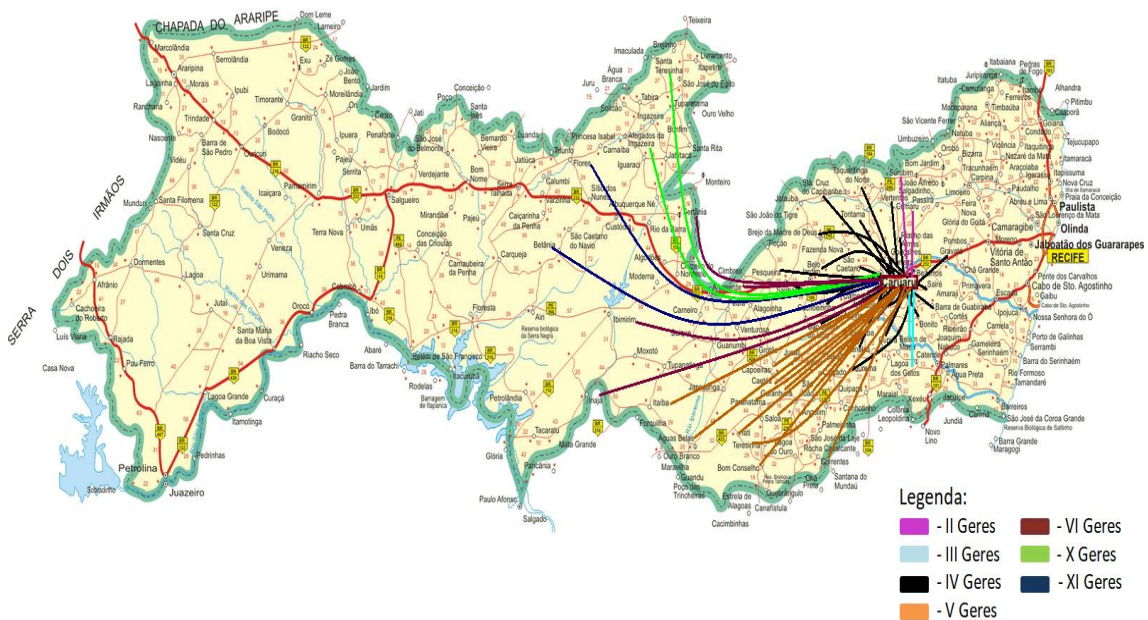
Tabela 3. Características das transferências por municípios.

Variáveis	n=217	%
II GERES		
Cumaru	3	1,38
Surubim	1	0,46
III GERES		
Belém de Maria	1	0,46
Lagoa dos Gatos	3	1,38
IV GERES		
Agrestina	4	1,84
Altinho	8	3,69
Barra de Guabiraba	1	0,46
Belo jardim	10	4,61
Bezerros	15	6,91
Bonito	3	1,38
Brejo da Madre de Deus	6	2,76
Cachoeirinha	5	2,30
Camocim de São Felix	7	3,23
Cupira	7	3,23
Gravatá	7	3,23
Ibirajuba	2	0,92
Jurema	1	0,46
Panelas	8	3,69
Pesqueira	5	2,30
Riacho das Almas	7	3,23
Sairé	2	0,92
Sanharó	1	0,46
Santa Cruz do Capibaribe	18	8,29
Santa Maria do Cambucá	1	0,46
São Bento do uma	9	4,15
São Caitano	7	3,23
São Joaquim do Monte	13	5,99
Tacaimbó	6	2,76
Taquaritinga	3	1,38
Toritama	9	4,15
Vertentes	1	0,46
V GERES		
Águas Belas	3	1,38
Bom Conselho	4	1,84
Brejão	2	0,92
Caetés	2	0,92
Calçado	1	0,46
Capoeiras	1	0,46
Correntes	1	0,46
Garanhuns	2	0,92
Iati	2	0,92
Itaiba	2	0,92
Jupí	4	1,84
Lajedo	2	0,92
Paranatama	1	0,46
Saloá	2	0,92
São João	1	0,46
Terezinha	1	0,46
VI GERES		
Arcoverde	1	0,46
Ibimirim	2	0,92
Inajá	1	0,46
Jatobá	1	0,46
Manari	1	0,46
Sertânia	2	0,92

