

**MARTA OLIVEIRA BARRETO**

**O PARTO NA MATERNIDADE VINCULADA:  
UM DIREITO AINDA NÃO ALCANÇADO NA REGIÃO NORDESTE**

**Brasília, 2013**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MARTA OLIVEIRA BARRETO**

**O PARTO NA MATERNIDADE VINCULADA: UM DIREITO AINDA NÃO  
ALCANÇADO NA REGIÃO NORDESTE**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leonor Maria Pacheco Santos

Brasília

2013

**MARTA OLIVEIRA BARRETO**

**O PARTO NA MATERNIDADE VINCULADA: UM DIREITO AINDA NÃO  
ALCANÇADO NA REGIÃO NORDESTE**

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

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leonor Maria Pacheco Santos (Orientadora)**

Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Leal**

Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daphne Rattner**

Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, responsáveis pela minha existência.

Ao meu pai, um agradecimento especial, pelo amor incondicional e por sua acolhida.

Aos meus filhos, Isabela, Fabiano e Diego pela paciência e compreensão nos momentos de minha ausência.

Ao meu marido Wilson pela ajuda e apoio em todo trabalho.

À professora doutora Leonor Pacheco pela orientação neste trabalho de pesquisa.

Ao CONASS, pela oportunidade, sem a qual não poderia ter concluído os trabalhos.

Às amigas Lore e Eliane pela convivência durante todo o período de mestrado.

*“É, a gente quer pleno direito, a gente quer é ter todo respeito.*

*A gente quer viver uma nação, a gente quer é ser um cidadão”.*

*(Gonzaguinha)*

## RESUMO

Um dos eixos das políticas de atenção à saúde da mulher é a garantia de acesso das gestantes à maternidade na hora do parto. Essas políticas resultaram no compromisso de gestores da esfera federal, estadual e municipal relativo à sua implantação, incluindo as estratégias de superação de barreiras que dificultam o acesso da gestante à maternidade. A Lei nº 11.634/2007 delega ao SUS a responsabilidade da vinculação da gestante à maternidade na qual será feito o parto, desde o início do pré-natal. Assim, este trabalho tem como objetivo analisar a realização do parto na maternidade vinculada e a peregrinação das gestantes na hora do parto, nos municípios signatários do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste, bem como verificar as diferenças entre os nove Estados em relação aos desfechos do estudo. O método utilizado foi o estudo descritivo, transversal, junto às mães de criança menores de um ano de idade que compareceram à primeira etapa da campanha da vacinação em 12 de junho de 2010, em 186 dos 189 municípios signatários do Pacto de Redução da Mortalidade Infantil na Região Nordeste. Os dados indicam que, das 8.164 mulheres estudadas na pesquisa, 56,1% não foram orientadas durante o pré-natal sobre o local que deveria fazer o parto, 31,2% não tiveram realizado o parto no local indicado por causa da distância (não adesão) e apenas 9,4% o tiveram na maternidade vinculada (adesão ao local do parto). A maior proporção de indicação do local de parto durante o pré-natal ocorreu na Paraíba, com 67,1% [IC<sub>95%</sub> 64,5 – 69,7] e a menor no Rio Grande do Norte, 41,2% [IC<sub>95%</sub> 37,4 – 45,1]. Os dados também mostraram que 19,2% das gestantes procuraram dois ou mais serviços de saúde até serem atendidas para (fazer) o parto (peregrinação) e, que 17,3% das mães pariram em hospitais públicos de outro município (peregrinação intermunicipal). Em Pernambuco, 36,4% [IC<sub>95%</sub> 33,1 – 39,9] e, em Sergipe, 28,4% [IC<sub>95%</sub> 25,6 – 31,5] dos partos foram realizados fora do município de residência, proporção significativamente maior do que a de outros estados do Nordeste. No Brasil, na região Nordeste, verificou-se que mais de 50% das mulheres, ao realizarem o pré-natal, não foram informadas sobre onde deveriam realizar o parto, apesar da Lei nº 11.634/2007 que garante a vinculação da gestante desde o início do pré-natal. O

descumprimento dessa lei faz com que as mulheres peregrinem na hora do parto. Essa peregrinação contribui para aumentar a mortalidade materna e a mortalidade infantil no período Peri e Neonatal. Finalmente, conclui-se que a vinculação da mulher, durante o pré-natal, ao serviço de saúde onde será realizado o parto ainda não foi alcançada. É urgente fazer cumprir a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito de vinculação da gestante desde o início do pré-natal.

**Palavras-chave:** assistência pré-natal; parto; peregrinação.

## ABSTRACT

Women's Health Policies aim to assure prompt access of the pregnant woman to a maternity ward at the for time of childbirth. These policies have resulted in a compromise of the State to implement strategies that would allow the pregnant women to overcome barriers that hinder their access to the maternity hospitals. The Law n° 11.634/2007 delegates to SUS (Sistema Único de Saúde) the responsibility to indicate the maternity ward for delivery to the pregnant women at the start of her prenatal care. This study intends to analyze delivery at the indicated maternity ward and the antenatal peregrination in Counties signatories of the Pact for the Reduction of Infant Mortality in the Northeast, as well as to examine the differences in study outcomes between the nine states. A cross sectional descriptive study was carried out among mothers with children under one-year-old who attended the first phase of the vaccination campaign which took place in June 12, 2010, in 186 of the 189 counties signatories of the Pact for the Reduction of Infant Mortality in Northeast Brazil. The data indicated that from 8,164 women studied, 56,1% were not oriented as to where they should go to deliver their babies during prenatal care, 31,2% did not have their children where it was indicated to them - because of the distance (non compliance), and only 9,4% gave birth in the maternity ward indicated (adherence to the indicated place of birth). The highest proportion of indications given during prenatal care occurred in Paraíba, with 67,1% [CI<sub>95%</sub> 64,5 to 69,7] and the lowest was in Rio Grande do Norte: 41,2% [CI<sub>95%</sub> 37,4 to 45,1]. The data also showed that 19.2% of pregnant women sought two or more hospitals before they were attended for delivery (peregrination), and 17,3% of the mothers gave birth in public hospitals in another municipality (municipal pilgrimage). In Pernambuco, 36,4% [CI<sub>95%</sub> 33,1 to 39,9] and Sergipe 28,4% [CI<sub>95%</sub> 25,6 to 31,5] of the deliveries happened outside the county where women resided a proportion significantly higher than the one encountered in the other Northeastern states. In Northeast Brazil it was found that over 50% of the women, were not told where they should perform labor in spite of Law n° 11.634/2007 that ensures that this indication must occur early in her prenatal care. The violation of this law causes antenatal peregrination, which increases maternal and infant mortality in the Neonatal and Perinatal periods. The indication of



the maternity ward for delivery during the prenatal period, has not yet been reached. It is urgent to enforce Law n° 11.634, of December 27, 2007, which assures the right of all pregnant women to deliver their babies at the hospital indicated during prenatal care.

