






Acesso aos serviços de atenção ao parto no interior de Pernambuco, Nordeste do Brasil

Régia Maria Batista Leite^I , Thália Velho Barreto de Araújo^{II} , Maria Rejane Ferreira da Silva^{III} , Antônio da Cruz Gouveia Mendes^{IV} , Maria do Socorro Veloso de Albuquerque^{IV} 

^I Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Aggeu Magalhães. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Recife, PE, Brasil

^{II} Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Médicas. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, PE, Brasil

^{III} Universidade de Pernambuco. Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Recife, PE, Brasil

^{IV} Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Aggeu Magalhães. Departamento de Saúde Pública. Recife, PE, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o acesso de mulheres atendidas na rede pública aos serviços de atenção ao parto, destacando-se as barreiras relacionadas à dimensão “disponibilidade e acomodação” em uma macrorregião de saúde de Pernambuco.

MÉTODOS: Estudo ecológico, realizado a partir dos registros de partos hospitalares do Sistema de Informação Hospitalar e de informações da Central de Regulação de Leitos do estado sobre mulheres residentes na macrorregião de saúde II, em 2018. Analisou-se os deslocamentos, considerando a distância geográfica entre o município de residência e o de ocorrência do parto, o tempo estimado do deslocamento das gestantes, a proporção de plantões bloqueados para admissão das gestantes para o parto e o motivo da indisponibilidade.

RESULTADOS: Em 2018, a macrorregião de saúde II realizou 84% dos partos de risco habitual e 46,9% de alto risco. Os demais partos de alto risco (51,1%) ocorreram na macrorregião I, sobretudo no Recife. A maternidade de referência para partos de alto risco dessa macrorregião teve 30,4% dos dias de plantões diurnos bloqueados para admissão de partos e 38,9% dos noturnos; o principal motivo foi a dificuldade em manter a equipe completa no serviço.

CONCLUSÕES: Mulheres residentes na macrorregião de saúde II de Pernambuco enfrentam grandes barreiras de acesso em busca de atendimento hospitalar para o parto, percorrendo grandes distâncias, mesmo quando gestantes de risco habitual, levando à peregrinação em busca dessa assistência. Há dificuldade de disponibilidade e acomodação nos serviços de alto risco e de emergências obstétricas, com insuficiente capacidade física e de recursos humanos. A rede de atenção obstétrica na macrorregião II de Pernambuco não está estruturada para garantir um acesso equânime à assistência das gestantes no momento do parto, o que evidencia a necessidade de sua reestruturação em aproximação ao preconizado pela Rede Cegonha.

DESCRITORES: Serviços de Saúde Materno-Infantil, provisão & distribuição. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde. Estudos Ecológicos.

Correspondência:

Régia Maria Batista Leite
Rua Capitão Pedro Rodrigues, s/n
São José
55.294-902 Garanhuns, PE, Brasil
E-mail: regia.leite@upe.br

Recebido: 26 out 2021

Aprovado: 18 mar 2022

Como citar: Leite RMB, Araújo TVB, Ferreira-da-Silva MRF, Mendes ACG, Albuquerque MSV. Acesso aos serviços de atenção ao parto no interior de Pernambuco, Nordeste do Brasil. Rev Saude Publica. 2023;57:7. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004335>

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Nas três últimas décadas, o Brasil vem apresentando avanços na atenção à saúde das mulheres, em decorrência de esforços e iniciativas do governo e da sociedade, em especial do movimento organizado de mulheres. No entanto, ainda persistem elevados níveis de morbimortalidade materna, fetal e neonatal evitáveis¹.

Essa persistente situação justificou a implantação de vários programas, políticas e estratégias de saúde, entre elas a Rede Cegonha (RC), lançada em 2011, como estratégia para organização da assistência materna e infantil, com o objetivo de mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento e de redução da morbimortalidade materna e neonatal².

Essa mudança de modelo da atenção obstétrica e neonatal foi discutida por gestores nas diversas regiões de saúde do país, inclusive com a adesão da macrorregião de saúde II de Pernambuco³, firmando-se compromissos de alteração das práticas de atenção ao parto e nascimento^{4,5}. Essa organização da rede é importante para assegurar o acesso das mulheres aos serviços de saúde, em especial aos de atenção ao parto, evitando a ocorrência de fluxos desordenados de gestantes, que podem levar à peregrinação das mulheres em busca de atendimento para o parto⁶. Um aspecto importante para superar as dificuldades de acesso é a organização dessa rede para que vença a persistência de grandes diversidades na distribuição e na qualidade dos serviços ofertados, entre regiões e macrorregiões de saúde⁷.

No entanto, sabe-se que apesar dos diversos esforços para prover ações e serviços nas regiões de saúde, concorda-se com Shimizu et al.⁸ quando dizem que o acesso aos serviços de saúde, sobretudo os de maior complexidade, aos serviços especializados e a hospitais com mais recursos tecnológicos, é difícil, exigindo que os usuários percorram grandes distâncias para conseguirem o atendimento necessário.

Nesse sentido, entende-se que o acesso aos serviços de saúde é um componente importante em todos os sistemas de saúde. Entretanto, não há consenso na literatura sobre o seu conceito^{9,10}, variando entre autores e mudando ao longo do tempo¹¹. Para efeito do presente artigo, adotou-se o conceito de acesso sistematizado por Levesque et al.¹², em que é definido como a oportunidade de alcançar e obter serviços de saúde adequados em situações de necessidade percebida de cuidados, sendo resultado da interface entre as características de pessoas, famílias, ambientes sociais e físicos e as características dos sistemas, organizações e prestadores de saúde.