X GERES		
Afogados da Ingazeira	1	0,46
Santa Terezinha	1	0,46
XI GERES		
Betânia	1	0,46
Flores	1	0,46

As distâncias que as participantes do estudo percorreram para receber assistência ao parto variaram de 23,7 km (da cidade de Toritama a Caruaru), trecho que pode ser percorrido em aproximadamente 32 minutos, até 294 km (da cidade de Betânia a Caruaru), distância que pode ser feita em aproximadamente 4 horas e 5 minutos (Figura 1).

Figura 1. Mapa de Pernambuco com características da trajetória das gestantes.



Em relação aos motivos da transferência para assistência ao parto no município de Caruaru, 64,98% das entrevistadas justificaram que em seus municípios não havia nível de assistência adequada para o atendimento que precisavam, ou seja, faltava maternidade de médio/alto risco em seu município de origem e/ou faltava Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) para o recém-nascido. Quanto à forma de transporte, 87% foram transferidas em ambulância e 76,04% delas precisaram passar por pelo menos duas maternidades para finalmente receberem assistência ao parto (Tabela 4).

Tabela 4. Características da peregrinação para assistência ao parto, Caruaru-PE, 2018

Variáveis	n=217	%
Motivos para as transferências		
Por falta de maternidade	9	4,15
Por falta de equipe médica e profissionais da área	63	29,03
Por falta de nível de assistência adequada para o parto	141	64,98
Outros	4	1,84
Tipo de transporte utilizado na transferência da gestante		
Ambulância	188	87
Carro Próprio	22	10
Carro de Terceiros	5	2
Táxi	2	1
Número de maternidades/hospitais que a gestante foi atendida antes da assistência ao parto		
1	40	18,43
2	165	76,04
3	11	5,07
>3	1	0,46

Após internamento na maternidade em Caruaru-PE, 192 (88,48%) participantes do estudo tiveram como desfecho assistência ao parto normal, destas 190 (87,56%) foram internadas já em processo de trabalho de parto.

4 DISCUSSÃO

A análise dos resultados apresentados nesse estudo torna visível o perfil sócio-demográfico e a trajetória de parturientes, usuárias do SUS, em busca de assistência no município de Caruaru-PE. A condição socioeconômica e o comportamento reprodutivo das mulheres estudadas evidenciaram um perfil compatível com usuárias do SUS, com baixa renda, baixa escolaridade e com taxa de fecundidade compatível com indicadores brasileiros (IBGE, 2010). Segundo levantamento estatístico do Registro Civil, divulgado pelo IBGE, as brasileiras estão se tornando mães mais tarde e o fenômeno da gravidez na adolescência está diminuindo no país (IBGE, 2010).

Por outro lado, embora os estudos nacionais revelem que a ocorrência de gestações na adolescência tenha sofrido discreta redução, especialmente nas regiões Sul e Sudeste do Brasil (VIEIRA et al., 2017), este estudo mostra que mais da metade das mulheres entrevistadas tinham menos de 25 anos e grande parte delas ainda eram adolescentes. O dado merece destaque porque a gravidez na adolescência permanece

apontada como propulsor ou agravante de uma situação de marginalidade econômica e vulnerabilidade social (NETO et al., 2008), além de predispor a gestante a maiores riscos obstétricos.

Outro número de destaque diz respeito à taxa de fecundidade brasileira, que em 1960 era de seis filhos por mulher, hoje é de 1,9 filhos (IBGE, 2010; SOARES; SCHOR, 2013), número de filhos semelhante ao da maioria das mulheres entrevistadas.