**Keywords:** prenatal care; childbirth; peregrination.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascido Vivo
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento
RMM	Razão de mortalidade materna
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SEPPIR	Secretaria de Políticas para Promoção da Igualdade Racial
SISPRENATAL	Sistema de Monitoramento e Avaliação da Atenção ao Pré – Natal e ao Puerpério
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade da Federação

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	08
<b>2. HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER</b>	13
2.1 Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher	14
2.2 Programa Nacional de Humanização ao Pré-natal e Nascimento	16
2.3 Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	17
2.4 Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste	19
<b>2.5. REDE CEGONHA</b>	20
2.5.1 Diretrizes da Rede Cegonha	21
2.5.2 A Rede Cegonha tem como princípios	21
2.5.3 Os principais objetivos da Rede Cegonha	21
<b>3. JUSTIFICATIVA</b>	23
<b>4. OBJETIVOS</b>	24
4.1 Geral	24
4.2 Específicos	24
<b>5. MÉTODO</b>	25
5.1 Desenho do estudo	25
5.2 Amostragem	25
5.3 Coleta de dados	27
5.4 Análise estatística	27
5.5 Aspectos éticos	28
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	29
6.1 Artigo original: O Parto na maternidade vinculada: Um direito ainda não alcançado na Região Nordeste	29
<b>CONCLUSÃO</b>	45
<b>REFERÊNCIAS</b>	47
<b>ANEXO I</b> - Relação dos 186 municípios prioritários do Pacto de Redução da Mortalidade Infantil que participaram da Chamada Neonatal.	53
<b>ANEXO II</b> - Questionário da Chamada Neonatal	54
<b>ANEXO III</b> - Aprovação Comissão de Ética em Pesquisa da ENSP	60
<b>ANEXO IV</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	61
<b>ANEXO V</b> - Lei de vinculação da gestante à maternidade nº 11.634/2007	62

## 1. INTRODUÇÃO

Através dos tempos, diferentes significados foram atribuídos à gestação e ao parto. Muitos desses significados trazem aspectos contraditórios e antagônicos: alegria e dor, esperança e medo, renovação e morte. Essa vivência essencialmente feminina foi experimentada de diversas formas ao longo de toda humanidade, e inúmeros registros confirmam a importância da gestação como evento social mobilizador (DINIZ, 2000; MURPHY-LAWLEES, 1998). Entretanto, até meados do século XIX, estar grávida e parir eram acontecimentos da esfera privada, partilhados por mulheres em espaços reservados. Na Europa, a partir dos meados do século XIX, com o estabelecimento de novas relações de poder entre o estado, a sociedade e o nascimento da medicina social, começaram a surgir as primeiras políticas privilegiando a higiene, a infância e a medicalização da família.

As mudanças nesse cenário são marcadas emblematicamente pelo momento em que novos atores são introduzidos à cena: médicos para dar assistência ao parto das mulheres da nobreza nas situações extremas e cirurgiões barbeiros para as outras mulheres. A partir dessa importante mudança, revelou-se a preocupação que as sociedades modernas passaram a ter com os filhos e as mulheres, e ocorreu uma profunda medicalização do parto e da gestação, que se transformou, então, em objeto do conhecimento e da prática médica (COSTA, 1999; DONZELOT, 1986; FOUCAULT, 1996).

As normas médicas vieram regular comportamentos, estabelecer padrões e, principalmente, afirmar a autoridade médica em nome da ciência. A medicalização do parto é parte da institucionalização do poder médico que, no corpo feminino, atuou fundamentalmente normatizando a reprodução. (COSTA, 1999; DONZELOT, 1998; FOUCAULT, 1998, 2000). A razão principal para a ocorrência dessas mudanças foi a alta mortalidade materna e perinatal (MAHLER, 1987; ROSENFELD e MAINE, 1985; TANAKA, 1995; WHO, 1999).

A mortalidade materna é um bom indicador de saúde do grupo populacional feminino. Suas taxas são úteis para estimar as iniquidades, ao se compararem áreas ou regiões de variados níveis de desenvolvimento (LAURENTI e col., 2000).

Sem dúvida, um dos principais aspectos dessa resultante foi a melhora desses indicadores. À medida que determinadas técnicas médicas foram sendo incorporadas, a mortalidade de mulheres e recém-nascidos caiu significativamente, e hoje, em países desenvolvidos, a ocorrência de óbitos maternos é rara e incomum. (ALLEYNE et al, 2002; FAGUNDES e CECATTI, 1991; GHOSH, 2001; MAHLER, 1987; SHIFFMAN, 2000; WHO, 1999).

A morte materna, nos países em desenvolvimento, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS é uma epidemia silenciosa. Trata-se de um problema de saúde pública não só pela sua magnitude, mas porque mais de 90% das causas de morte durante o ciclo gravídico puerperal são evitáveis (TANAKA, 1995).

Na área da saúde materna, essas questões são muito mais inquietantes, pois, mesmo em países desenvolvidos, os problemas ligados à gestação, ao parto e ao puerpério ainda não estão totalmente resolvidos. Apesar da baixa mortalidade materna e perinatal apresentada por esses países, vários problemas ligados ao binômio mãe-filho ainda estão por ser desvendados, pois nem todos os mecanismos fisiopatológicos da gestação, parto e puerpério são conhecidos. Mesmo com todo o avanço tecnológico atual, esse fato deixa uma bruma de incertezas quanto à evolução do processo gestacional. (TANAKA, 1995).