Em seu modelo teórico os autores formularam cinco dimensões que envolvem o conceito de acesso (acessibilidade, aceitabilidade, disponibilidade e acomodação, acessibilidade financeira e adequação) e cinco respectivas capacidades individuais dos usuários (capacidade de perceber; de procurar; de alcançar; de pagamento; de se envolver). Neste artigo optou-se por trabalhar com a dimensão “disponibilidade e acomodação”, que abarca a existência física e o potencial de produção do serviço e envolve os aspectos estruturais, as instalações, a distribuição, os recursos humanos, os contextos e a geografia urbana. Configura-se no fato de alcançar um serviço de saúde e em tempo oportuno¹².

Nessa direção, considerou-se importante analisar o acesso de mulheres atendidas na rede pública aos serviços de atenção ao parto na macrorregião de saúde II de Pernambuco, destacando-se as barreiras relacionadas à dimensão “disponibilidade e acomodação”.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo ecológico de base populacional a partir dos registros de partos hospitalares do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e de informações da Central de

Regulação de Leitos do Estado de Pernambuco sobre mulheres residentes na macrorregião de saúde II do estado, no período entre primeiro de janeiro e 31 de dezembro de 2018.

Em Pernambuco, a organização da rede está normatizada no Plano Diretor de Regionalização (PDR), com a redefinição da organização territorial do estado em 12 regiões de saúde agrupadas em quatro macrorregiões de saúde, com o objetivo de subsidiar a organização da rede de saúde de forma regionalizada, hierárquica e resolutive³. A macrorregião de saúde II está localizada no Agreste do Estado de Pernambuco e é composta pelas regiões de saúde IV e V. A IV região de saúde possui sede administrativa em Caruaru e compreende 32 municípios, com uma população de 1.324.382 habitantes³ (415.471 mulheres em idade fértil) e dispõe de uma maternidade que é a referência da macrorregião II para gestantes de alto risco, mas sem UTI para essas gestantes. A V região de saúde, com sede administrativa no município de Garanhuns, é composta por 21 municípios e 534.793 habitantes³ (163.667 mulheres em idade fértil) e possui uma maternidade regional para atendimento de gestantes de risco habitual.

Para analisar o acesso por meio da dimensão “disponibilidade e acomodação”, proposta por Levesque et al.¹², foram utilizados os deslocamentos das mulheres por meio das variáveis: distância percorrida pelas mulheres em busca de assistência ao parto de risco habitual e de alto risco obstétrico e o tempo de deslocamento entre o município de residência e o de ocorrência. Também foram analisadas variáveis relacionadas ao serviço de atendimento a partos de alto risco obstétrico, referência para as mulheres da macrorregião II, para isso foram utilizadas as seguintes variáveis: proporção de dias de plantões diurnos e noturnos fechados para admissão de gestantes no momento do parto e o motivo do fechamento dos plantões, a partir de informações da Central de Regulação de Leitos de Pernambuco, que funciona com o apoio de um *call center*, que recebe ligações de todas as unidades de saúde do Estado que lidam com casos de urgência/emergência, UTI e obstetrícia. A central consolida as informações sobre as demandas e os atendimentos realizados.

As distâncias intermunicipais foram geoprocessadas a partir de cálculos das distâncias entre os centroides dos municípios de residência e ocorrência. No cálculo do deslocamento geográfico, não foram considerados os deslocamentos intramunicipais; portanto, se o parto ocorreu no próprio município de residência, a distância foi igual a zero, segundo metodologia proposta por Almeida et al¹³.

As distâncias geográficas e o tempo de deslocamento foram calculados estimados e agrupados em cinco categorias (< 30km/30min.; ≥ 30 - < 60km/30 a 60min.; ≥ 60 - < 90km; ≥ 90km < 120km/90 a 120min.; e < 120km/acima de 120 min.), incluindo todos os municípios da macrorregião II, levando em consideração as gestantes na ocasião por partos de risco habitual e de alto risco, de acordo as definições do Ministério da Saúde, incorporadas pelo SIH. O banco do SIH e as informações sobre o funcionamento dos plantões foram cedidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Para a análise dos deslocamentos das gestantes foram construídos mapas de fluxo por meio do programa ArcGIS 10.4, diferenciados para gestantes com partos de risco habitual e para gestantes com partos de alto risco, tendo como unidade de análise as regiões de saúde e a macrorregião de saúde.

Os mapas de fluxo representam o deslocamento das mulheres no espaço, demonstrando o movimento por meio de vetores traçados para representar o itinerário percorrido pelas gestantes, caracterizados por meio de espessuras proporcionais ao número de partos. Os fluxos foram categorizados para as gestantes de partos de risco habitual: IV região de saúde (11–50 partos; 51–100 partos; e ≥ 101 partos) e para a V região de saúde (11–50; 51–100; e ≥ 101 partos). Já para os partos de gestantes de alto risco, os fluxos foram definidos da mesma forma para as duas regiões de saúde: 1–10 partos; 11–50 partos; 51–100 partos; e ≥ 101 partos. Nesse sentido, o fluxo dominante foi definido

como o maior fluxo (a partir de 10 partos) de cada município, o que permitiu identificar o arcabouço da rede de ligações¹⁴.