Quando analisada a frequência aos serviços de pré-natal, foi verificado que a maioria teve acesso a este tipo de assistência, com realização de seis ou mais consultas, em unidades do SUS. A assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades com a finalidade de identificar riscos e implementar medidas que visam melhorar a saúde para a mulher e para o conceito (NASCIMENTO et al., 2007). Embora a qualidade da assistência pré-natal não tenha sido objeto de estudo nesta pesquisa, é importante frisar que os dados encontram consonância com a prevalência de cobertura pré-natal do Brasil (GONÇALVES et al., 2014).

As ações de referência para as gestantes em trabalho de parto, preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), ainda apresentam falhas. Percebe-se que estas ações contemplam na maior parte mulheres portadoras de risco obstétrico durante o pré-natal. O pequeno número de leitos obstétricos de risco habitual acaba gerando um alto fluxo de gestantes em busca de atendimento no momento do parto, ocasionando uma peregrinação anteparto. Devido a isso, as gestantes têm que percorrer longas distâncias de uma maternidade à outra até conseguir atendimento (ALBUQUERQUE et al., 2011).

Segundo Queiroz, a acessibilidade, a formação de vínculos, a qualidade dos serviços e, conseqüentemente, a elevação da resolubilidade em todos os níveis de assistência, fazem parte das diretrizes que confirmam o desenvolvimento do SUS, garantindo uma assistência integral, equânime, conjugada nas ações de promoção e proteção à saúde (QUEIROZ et al., 2007).

No contexto brasileiro, apesar da legislação garantir acesso universal e equitativo, na prática, o acesso ainda é “seletivo, focalizado e excludente”. Mesmo após 20 anos da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos avanços relacionados à ampliação da oferta de serviços da rede básica de saúde, o acesso aos serviços de saúde ainda se constitui um desafio (MORAES et al., 2018).

A vinculação da gestante a uma maternidade de referência deve ser estabelecida pelo encaminhamento formal do profissional que a acompanha durante o pré-natal para o

serviço que irá assisti-la no momento do parto. Assim, as gestantes estariam informadas de qual serviço buscar e conheceriam a equipe que atua na maternidade na qual irão parir deixando-as mais seguras no momento do parto. Nesse sentido, a peregrinação de gestantes para o parto não deveria ser um problema de saúde pública na atualidade. Entretanto, esse fato é vivenciado por muitas gestantes em diferentes regiões do país (MORAES et al., 2018).

A busca da mulher por atendimento no momento do parto faz com que ela percorra vários serviços de saúde até consegui-lo. Isto ocorre por falta de vagas nas unidades que, na maioria das vezes, são especializadas, e a mulher acaba por peregrinar na busca por uma maternidade valendo-se de recursos próprios, favorecendo a elevação nos índices de complicações durante o parto em decorrência do estresse (RODRIGUES et al., 2015). A falta de maternidade em alguns municípios e falta de equipe profissional qualificada para assistência ao parto foram alguns dos motivos que estimularam a transferência de gestantes. Algumas delas percorreram grandes distâncias em transportes inadequados e sem o suporte da equipe de saúde, o que poderia ter trazido prejuízos à saúde materno-fetal.

A pesquisa Nascido no Brasil, informa que um dos principais fatores fortemente associados ao óbito neonatal é a peregrinação das gestantes, uma vez que gestantes em trabalho de parto se configuram como uma urgência e devem receber atendimento imediato no serviço de saúde (LANSKY et al., 2014). O acesso aos serviços em tempo oportuno e com qualidade são definidores de uma boa assistência, com a consequente redução dos índices de mortalidade materna e infantil (MORAES et al., 2018).

Considerando a questão do tipo de transporte, de acordo com a Portaria Rede Cegonha (BRASIL 2011 – Portaria 4.279/GM/MS), no âmbito SUS, deve haver o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil de modo a garantir a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro (RODRIGUES et al., 2015).

Esses dados evidenciam a precariedade da oferta de leitos obstétricos nos pequenos municípios do Estado e alertam para os riscos materno-fetais que uma transferência no momento do trabalho de parto pode trazer a tantas gestantes.