Dessa forma, é impossível determinar antecipadamente quais gestações irão se complicar. Apesar de todas as tentativas em se trabalhar com o conceito de risco gravídico, nem sempre se consegue detectar precocemente uma anormalidade durante a gestação. Por vezes, essas anormalidades são súbitas e abruptas causando danos à saúde da mulher, do conceito ou de ambos, sendo algumas irreversíveis. Outro aspecto a ser considerado é que esses óbitos estão estritamente associados às baixas condições econômicas das famílias, sendo, portanto, prioritário dentro de uma política de redução das iniquidades sociais em saúde (TANAKA, 1995).

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio, tanto no que se refere à qualidade, propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (MENDES, 1984).

A mortalidade infantil, um dos indicadores clássicos da saúde pública, composta por óbitos neonatais e pós-neonatais (CLAP, 1992), é um coeficiente que retrata as condições de vida de uma população, sendo utilizada como indicador do nível de desenvolvimento e da qualidade de vida das nações, bem como da qualidade e organização da assistência prestada em seus diversos níveis e organização dos serviços de saúde (BERCINI, 1994; LANSKY e col., 2002). É também considerado um indicador sensível da assistência obstétrica, neonatal e do impacto de programas nessa área (CLAP, 1992; LANSKY e col., 2002).

A taxa de mortalidade infantil no Brasil mantém tendência contínua de queda. Em 1990, o coeficiente era de 47,1 óbitos para cada 1.000 bebês nascidos vivos (NV), e, em 2010, esse valor se reduziu para 16,0 mortes por 1.000 NV, correspondendo a uma queda de 66% no período de 20 anos.

A assistência pré-natal é um importante fator de proteção para a saúde da mãe por incluir procedimentos rotineiros, preventivos, curativos e de promoção da saúde. Quando bem conduzida, pode contornar problemas obstétricos, prevenir danos e assegurar partos e nascimentos saudáveis. Com relação ao parto, apesar da alta cobertura do atendimento hospitalar, persistem obstáculos no acesso à maternidade no Brasil. Os problemas relativos ao atendimento ao parto decorrem de uma desorganização do sistema de saúde na oferta de leitos obstétricos e neonatais, além da precariedade na infraestrutura hospitalar e da baixa qualidade técnica no atendimento obstétrico e perinatal.

O estudo das causas da morte durante o ciclo gravídico-puerperal revela a morte de mulheres geralmente em decorrência de patologias próprias da gestação e de fácil prevenção, tais como: a hipertensão específica da gestação (toxemia gravídica), as síndromes hemorrágicas, as infecções puerperais e os abortos. Em alguns países desenvolvidos, porém, as causas obstétricas indiretas, como as cardiopatias, e as diretas de fácil diagnóstico e prevenção, como a embolia amniocaseosa, a rotura de aneurisma, entre outras, são as que levam as mulheres ao óbito nesse período. (BRASIL. 2006).

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. As altas taxas de

mortalidade materna e neonatal no Brasil se configuram como uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças e constituem um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais (COOK et al, 2004).

Com o intuito de reduzir a mortalidade e amenizar as violações dos direitos humanos, promulgou-se a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que garante a vinculação da gestante à maternidade desde o início do pré-natal, *in verbis*:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I - maternidade na qual será realizado seu parto;

II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§ 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§ 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

Art. 3º A execução desta Lei correrá por conta de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes suplementares.

No entanto, há evidências de que a gestante é obrigada a procurar por conta própria o local onde terá seu filho, o que contribui para uma verdadeira peregrinação para obter assistência hospitalar na hora do parto.

Na avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, 1999/2001, com 6.652 pacientes analisadas, registrou-se que 2.228 (35%) buscaram assistência em mais de uma maternidade, e, observou-se ainda que nem sempre a paciente conseguiu ser internada na segunda maternidade que procurou. Das 2.228 pacientes que buscaram assistência em mais de uma maternidade, 70,7% foram internadas na segunda maternidade; 15%, na terceira; 7,8%, na quarta e 1,5% na quinta maternidade que procuraram. Houve uma paciente que passou por cinco estabelecimentos diferentes até conseguir ser internada no sexto hospital que procurou, configurando uma peregrinação ante-

parto. As gestantes, em muitos casos, não foram atendidas na primeira maternidade (em) que procuraram, dando início a um processo de peregrinação no anteparto. Cerca de 70% das buscas por maternidade foram desencadeadas por falta de vagas na unidade de saúde. (MENEZES et al, 2010).

Em outra publicação (CUNHA et al, 2010), estudou a peregrinação no anteparto em São Luís do Maranhão, numa amostra com 357 puérperas. Os resultados apontaram que 40,6% dessas mulheres receberam atendimento após terem percorrido mais de um serviço de saúde, e 40% foram a pelo menos duas maternidades: o motivo foi a não disponibilidade de leito para 60% dos casos.

Em setembro de 2000, representantes de 191 Estados Membros da ONU, incluindo 147 chefes de Estados, ao analisarem os maiores problemas mundiais, estabeleceram 8 Objetivos do Milênio (ODM) que devem ser atingido por todos os países até 2015: A aprovação da Lei 11.634/2007, foi um passo para o cumprimento de duas metas do milênio.

1. acabar com a fome e a miséria.
2. educação básica e de qualidade.
3. igualdade entre sexos e valorização da mulher.
4. **reduzir a mortalidade infantil.**
5. **melhorar a saúde das gestantes.**
6. combater AIDS, a malária e outras doenças.
7. qualidade de vida e respeito ao meio ambiente.
8. todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento.



## 2. HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

No cenário brasileiro, a preocupação estatal com a saúde materno-infantil remonta aos anos de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança, que enfatizava não só cuidados às crianças, mas também com as mães, no que se referia à gravidez e amamentação. Essa preocupação estatal passa por um longo período, do Estado Novo até o Regime Militar, em que o objetivo fundamental do estado brasileiro era de produzir braços fortes para a nação com ações voltadas para as camadas urbanas mais pobres (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

Com o advento da ditadura militar, na década de 1960, o modelo do Sistema Nacional de Saúde implantado caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia da tecnoburocracia, cuja lógica estava centrada na mercantilização da saúde, o que teve impactos deletérios na formulação e execução de saúde pública e na medicina previdenciária.