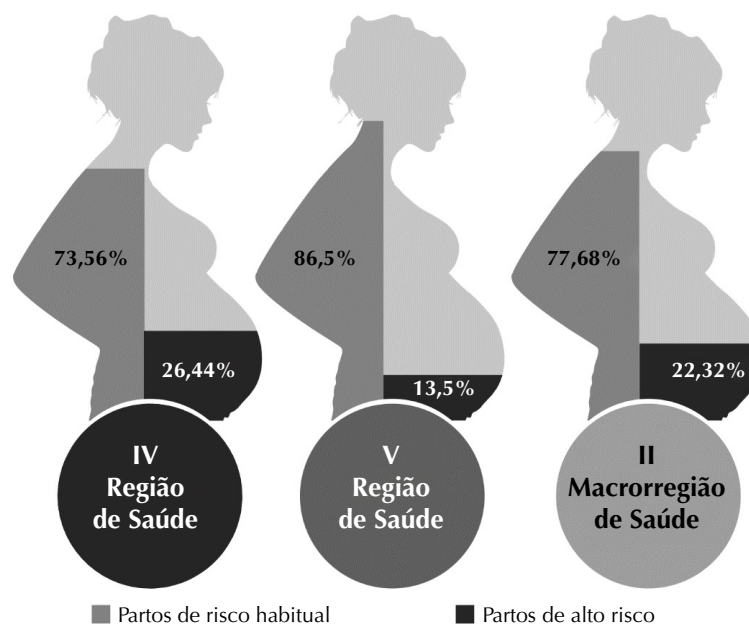
O estudo dos fluxos é componente fundamental para observação de questões ligadas ao acesso, identificando as distâncias percorridas¹⁴, ajudando a identificar a organização dos serviços em rede regionalizada. Do mesmo modo, a organização do serviço de atenção ao parto de alto risco obstétrico também se configura um importante componente de “disponibilidade e acomodação” para observar em que medida o serviço está estruturado na macrorregião de saúde para diminuir barreiras de acesso.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz, conforme Resolução 510/16, sob CAAE n. 637967174.0000.5190.

RESULTADOS

Em 2018, 77,7% dos partos ocorridos na macrorregião de saúde II foram classificados como de risco habitual e 22,3% de alto risco. Ao considerar as regiões de saúde, verificou-se que 26,4% dos partos de gestantes de alto risco foram de residentes na IV região de saúde, enquanto na V região esse valor foi de 13,5% (Figura 1).

No que se refere ao local de realização dos partos, observou-se que 84% dos partos de gestantes de risco habitual foram realizados na própria macrorregião de saúde II. Todavia, ao serem analisados os partos de risco habitual e de alto risco obstétrico ocorridos fora da região de residência, observou-se que 66,4% dos partos de gestantes de risco habitual ocorrem em municípios com distância de até 30 km e, 17,1% ocorrem em municípios com mais 120 km. Com relação aos partos de gestantes de alto risco, 49,1% das mulheres necessitaram se deslocar mais de 120 km, demorando mais de duas horas de viagem para ter o parto ou emergência obstétrica atendida. Esses resultados demonstram que muitas mulheres tiveram que se deslocar para municípios muito distantes para conseguir assistência, mesmo sendo gestantes de risco habitual (Tabela 1).



Fonte: SIH/Datasus, 2018.

Figura 1. Proporção de partos de risco habitual e alto risco segundo região de saúde de residência e macrorregião de saúde II, 2018.

Tabela 1. Distribuição dos partos de risco habitual e de alto risco obstétrico, segundo os deslocamentos geográficos e o tempo de deslocamento, macrorregião de saúde II de PE, 2012.

Partos de risco habitual				Partos de alto risco			
Deslocamento geográfico	Tempo de deslocamento	Nº de partos	% de partos	Deslocamento geográfico	Tempo de deslocamento	Nº de partos	% de partos
< 30 km	Até 30 minutos	1.557	21,22	< 30 km	Até 30 minutos	311	6,30
≥ 30 km e < 60 km	De 30 a 60 minutos	2.841	38,72	≥ 30 km e < 60 km	De 30 a 60 minutos	978	19,82
≥ 60 km e < 90 km	De 60 a 90 minutos	1.329	18,11	≥ 60 km e < 90 km	De 60 a 90 minutos	1.015	20,57
≥ 90 km e < 120 km	De 90 a 120 minutos	620	8,45	≥ 90 km e < 120 km	De 90 a 120 minutos	205	4,16
< 120 km	Acima de 120 minutos	991	13,50	< 120 km	Acima de 120 minutos	2.425	49,15
Total		7.338	100,00			4.934	100,00

Fonte: SIH/Datasus, 2018.