5 CONCLUSÃO

O estudo apresenta dados que mostram um real problema da saúde pública e que remetem a reflexão da necessidade da ampliação de leitos obstétricos nos municípios do

interior de Pernambuco, associado à presença de equipe qualificada que possa prestar assistência ao parto de alto risco e risco habitual, além da expansão de unidades de cuidados intensivos neonatais.

A solução desse problema perpassa pela mudança de investimentos, pactuação das instâncias da rede de cuidados, corresponsabilização do cuidado, além de respeito aos direitos da mulher. A oferta desses serviços reduziria os atuais índices de transferências de gestantes, com seu potencial risco, em busca de assistência qualificada ao parto.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. N., DE OLIVEIRA, Q. M., RAFAEL, R. D. M. R., TEIXEIRA, R. D. F. C. Um olhar sobre a peregrinação anteparto: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 3, n. 2, p. 1935-1946, 2011.

ASSUNÇÃO, Marina Figueiredo; SOARES, Raquel Cavalcante; SERRANO, Isadora. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde. *Serviço Social em Revista*, v. 16, n. 2, p. 05-35, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco*, 2010. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acessado em: 14 de janeiro de 2021.

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

CUNHA, S. F., AUREAN, J. D., RIOS, C. T. F., PESTANA, A. L., MOCHEL, E. G., PAIVA, S. S. Peregrinação no anteparto em São Luís–Maranhão. *Cogitare Enfermagem*, v. 15, n. 3, 2010.

GONÇALVES, L. A., FERREIRA, V. L., COSTA, L. C., ABREU, M. S. Avaliação dos registros do número de consultas de pré-natal no cartão da gestante, sanitas e sisprenatal. *RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, v. 11, n. 4, 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). *Síntese de indicadores sociais*, 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/0404sintese.shtm. Acessado em: 14 de janeiro de 2021.

LANSKY, S., FRICHE, A. A. L., SILVA, A. A. M., CAMPOS, D., BITTENCOURT, D. A. S., CARVALHO, M. L. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S192-S207, 2014.

MENEZES, D. C. S., LEITE, I. C., SCHRAMM, J. M. A., LEAL, M. C. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. 553-559, 2006.

MORAES, L. M. V. D., SIMÕES, V. M. F., CARVALHO, C. D. A., BATISTA, R. F. L., ALVES, M. T. S. S. D. B., THOMAZ, É. B. A. F., ... ALVES, C. M. C. Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, p. e00151217, 2018.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo; RODRIGUES, Quessia Paz; ALMEIDA, Mariza Silva. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador-Bahia. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 3, p. 311-315, 2007.

NETO, E. T. D. S., ALVES, K. C. G., ZORZAL, M., LIMA, R. D. C. D. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde e sociedade*, v. 17, p. 107-119, 2008

Queiroz, M. V. O., Jorge, M. S. B., Marques, J. F., Cavalcante, A. M., Moreira, K. D. A. P. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 16, n. 3, p. 479-487, 2007.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 759-768, 2009.

REZENDE, Ceny Longhi; SOUZA, José Carlos. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psicólogo informação*, v. 16, n. 16, p. 45-69, 2012.

RODRIGUES, D. P., ALVES, V. H., PENNA, L. H. G., PEREIRA, A. V., BRANCO, M. B. L. R., & SILVA, L. A. D. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015.

Secretária Estadual de Saúde [Internet]. Brasil: portal de saúde; 2019. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/iv-geres>. Acessado em: 14 de janeiro de 2021.

SOARES, Vânia Muniz Néquer; SCHOR, Neia. Perfil de mulheres com alta fecundidade em um grande centro urbano no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 1041-1050, 2013.

VIEIRA, E. M., BOUSQUAT, A., BARROS, C. R. D. S., ALVES, M. C. G. P. Gravidez na adolescência e transição para a vida adulta em jovens usuárias do SUS. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 25, 2017.

VIEIRA, S. M., BOCK, L. F., ZOCHE, D. A., PESSOTA, C. U. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 20, p. 255-262, 2011.