A partir de meados da década de 1970, alguns programas verticais de atenção à saúde materno-infantil foram implementados, a saber: o Programa de Saúde Materno Infantil (BRASIL, 1975) e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (BRASIL, 1978). Como adverte Almeida (2005), nessa fase as políticas voltadas para a saúde reprodutiva foram predominantemente direcionadas para o excesso da intervenção médica sobre o corpo feminino em particular por meio do uso e abuso da cesariana como forma de parir e da esterilização como método contraceptivo preferencial.

A promoção à saúde materna ocorre quando possibilitamos à mulher conhecimento sobre seu corpo e compreensão das alterações ocorridas, atuando de forma mais consciente e positiva no seu gestar (MS, 2002). A educação em saúde necessita olhar para o conceito de gênero em sua dimensão social, histórica e política necessário ao atendimento da mulher que vivencia o processo de gestar, parir e para os condicionantes sociais, culturais e históricos que restringem, fixam e ocultam o valor e o poder desses sujeitos. Para Eduardo Stoltz (1993), o ser consciente da sua cidadania exerce influência sobre os demais, diálogos possíveis favorecem o desenvolvimento da autonomia e empoderam a mulher que toma

decisões baseada nas suas necessidades, nos seus saberes e, conseqüentemente, ganha mais saúde e liberdade.

Como nos mostra Guacira Louro (1996), a ciência androcêntrica sempre esqueceu ou negou a mulher. A incorporação do conceito de gênero surgiu e buscou ensaiar explicações e promover articulações com os grandes quadros teóricos acadêmicos e, dessa forma, ganhou mais espaço e adesão; além disso, outras áreas da ciência foram sendo introduzidas. A autora refere que: *“Gênero não pretende significar o mesmo que sexo, ou seja, enquanto sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, gênero está ligado à sua construção social como sujeito masculino ou feminino. Embora continuemos afirmando que a construção dos gêneros é, fundamentalmente, um processo social e histórico, temos de admitir que esse processo, sem dúvida, envolve os corpos dos sujeitos”* (Louro, 1996 in Lopes et al, 1996, p. 9).

## 2.1. PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER – PAISM

Com o advento da democracia brasileira, no início da década de 80, o movimento de mulheres interveio no debate nacional sobre o planejamento familiar.

A contribuição feminista com relação à reprodução biológica e social estava também articulada à reflexão produzida por outros atores políticos: os pesquisadores em demografia, os cientistas sociais. As feministas sustentaram, desde então, o princípio de que as decisões da esfera reprodutiva deveriam se orientar pelo livre arbítrio dos indivíduos, em especial as mulheres, uma vez que a reprodução biológica se viabiliza através do corpo feminino.

Deu-se um novo consenso político amplo, a partir do qual diversos atores passaram a exigir que o Estado brasileiro superasse sua omissão no terreno das políticas públicas relativa à regulação da fecundidade (AVILA e CORREA, 1990).

Daí surge o PAISM, que tenta reverter as distorções no campo da atenção à saúde reprodutiva, particularmente no que se refere à oferta de anticoncepção. Entre os fatores que podem ser identificados no cerne desse impasse, merece atenção o caráter autoritário e excludente da matriz cultural política brasileira, assim como as incertezas e contradições da política econômica. Na mesma perspectiva, situa-se a

incompetência do Estado em traduzir o discurso inclusivo dos anos 80 em instrumentos mais efetivos de redução de desigualdade.

Foi nesse momento de intenso debate que, em 1983, o Ministério da Saúde, lançou as bases programáticas do PAISM que representam, até o presente, um paradigma na atenção à saúde da mulher. (BRASIL, 1984; CORREA, 1993; COSTA, 1999; OSIS, 1998).

A incorporação das atividades relacionadas à contracepção era, então, o ponto focal de maior discussão. O PAISM também deveria prever ações relacionadas à esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério.

Duas questões deveriam ser transversais nessas ações: a compreensão dos diferentes aspectos psicológicos e sociais relacionados a cada problema, e a introdução de práticas educativas (BRASIL, 1984). As bases filosóficas do PAISM introduziam outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao programa. A partir de critérios epidemiológicos, os serviços deveriam ser capacitados para incorporar essas questões e estabelecer novas práticas (BRASIL, 1984).

A idéia de um conjunto de atividades que deveriam ser executadas implicava articular as ações já implantadas, como o pré-natal e outras demandas, ratificando ampliação na oferta de serviços. Do ponto de vista conceitual, a definição de “conjunto” foi o maior desafio, uma vez que traduzia pragmaticamente a questão maior da integralidade e exigia dos gestores e profissionais postura que extrapolava a capacitação técnica tradicional e pressupunha a incorporação de novas questões ligadas aos direitos do gênero feminino.

O PAISM também apontava para questões que ainda permanecem atuais: descentralização, hierarquização e regionalização da assistência, compreendendo os fundamentos estruturais da atenção, indispensáveis na sua organização (BRASIL, 1984). O PAISM apresentou um deslocamento de olhar na atenção à saúde da mulher, obrigando os serviços e gestores a pensarem de forma ainda mais

ampla sobre a questão. Entretanto, mesmo nos serviços em que as atividades foram realizadas como preconizadas pelo PAISM, perduram questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados. Apesar de a assistência pré-natal ter estado sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, até o momento permanecem as questões sobre o acesso da gestante ao hospital/ maternidade/ casa de parto e sobre a qualidade da atenção prestada em algumas regiões do país, com altas taxas de mortalidade materna e perinatal.

## 2.2. PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO – PHPN

O Ministério da Saúde, através das Portarias GM n° 569, GM n° 570, GM n° 571 e GM n° 572 de 01.06.2000 criou, em junho de 2000, o PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000).

Apresentava como objetivo principal concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, com enfoque na necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, de estabelecer critérios para qualificar as consultas e de promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (BRASIL, 2000).

O PHPN fundamentou-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Sua principal estratégia era assegurar a melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto e ao puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

A humanização compreendia dois aspectos fundamentais. O primeiro aspecto diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isso requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e requer também organização da instituição, que deve criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher nesse momento. O segundo aspecto refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do

nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (a exemplo do abuso da cesariana) que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e — com frequência — acarretam maior risco para ambos (BRASIL, 2000).