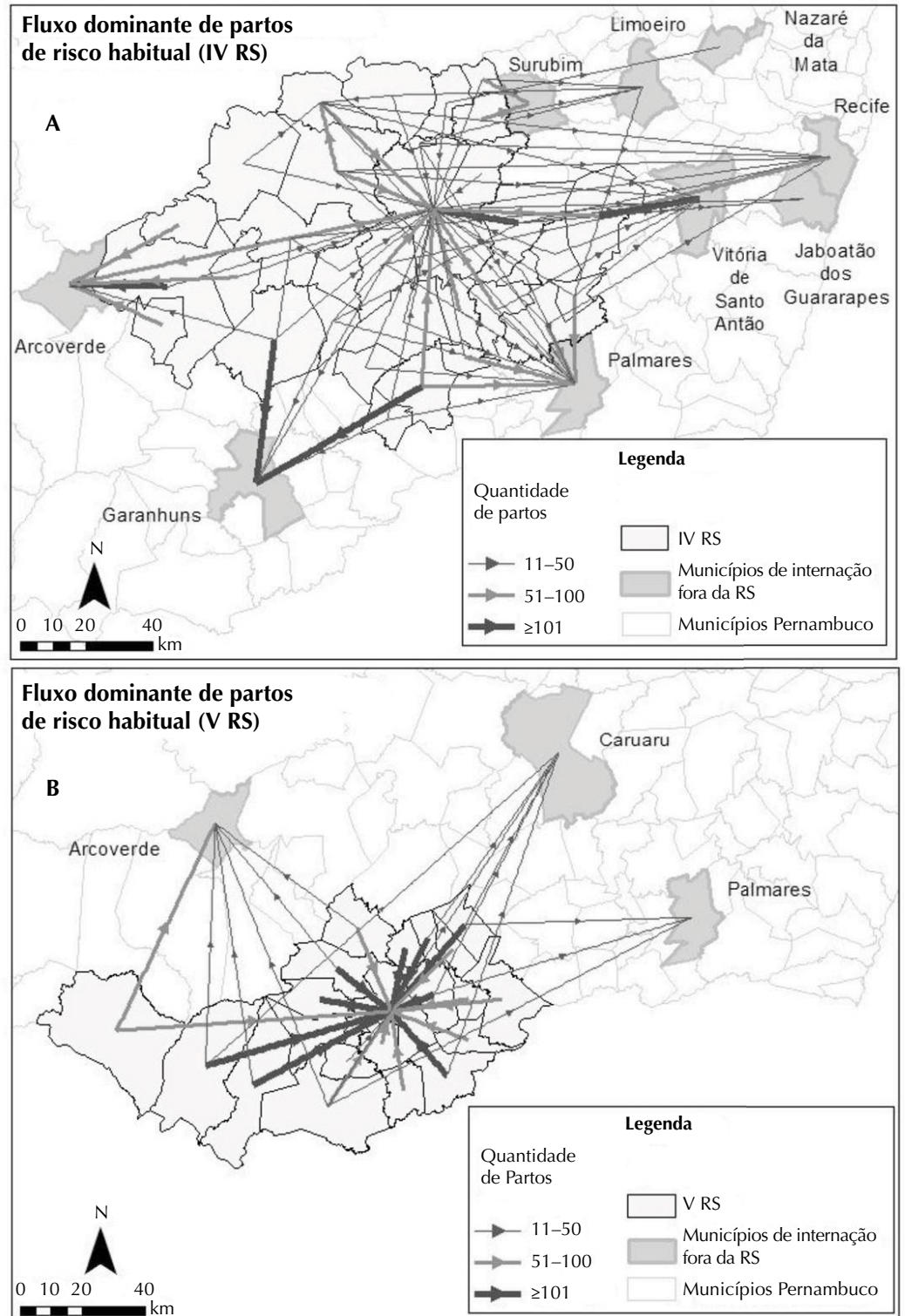
Na Figura 2, pode-se observar na análise espacial como essas distâncias são percorridas por meio do fluxo dominante dos deslocamentos das gestantes de risco habitual para realização do parto nas regiões de saúde IV (A) e V (B). Os municípios fora da IV região, que realizaram partos de risco habitual de mulheres residentes na mesma região, foram: Arcoverde, Garanhuns, Palmares, Surubim, Vitória de Santo Antão, Limoeiro, Jaboatão dos Guararapes e Recife; para as mulheres da V região foram: Arcoverde, Caruaru e Palmares.

A IV região de saúde conseguiu realizar 75,2% dos partos de gestantes de risco habitual dentro do seu território, enquanto a V região realizou 87,8% desses partos. Ao considerar os dois maiores municípios da macrorregião II, verificou-se que Caruaru e Garanhuns realizaram 97% e 97,3% desses partos em seu território, respectivamente. Entretanto, para os municípios menores, quase a metade das mulheres tiveram seus filhos fora do seu município de residência.

Quando analisados apenas os partos de gestantes de alto risco, a maternidade de referência da macrorregião II realizou apenas 46,9% dos partos de municípios residentes nessa macrorregião. Como consequência, os demais partos de gestantes de alto risco foram realizados na macrorregião I, sobretudo nos municípios de Recife (89,1%) e Vitória de Santo Antão (10,7%). Dos partos de gestantes de alto risco de mulheres residentes na IV região (Figura 3 (A)), 51,7% foram realizados na própria macrorregião II e os demais na macrorregião I. Do total de partos encaminhados, 88,2% foram realizados no Recife e 11,8% em Vitória de Santo Antão. O município de Caruaru, sede da maternidade de referência para partos de gestantes de alto risco da macrorregião II, encaminhou 52,8% desses partos (2.621 partos) para a macrorregião I, dos quais 92,9% (2.336) foram para o município de Recife, 7,1% (280) para Vitória de Santo Antão e 0,2% para outros municípios da macrorregião I.