O PHPN apresentava uma estruturação com três componentes: o primeiro tratava da assistência pré-natal; o segundo apresentava as questões relativas à organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica neonatal na área hospitalar e o terceiro instituiu nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Essa estratégia deveria ser compreendida dentro de um projeto de aprimoramento da assistência obstétrica, com o objetivo de contemplar integralmente as instâncias da gestão, indispensável para alcançar esses objetivos.

Um dos aspectos positivos no PHPN foi a criação do SISPRENATAL – Sistema Informatizado de Informações e Acompanhamento, considerado como medida fundamental ao programa. Esse sistema de informações constituiu-se em um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar essa atenção e melhorar a gestão dos serviços. Até a instituição do SISPRENATAL no SUS, os dados referentes à assistência pré-natal restringiam-se à cobertura e ao número absoluto de consultas, não permitindo avaliações mais detalhadas da qualidade do cuidado pré-natal. (GOLDBAUM, 1996; NOVAES, 2000). No entanto, persistem questões importantes como a falta de vínculo entre a assistência pré-natal e o parto e a peregrinação à procura de vagas nos hospitais, com consequências possivelmente fatais para binômio mãe-filho. Portanto, intervenções que garantam melhor assistência nesse momento são indispensáveis. (ARKADER, 1993; CECATTI JG, 1991; TANAKA, 1995).

### 2.3. PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Foi um movimento político, lançado pela Presidência da República em março de 2004, para enfrentamento da problemática que envolvia a mortalidade materna e

neonatal. Consistiu na execução de um conjunto de ações articuladas das diferentes esferas de governo para qualificação da atenção obstétrica e neonatal, que não podia prescindir da atuação da sociedade civil e organizada. Tinha como objetivo a redução em 5% da mortalidade materna e neonatal até 2016.

O Pacto foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, Conselho Nacional da Saúde – CNS, e houve adesão das 27 unidades federadas.

Nos seminários estaduais e municipais de saúde houve a participação e apoio do CONASS, CONASEMS, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – SEPM, Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR, e a Secretaria Especial de Direitos Humanos, entre outras instituições governamentais e da sociedade civil.

A justificativa para proposição do Pacto foi o fato de os índices de mortalidade materna e neonatal do nosso país continuarem em patamares altos, mostrando que os programas nacionais, estaduais e municipais existentes até então, não haviam, de fato, reorganizado os serviços promotores de qualificação da atenção obstétrica e neonatal.

Em janeiro de 2006, a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil foi reafirmada como uma das prioridades operacionais do Pacto pela Vida, aprovada pela CIT e fortalecida pelos Pactos de Gestão e em Defesa do Sistema Único de Saúde – SUS. Também em 2006, a Organização de Nações Unidas – ONU considerou a pactuação entre gestores e sociedade civil com estratégias, responsabilidades e metas bem definidas, como modelo de mobilização e diálogo social para a definição dos objetivos para o desenvolvimento do milênio.

Entre as ações estratégicas assinadas pelo pacto, estava a garantia de que mulheres e recém-nascidos não sejam recusados nos serviços ou peregrinem em busca da assistência (parto e urgência previstas). Caso a unidade não fosse adequada para o tipo de atendimento necessário, a gestante deveria ser assistida até que fossem garantidos transporte seguro e a sua transferência para outra unidade. Também incluía as urgências pediátricas neonatais e obstétricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

## 2.4. PACTO PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NA AMAZÔNIA LEGAL

### E NO NORDESTE

Embora a mortalidade infantil esteja diminuindo no Brasil, as taxas ainda são elevadas particularmente na região Norte e Nordeste. Com o objetivo de acelerar a redução das desigualdades regionais do país, no ano de 2009 foi assinado o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal. Seis eixos foram considerados prioritários: a qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido; educação em saúde; gestão da informação; fortalecimento do controle social, mobilização e comunicação e produção de conhecimento e pesquisa. (Ministério da Saúde, 2011).

O MS, em conjunto com os governos estaduais e assegurada a participação dos governos municipais, se comprometeu a reduzir em 5% ao ano, nos anos de 2009/2010, a taxa de mortalidade infantil e seu componente neonatal. Aderiram ao Pacto 17 Unidades da Federação: os nove estados do Nordeste (MA, PI, CE, RN, PB, PE, AL, SE, BA) e os oito estados da Amazônia Legal (AC, AP, AM, PA, RO, RR, MT, TO), que foram considerados prioritários para assinatura do Pacto. A seleção inicial de municípios ocorreu por critério definido pelo Ministério da Saúde, ou seja, todas as capitais e o conjunto de municípios do interior de cada UF que contribuíam com 50% dos óbitos infantis de crianças menores de um ano de idade (MS, 2010), o que resultou em 189 municípios signatários do Pacto na Região Nordeste.

No eixo de conhecimento e pesquisa, foram realizados inquéritos, entre os quais o “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano de idade na Amazônia Legal e no Nordeste”, que significou a colaboração da Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. A pesquisa foi planejada e financiada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) e executada pela FIOCRUZ, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais, e Universidades das 17 Unidades da Federação signatárias do Pacto.

## 2.5. REDE CEGONHA

É uma estratégia do Ministério da Saúde institucionalizada através da portaria nº 1.459 do Gabinete do Ministro da Saúde, de 24 de junho de 2011, consubstanciada nas seguintes leis: Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, “Lei do acompanhante”, que garante às parturientes o direito a acompanhante durante o trabalho de parto e o pós-parto imediato no âmbito do SUS; Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade, onde receberá assistência no âmbito do SUS, e visa à ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança até 24 meses de vida.

A Rede Cegonha foi resultado de um processo dinâmico desde a formulação até a implantação da estratégia, configurando-se como uma importante iniciativa do governo federal, que agrega ações para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, promovendo a integração em uma rede de serviços.

Para delimitar seu campo de atuação prioritário, a Rede Cegonha parte do diagnóstico de que as mortalidades materna e infantil permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e o uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias ao parto).

O fenômeno de intensa medicalização do processo de nascimento somado ao acúmulo de conhecimento e desenvolvimento tecnológico, por um lado, com persistência de elevadas taxas de morbimortalidade materna e infantil, pelo outro, é denominado por Diniz como “paradoxo perinatal brasileiro” (DINIZ, 2009). Isso nos aponta para uma necessária reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, na qual a incorporação tecnológica seja balizada pela necessidade das mulheres e das crianças e baseada em evidências científicas (BRASIL, 2001).

A Rede Cegonha propõe ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, entre elas a vinculação da gestante à unidade de



referência, do transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito da mulher à livre escolha do acompanhante no parto.

### **2.5.1. Diretrizes da Rede Cegonha**

Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal.

Garantia da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro.

Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao Parto e Nascimento.

Garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolubilidade.

Garantia de acesso às ações do Planejamento Reprodutivo.

### **2.5.2 A Rede Cegonha tem como princípios**

- a defesa dos direitos humanos;
- o respeito à diversidade cultural, étnica e as diferenças regionais;
- a promoção à equidade;
- o enfoque de gênero;
- a garantia dos direitos sexuais reprodutivos de mulheres, homens jovens e adolescentes;
- a participação e a mobilização social.

### **2.5.3 Os principais objetivos da Rede Cegonha**

Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses.

Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade.

Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A Rede Cegonha possui quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção à Criança, Transporte e Regulação.

a) O componente Pré-Natal, além de garantir que as gestantes sejam acolhidas nas UBS, estimula que estas sejam captadas precocemente e acolhidas segundo a classificação de risco, garantindo os exames de pré-natal de risco habitual, de pré-natal de alto risco, além de garantir a vinculação da gestante da UBS à Maternidade;

b) No componente Parto, a Rede Cegonha garante a suficiência de leitos, a ambiência, o direito a acompanhante, o acolhimento e a classificação de risco, boas práticas e conselho gestor;

c) No componente Puerpério e Atenção à Criança, a Rede Cegonha estimula o aleitamento materno, o acompanhamento da criança, a visita na primeira semana, com busca ativa das crianças vulneráveis e o planejamento reprodutivo;

d) No componente Transporte e Regulação, a Rede Cegonha predispõe o transporte seguro, a “vaga sempre” e a central de regulação de leitos.

Para garantir a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, o componente Pré-natal prevê uma ação que é a vinculação dessa gestante — desde o pré-natal — ao local onde será realizado o parto. Essa ação só será concreta, quando o modelo “vaga sempre” for efetivo, garantindo sua implementação.

### 3. JUSTIFICATIVA

As políticas de atenção à saúde da mulher, quando formuladas, tiveram como um dos eixos a garantia de acesso das gestantes à maternidade na hora do parto. Todas essas políticas resultaram no compromisso de gestores nas esferas federal, estadual e municipal relativo à sua implantação, incluindo as estratégias para superação das barreiras que dificultam esse acesso.

A Lei nº 11.634/07 garante a toda gestante assistida pelo SUS, direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado o parto e àquela na qual será atendida nos casos de intercorrências no pré-natal.

Este estudo pretende analisar se os avanços nas últimas décadas contribuíram para organizar uma rede de atenção obstétrica com complexo regulador para garantir a vinculação da mulher à maternidade. O estudo, ao analisar os dados da Chamada Neonatal, permitirá também construir uma *“linha de base”* a fim de contribuir com avaliações futuras da Rede Cegonha nesse aspecto.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. GERAL

Analisar a realização do parto na maternidade vinculada e a peregrinação das gestantes na hora do parto em 186 municípios signatários do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, no Nordeste, em 2010.

### 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar a proporção de gestantes que receberam indicação do local do parto durante o pré-natal.

Verificar a proporção de gestantes que realizaram o parto no local indicado durante o pré-natal.

Verificar a razão da não adesão das gestantes à realização do parto no local indicado.

Verificar a proporção de gestantes que pariram em outro município que não é o município de residência.

Verificar a proporção de gestantes que peregrinaram e o número de hospitais procurados até ser atendida para o parto.

Verificar as diferenças entre as Unidades da Federação em relação aos desfechos dos casos em estudo.

## 5. MÉTODO

### 5.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado a partir de dados secundários obtidos na pesquisa “*Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano de idade nas regiões Amazônia Legal e Nordeste*”, no ano de 2010. O recorte do presente estudo foi o de mães atendidas pelo SUS residentes nos Estados da Região Nordeste que participaram da Chamada Neonatal (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe). Todos os 189 municípios signatários do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e no Nordeste foram incluídos no planejamento da pesquisa, porém três municípios não participaram: um do Maranhão e um de Alagoas por falta de recursos humanos no local; outro de Alagoas realizou apenas uma entrevista, não possibilitando a inclusão na análise dos dados. Os dados do CNES (Recursos físico–Hospitalar – Leitos de internação) mostram que, em 2010, existiam leitos obstétricos em todos os municípios nordestinos incluídos na Chamada Neonatal. (MS, 2010).

Trata-se de estudo de caráter transversal junto às mães de crianças menores de um ano de idade que compareceram à primeira etapa da campanha de multivacinação, na data de 12 de junho de 2010, residentes em 186 dos 189 municípios signatários para o Pacto de Redução de Mortalidade Infantil. (Anexo I – Municípios incluídos na pesquisa).

### 5.2. AMOSTRAGEM

O processo de seleção da Chamada Neonatal propiciou amostragens probabilísticas de mães e crianças que compareceram à campanha de vacinação em cada domínio planejado. O desenho amostral foi definido de forma a produzir estimativas para as capitais estaduais, para o conjunto dos municípios do interior de cada Estado e para os municípios de Campina Grande (PB), e Vitória de Santo Antão (PE), num total de 20 domínios na região Nordeste. Para cada domínio, calculou-se um mínimo de 750 pares mãe-filho considerando prevalência de 22% para estimar alguma complicação grave durante o parto, - erro máximo de 3,5%, coeficiente de confiança de 95% e fator de correção de desenho (def.) igual a 1,5.

Tomou-se por base para cálculo da amostra a prevalência de 22% de complicações no parto relatadas na última Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde (PNDS 2006-7).

O tipo de amostragem foi por conglomerado, seguindo procedimentos recomendados por SILVA e colaboradores (1998), com sorteio em duas etapas e probabilidade proporcional ao tamanho do conglomerado. A primeira etapa foi o sorteio dos postos de vacinação em cada município, a partir de informações fornecidas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde sobre número de postos de vacinação e de crianças menores de um ano que foram vacinadas em cada posto, na campanha de vacinação do ano de 2009.