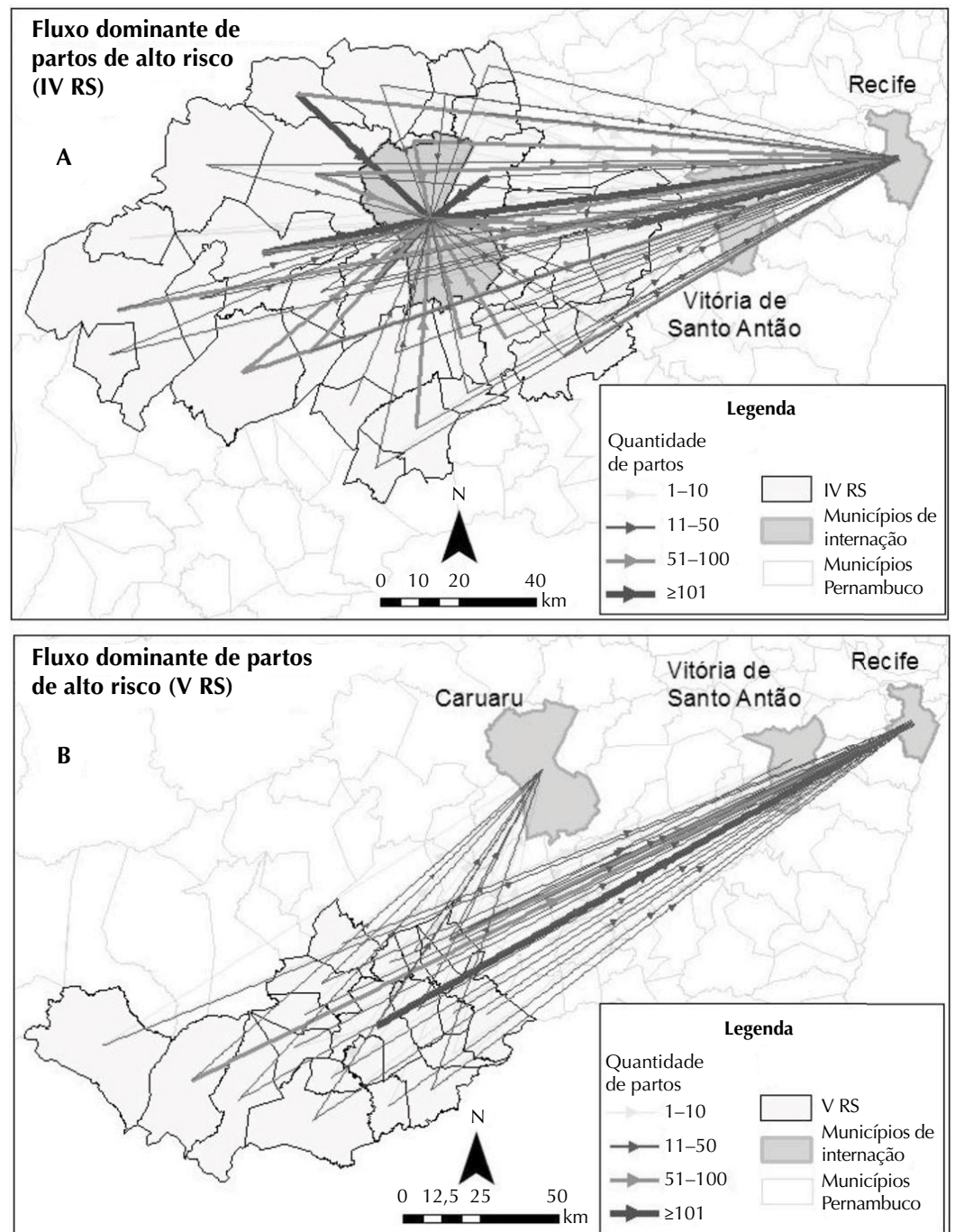
Dos partos de gestantes de alto risco de residentes na V região apenas 26,9% foram realizados na macrorregião II e o restante fora encaminhado para macrorregião I, principalmente para os municípios de Recife e Vitória de Santo Antão (Figura 3 (B)). Ressalta-se que mulheres residentes na V região podem percorrer uma distância de até 335 km para Recife em busca de assistência obstétrica de alto risco, como é o caso do município de Itaíba. O município de Águas Belas, distante 184 km do município sede da macrorregião II e 315 km de distância do Recife, teve 72,9% dos partos de gestantes de alto risco realizados no município do Recife (86 partos) e 27,1% em Caruaru (32 partos).

Com relação a assistência obstétrica de gestantes de alto risco, em 2018, a maternidade de referência da macrorregião de saúde II, teve 30,4% dos plantões diurnos e 38,9% dos noturnos fechados para admissão de gestantes (Figura 4) e o principal motivo para fechamento dos plantões foi a incompletude da equipe de plantão.