Na segunda etapa, houve seleção sistemática de pares mãe-filho em cada posto de vacinação, seguindo os critérios de inclusão na pesquisa. Foram consideradas inelegíveis as mães de crianças maiores de um ano de idade, as residentes fora do município e mães de crianças gemelares e/ou adotadas (Figura 1).

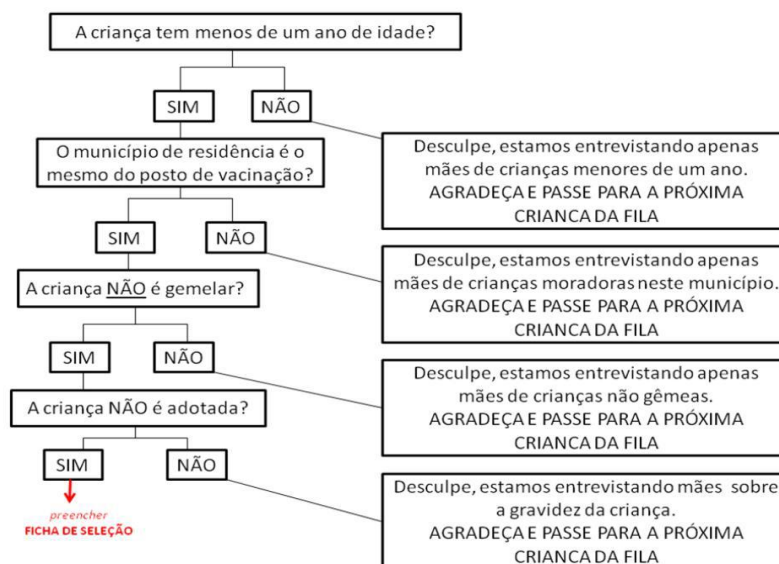


Figura 1. Fluxograma e critérios de inclusão na pesquisa

Foram entrevistados 10.346 pares de mães e crianças menores de um ano de idade nos 186 municípios do Nordeste, o que corresponde a um aumento do erro amostral de 3,5% para 4,4%, mantidos os demais critérios para o cálculo do tamanho da amostra.

Na amostra da Chamada Neonatal 1,3% das mulheres não fizeram pré-natal e 17,9% utilizaram serviços de saúde privados. Para este estudo foram utilizados os dados referentes às entrevistas de 8.354 mães usuárias do SUS, tanto no pré-natal como no parto, sendo que 190 foram excluídas por informação incompleta sobre a vinculação do local do parto durante o pré-natal, restando 8.164 casos válidos.

### 5.3. COLETA DE DADOS

O instrumento de pesquisa foi um formulário pré-testado, contendo predominantemente questões fechadas, abordando informações sobre características demográficas; socioeconômicas; assistência ao pré-natal, parto, puerpério e depressão pós-parto; crescimento e alimentação da criança; entre outras (Anexo II).

A coleta de dados foi realizada no dia da vacinação ou em visita domiciliar quando as mães de crianças menores de três meses de idade na capital não compareceram, e a família aceitou a visita domiciliar por equipes locais previamente treinadas. Os formulários preenchidos foram encaminhados para digitalização centralizada e construção de base de dados. Nessa etapa, houve um rigoroso processo de controle de qualidade de digitalização. As imagens e o banco de dados foram armazenados e os questionários de papel inutilizados.

### 5.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise dos dados foi utilizado o aplicativo SPSS versão 17,0 (SPSS Inc. Chicago, Estados Unidos), utilizando o comando *complex sample*, considerando-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) e intervalo de confiança de 95%.

Calcularam-se as proporções das variáveis de interesse e os intervalos de confiança (95%) em cada caso; na análise, empregou-se o fator de ponderação da amostra que foi calculado por estatística.

## 5.5. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa “*Chamada Neonatal: Avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste*” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de ENSP/FIOCRUZ (Anexo III). As mães de crianças menores de um ano de idade foram informadas sobre a pesquisa e, a seguir, solicitadas a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, antes da aplicação do questionário. (Anexo IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

As mães com sinais indicativos de Depressão Pós-parto (DPP) e as crianças com déficits ou excesso de peso foram encaminhadas aos serviços locais de saúde para atendimento. Nos municípios onde havia Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) os casos de DPP foram referidos para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Esses procedimentos foram pactuados durante o planejamento da “*Chamada Neonatal*” com as autoridades municipais de saúde e de Assistência Social.



## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Artigo original: “O parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado na Região Nordeste”; submetido ao periódico Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.

### 6.1. O PARTO NA MATERNIDADE VINCULADA: UM DIREITO AINDA NÃO ALCANÇADO NA REGIÃO NORDESTE.

**Marta Oliveira Barreto**

Assessora do Conselho Nacional de Saúde para a Área de Redes de  
Atenção

## RESUMO

**Objetivos** – Analisar a realização do parto na maternidade vinculada e a peregrinação das gestantes na hora do parto, nos municípios signatários do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste, bem como verificar as diferenças entre as nove Unidades da Federação em relação aos desfechos do estudo.

**Métodos** – Estudo descritivo, transversal, junto às mães de crianças menores de um ano de idade que compareceram à primeira etapa da campanha de vacinação em 12 de junho de 2010, em 186 dos 189 municípios signatários do Pacto de Redução da Mortalidade Infantil na Região Nordeste.

**Resultados** – Os dados indicam que das 8.164 mulheres estudadas na pesquisa, 56,1% não foram orientadas, durante o pré-natal, sobre o local onde seria realizado o seu parto, 31,2% não tiveram realizado o seu parto no local indicado por causa da distância (não adesão) e apenas 9,4% fizeram o parto na maternidade vinculada (adesão ao local do parto). A maior proporção de indicação do local de parto, durante o pré-natal, ocorreu na Paraíba, com 67,1% [IC<sub>95%</sub> 64,5 – 69,7] e a menor, no Rio Grande do Norte: 41,2% [IC<sub>95%</sub> 37,4 – 45,1]. Os dados também mostram que 19,2% das gestantes procuraram dois ou mais serviços de saúde até serem atendidas para fazer o parto (peregrinação), e que 17,3% das mães pariram em hospitais públicos de outro município (peregrinação intermunicipal). Em Pernambuco, 36,5% [IC<sub>95%</sub> 33,2 – 39,9] e, em Sergipe, 28,8% [IC<sub>95%</sub> 25,8 – 32,0] dos partos foram realizados fora do município de residência, proporção significativamente maior do que a de outros estados do Nordeste.