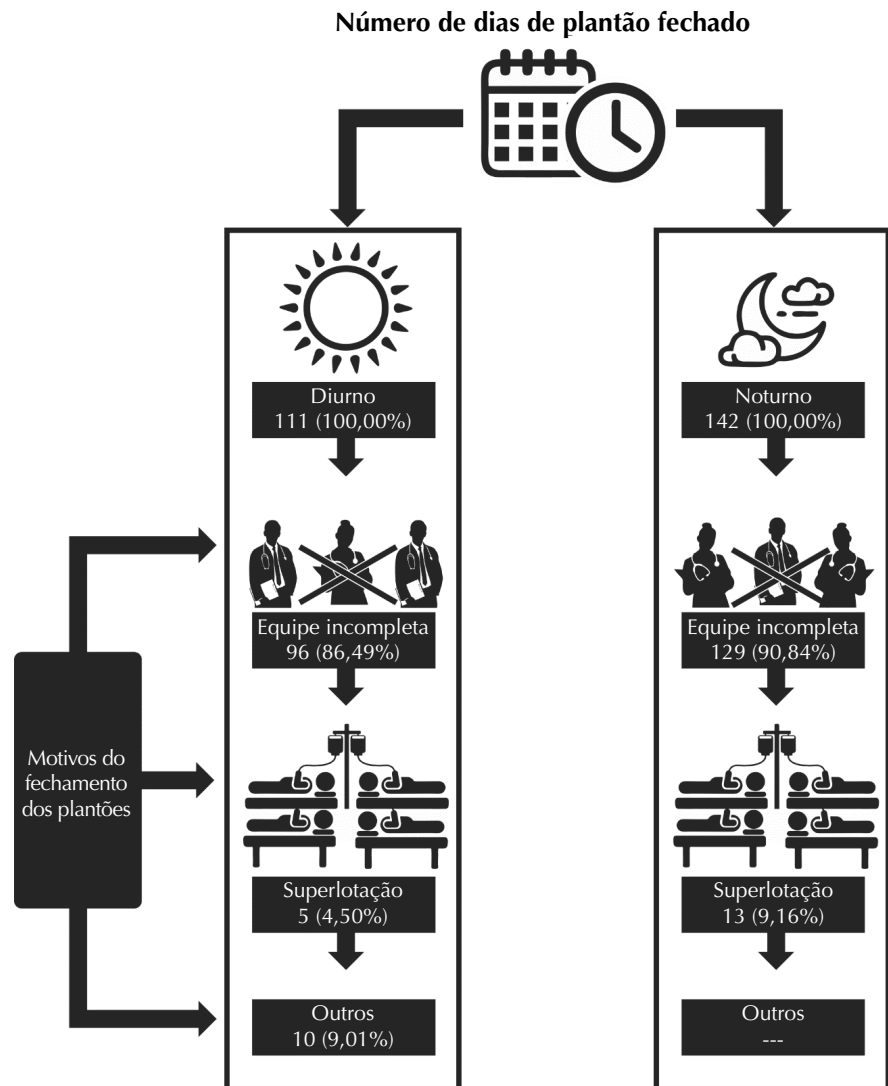
Fonte: SIH/Datasus, 2018.

Figura 2. Fluxo dominante dos deslocamentos de gestantes com partos de risco habitual da IV região de saúde (a) e V região de saúde (b), em 2018.



Fonte: SIH/Datasus, 2018.

Figura 3. Fluxo dominante dos deslocamentos de gestantes com partos de alto risco da IV região de saúde (a) e da V região de saúde (b) em 2018.



Fonte: Fonte: SES/GRH/Regmed, 2018.

Figura 4. Número de dias de plantão fechado para admissão ao parto e o motivo do fechamento, maternidade de referência da macrorregião de saúde II, 2018.

DISCUSSÃO

A determinação do risco de uma gestação é importante para se desenvolver ações que possam reduzir a morbimortalidade materna e infantil. Neste estudo, foram consideradas de alto risco 22,3% das gestações analisadas. Esses achados são próximos daqueles encontrados por Viellas et al.¹⁵, em inquérito de base nacional, evidenciando que um quarto das gestantes da região Nordeste eram considerados alto de risco, principalmente aquelas pertencentes aos extremos etários (menores de 15 anos e mulheres com 35 anos ou mais de idade), com três ou mais gestações anteriores e aquelas com desfechos negativos em gestações anteriores.

A V região de saúde apresentou menores proporções de gestantes de alto risco, o que possivelmente se deve à classificação inadequada dos partos quanto ao risco, já que nessa região não existe maternidade para atender ao alto risco obstétrico. A maternidade de referência para essa região está localizada na IV região de saúde. Esse fato leva a uma falsa impressão de que entre as mulheres residentes na V região há menor proporção de gestantes de alto risco obstétrico, quando, na verdade, o que ocorre é que, na ausência de um serviço obstétrico de alto risco adequado, muitas mulheres realizam esse tipo de parto em maternidades de referência para risco habitual.

A organização das regiões de saúde e macrorregiões são instâncias importantes para garantia de acesso aos serviços de saúde, entretanto sua conformação não garante que o acesso a esses serviços seja facilitado. Embora se reconheça os esforços realizados para organização dos serviços em escala macro, ainda permanece a dificuldade de acesso aos serviços de maior complexidade. Ademais, há dificuldades na organização dos sistemas locais⁸.

Na perspectiva da atenção obstétrica, a Rede Cegonha preconiza a garantia, por parte dos municípios, de acesso ao atendimento das gestantes e, se necessário, o encaminhamento a serviços de diferentes densidades tecnológicas². Altos percentuais de deslocamentos das gestantes em busca de um local para o parto demonstram barreiras de acesso. Um importante componente da rede para superação das barreiras de acesso é a vinculação da gestante ao local do parto, entretanto, pesquisadores já observaram, em estudo de abrangência nacional, que somente 58,7% das gestantes entrevistadas receberam orientação sobre a vinculação à maternidade de referência para o parto¹⁶.

Uma das alternativas para estruturação da Rede Cegonha nas macrorregiões de saúde para evitar deslocamentos desnecessários e, conseqüentemente, melhorar o acesso é a implantação dos Centros de Parto Normal (CPN), que têm como objetivo contribuir para a redefinição do modelo assistencial ao parto, resgatando o direito à privacidade e à dignidade da mulher ao dar à luz num local próximo ao seu ambiente familiar, com recursos tecnológicos apropriados em casos de eventual necessidade¹⁷.

Com relação às gestantes de alto risco, muitas mulheres tiveram que realizar grandes deslocamentos, com mais de duas horas de viagem para realização do parto na macrorregião I, evidenciando barreiras de acesso para serviços de maior complexidade. Esse fato já foi apontado por Almeida et al.¹³, quando observou diferenças na oferta dos serviços de atenção ao parto entre as regiões e estados do Brasil.

Em Pernambuco há uma concentração de serviços de atenção ao alto risco obstétrico na macrorregião I, principalmente na capital do estado. Nas Macrorregiões II e IV existem duas maternidades de alto risco. Porém, na macrorregião II não existe Unidade de Terapia Intensiva (UTI) obstétrica, embora tenha Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) neonatal. Esse cenário revela a não incorporação do conceito de acesso, em especial da dimensão “disponibilidade e acomodação”¹², refletindo na desorganização da rede de assistência obstétrica.

Essa inadequação também tem sido documentada em pesquisa realizada em todas as regiões do Brasil¹⁸. Em Pernambuco só existem duas UTIs obstétricas, uma situada na capital e outra no sertão do estado. A demora no acesso ao serviço contribui para o agravamento de muitas situações quando da ocorrência de complicações obstétricas.

A excessiva ocupação de leitos obstétricos na macrorregião I, em razão de sua concentração de serviços de atenção ao alto risco, tem como conseqüência o deslocamento das mulheres residentes para outros municípios⁶. Por outro lado, Silva et al.¹⁹ identificaram que a maioria das usuárias atendidas na rede de saúde do Recife residiam fora da capital, evidenciando a desestruturação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco, levando à peregrinação das mulheres em busca de um local adequado para o parto, fato também já observado em outro estudo²⁰.

A peregrinação por ocasião do parto também foi documentada em outros estudos de abrangência nacional, onde o Nordeste apresentou os piores resultados (25,1%)¹⁵, bem como em pesquisa realizada em São Luiz e Ribeirão Preto²¹.

Embora a existência de rede regionalizada pressuponha deslocamentos entre os pontos de atenção, essas transferências devem acontecer de forma coordenada, mediante fluxos organizados e por meio de protocolos bem definidos, evitando a peregrinação e, conseqüentemente, ampliando o acesso das mulheres aos serviços de saúde. Todavia, os achados da presente pesquisa revelaram a persistência de dificuldades na oferta de

atenção ao alto risco obstétrico, sobretudo quando se observa uma elevada proporção de plantões fechados, principalmente em razão da insuficiência de profissionais. Esse fato pode desacreditar o serviço, fazendo com que as mulheres busquem atendimento em outras unidades de saúde.

Na macrorregião II a falta de profissionais, sobretudo médicos, é um problema recorrente, já constatado por Araújo²², em 2012, que verificou, embora existissem leitos obstétricos em número suficiente, que havia um déficit de aproximadamente 40% de obstetras e de mais de 50% de anestesistas. Diversos autores têm apontado que a “ausência de médico plantonista” foi a principal dificuldade de acesso das mulheres em conseguir atendimento para realização do parto na primeira unidade de saúde procurada^{6,23}.

A pesquisa Região e Redes, realizada nas cinco regiões brasileiras, apontou a insuficiente capacidade física e indisponibilidade de recursos humanos, além dos grandes vazios assistenciais ainda presentes em todo território brasileiro, como pontos importantes que contribuem para dificultar a política de regionalização no país, tendo como consequência a desarticulação dos serviços²³.

Nesta pesquisa, observou-se barreiras de acesso das gestantes, principalmente para aquelas com partos de alto risco obstétrico, fato preocupante na perspectiva do agravamento dos problemas para o acesso à rede de atenção obstétrica, em razão da pandemia da covid-19²⁴. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde fora do alcance das mulheres em tempo adequado e oportuno é considerada uma violação dos direitos humanos.

O desenho do estudo apresentou algumas limitações. Usar o centroide e não o endereço da mulher para calcular a distância é uma limitação considerável, pois a distância para o serviço do mesmo município pode ser maior do que para chegar ao serviço de um município vizinho, inclusive de outra macrorregião de saúde.

Outra limitação é que a análise do acesso não contemplou aspectos como custo e meios de transporte utilizados para os deslocamentos, não sendo possível identificar os motivos da realização de longos percursos em busca de atendimento hospitalar para o parto. Isso revela que a opção por trabalhar com uma das cinco dimensões do acesso (disponibilidade e acomodação) trouxe limitações à análise, já que essas dimensões são interrelacionadas.

Sendo assim, sugere-se que estudos futuros possam trazer para a análise a experiência das mulheres que estão na busca por serviços saúde, os aspectos dos indivíduos, dos serviços e do contexto em que estão inseridos. No entanto, é indiscutível como, a partir da dimensão disponibilidade e acomodação, foi possível observar que muitas mulheres do interior de Pernambuco percorrem longas distâncias em busca de assistência obstétrica.

Essa não é apenas uma realidade local, sendo amplamente evidenciada em outras regiões do Brasil²⁵. Ademais, embora considere-se que no Brasil tenha tido uma melhoria no acesso de usuárias às boas práticas e às tecnologias apropriadas ao parto, sobretudo na região Nordeste, com influência da Rede Cegonha nesse processo, conforme demonstram Leal et al.²⁶, os achados da presente pesquisa revelam que ainda persistem problemas relacionados à dimensão de acesso no que se refere a disponibilidade e acomodação como evidenciado na Macrorregião II de Pernambuco. Assim, considera-se que a rede de atenção obstétrica no estado não está estruturada para garantir um acesso equânime à assistência ao parto, o que evidencia a necessidade de sua reestruturação e aproximação com o preconizado pela Rede Cegonha.

REFERÊNCIAS

1. Gama SGN, Thomaz EBAF, Bittencourt SDA. Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. *Cienc Saude Colet*. 2021;26(3):772. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41702020>

2. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF; 2011 [citado 15 abr 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
3. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Plano Diretor de Regionalização. Recife, PE: SES; 2011 [citado 10 jul 2020]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/documentos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/plano-diretor-de-regionalizacao-2011>
4. Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vanconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis*. 2013;23(4):1297-316. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>
5. Andrade MAC, Lima JBMC. O Modelo Obstétrico e Neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: Ministério da Saúde (BR); Universidade Federal do Ceará. Humanização do parto e nascimento. Brasília, DF; MS; 2004 [citado 15 abr 2020]. p. 19-46. (Cadernos HumanizaSUS; v.4). Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf
6. Rohr LK, Valongueiro S, Araújo TVB. Assistência ao parto e inadequação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco. *Rev Bras Saude Mater. Infant*. 2016;16(4):447-55. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000400006>
7. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Sá DA, Souza WV, Lyra TM. Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade. *Rev Saude Publica*. 2014;48(4):682-91. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004605>
8. Shimizu HE, Carvalho AL, Brêtas Júnior N, Capucci RR. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. *Cien Saude Colet*. 2021;26 Supl 2:3385-96. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23982019>
9. McIntyre D, Thiede M, Birch S. Access as a policy-relevant concept in low- and middle- income countries. *Health Econ Policy Law*. 2009;4(Pt 2):179-93. <https://doi.org/10.1017/S1744133109004836>
10. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012;31(3):260-8.
11. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20 Supl 2:190-8. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
12. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
13. Almeida WS, Szwarcwald CL. Mortalidade infantil e acesso geográfico ao parto nos municípios brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2012;46(1):68-76. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000003>
14. Santos SM, Barcellos C, organizadores. Abordagens espaciais na saúde pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [citado 15 abr 2020]. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde; 1). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/serie_geoproc_vol_1.pdf
15. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30 Supl 1:S85-100. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>
16. Pacagnella RC, Nakamura-Pereira M, Gomes-Sponholz F, Aguiar RALP, Guerra GVQL, Diniz CSG, et al. Maternal mortality in Brazil: proposals and strategies for its reduction. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018;40(9):501-6. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1672181>
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, DF; 2015 [citado 10 jul 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html
18. Bittencourt SDA, Domingues RMSM, Reis LGC, Ramos MM, Leal MC. Adequacy of public maternal care services in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13:120. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0229-6>

19. Silva TJP, Queiroz MVO, Campos Neto FH, Pennafort VPS. Attention to the parturient adolescent: access and reception - a descriptive study. *Online Braz J Nurs.* 2013;12(4):872-81. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20134263>
20. Pinheiro HDM. Do domicílio ao parto: avaliação do acesso às maternidades de alto risco da cidade do Recife – PE [dissertação]. Recife, PE: Universidade Federal de Pernambuco; 2014 [citado 10 jul 2020]. 80 p. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/12956>
21. Moraes LMV, Simões VMF, Carvalho CA, Batista RFL, Alves MTSSB, Thomaz EBAS, et al. Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. *Cad Saude Publica.* 2018;34(11):e00151217. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151217>
22. Araujo FRF. A bioética da proteção e as implicações morais no acesso desigual ao parto: o caso de uma maternidade de referência no agreste de Pernambuco [dissertação]. Recife, PE: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2012. 127 p.
23. Viana ALVD, Bousquat A, Ferreira MP, Cutrim MAB, Uchimura LYT, Fusaro ER, et al. Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2017;17 Supl 1:S17-26. <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700s100002>
24. Souza ASR, Amorim MMR. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2021;21 Supl 1:S257-61. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100014>
25. Furtado EZL, Gomes KR, Gama SGN. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2016;50:23. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005396>
26. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Vilela MEA, Alves MTSSB, Neri MA, Queiroz RCS, et al. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. *Cien Saude Colet.* 2021;26(3):823-35. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.06642020>

Financiamento: Universidade Federal de Pernambuco – Brasil (Edital PROPG nº 02/2021 – Auxílio Financeiro ao Pesquisador).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: RMBL, TVBA, ACGM, MRFS, MSVA. Coleta, análise e interpretação dos dados: RMBL, TVBA, MSVA. Elaboração ou revisão do manuscrito: RMBL, TVBA, MSVA. Aprovação da versão final: RMBL, TVBA, ACGM, MRFS, MSVA. Responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo: RMBL.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.