**Conclusão** – A vinculação da mulher ao serviço de saúde onde irá realizar o parto durante o pré-natal ainda não foi alcançada. É urgente fazer cumprir a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 que dispõe sobre o direito de vinculação da gestante desde o início do pré-natal.

**Palavras-chave:** pré-natal; parto; peregrinação

## ABSTRACT

**Objective** - This study is intended to analyze delivery at the indicated maternity ward and the antenatal peregrination in Counties signatories of the Pact for the Reduction of Infant Mortality in the Northeast, as well as to examine the differences in study outcomes between the nine states. **Method** - Cross sectional descriptive study carried out among mothers and children under one-year-old that attended the first phase of the vaccination campaign, which took place in June 12, 2010, in 186 of the 189 counties signatories of the Pact for the Reduction of Infant Mortality in Northeast Brazil. **Results** - The data indicate that from 8,164 women studied, 56.1% was not oriented as to where they should go to deliver their babies during prenatal care, 31.2% did not have their children where it was indicated to them - because of the distance (noncompliance), and only 9.4% gave birth in the maternity ward indicated (adherence to the indicated place of birth). The highest proportion of indications given during prenatal care occurred in Paraíba, with 67.1% [CI<sub>95%</sub> 64.5 to 69.7] and the lowest was in Rio Grande do Norte: 41.2% [CI<sub>95%</sub> 37.4 to 45.1]. The data also show that 19.2% of pregnant women sought two or more hospitals before they were attended for the delivery (peregrination), and 17.3% of the mothers gave birth in public hospitals in another municipality (municipal peregrination). In Pernambuco 36.5% [CI<sub>95%</sub> 33.2 to 39.9] and Sergipe 28.8% [CI<sub>95%</sub> 25.8 to 32.0] of the deliveries were conducted outside the county where women resided - a number significantly higher than the one encountered in the other Northeastern states. **Conclusion** – The indication of the maternity ward for delivery, during the pre-natal period, has not yet been reached. It is urgent to enforce Law n. 11.634, of December 27, 2007, which assures the right of all pregnant women to deliver their babies at the hospital indicated during prenatal care.

**Keywords:** Prenatal; childbirth; peregrination.

## **INTRODUÇÃO.**

Para uma atenção qualificada e humanizada no ciclo grávido-puerperal é necessário, além de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, a facilitação do acesso aos serviços de saúde, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção de saúde; prevenção de doenças e assistência a gestante e ao recém-nascido – desde o atendimento ambulatorial básico até o atendimento hospitalar para alto risco, se for necessário.

No cenário brasileiro, a preocupação estatal com a saúde materno-infantil remonta aos anos de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança. A partir dos meados da década de 1970, alguns programas verticais de atenção à saúde materno-infantil foram implementados a saber: o Programa de Saúde Materno-Infantil (BRASIL,1975) e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (BRASIL, 1978).

O PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 1983) foi uma importante contribuição como política pública inovadora e abrangente, tanto em suas concepções como nas ações propostas, em virtude de defender o atendimento integral, mas com a liderança e a participação direta e fundamental das maiores interessadas, as mulheres.

O PHPN (Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento) é uma das propostas do SUS de acesso das gestantes aos serviços de saúde. Apesar disso e de todos os seus esforços, observa-se que ainda hoje as gestantes enfrentam muitas dificuldades de acesso, não só ao atendimento pré-natal, como também ao atendimento no parto e puerpério.

Em 2007, foi promulgada a Lei nº 11.634 como dispositivo para garantir o direito da gestante em vincular-se à maternidade onde receberá assistência ao parto no âmbito do SUS. Por intermédio dessa lei, todas as gestantes deverão vincular-se às maternidades nas quais receberão atendimento durante intercorrências no pré-natal e no parto, evitando a peregrinação.

Em 2011, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.459/11 do Gabinete do Ministro da Saúde, instituiu a Rede Cegonha como estratégia para organizar uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e, às crianças, os direitos ao nascimento e ao desenvolvimento saudável.

Nas políticas de saúde da mulher, até hoje, entre os princípios e diretrizes assinalados, estão os direitos ao acesso e ao atendimento digno e de qualidade, no decorrer da gestação, no parto e no puerpério; a ter um acompanhamento pré-natal adequado e ter assegurado o acesso à maternidade na qual será atendida no momento do parto; ter a assistência ao parto e ao puerpério realizada de forma humanizada e segura e a adequada assistência a todo recém-nascido, com a responsabilização das autoridades sanitárias nos âmbitos federal, estadual e municipal na promoção e garantia dos direitos enunciados.

Diante desse panorama, a fim de contribuir com as políticas e programas de redução da mortalidade materna e neonatal, é preciso identificar se existe, de fato, vínculo da gestante com a maternidade durante o pré-natal, como também a peregrinação decorrente da não vinculação. O presente artigo avalia esses aspectos, nos municípios prioritários da região Nordeste do país em 2010.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Este estudo foi realizado a partir de dados secundários obtidos na pesquisa “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano de idade nas regiões Amazônia Legal e Nordeste”, no ano de 2010. Trata-se de um estudo de caráter transversal realizado junto às mães de crianças menores de um ano de idade que compareceram à primeira etapa da campanha de multivacinação, em oito estados da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Roraima, Rondônia e Tocantins) e nos nove estados do Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe) — 252 municípios considerados prioritários para o Pacto da Redução da Mortalidade Infantil.

O processo de seleção da Chamada Neonatal procurou obter amostras probabilísticas das mães e crianças que compareceram à campanha de vacinação

em cada domínio planejado: capital e o conjunto de municípios do interior de cada estado. Para cada domínio, calculou-se um mínimo de 750 pares mãe/ filho considerando prevalência de 22% para estimar alguma complicação grave durante o parto, erro máximo de 3,5%, coeficiente de confiança de 95% e fator de correção de desenho (def.) igual a 1,5.

O tipo de amostragem foi por conglomerado, seguindo procedimentos recomendados por SILVA e colaboradores (1998), com sorteio em duas etapas e probabilidade proporcional ao tamanho do conglomerado. A primeira etapa foi o sorteio dos postos de vacinação em cada município, a partir de informações fornecidas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde sobre número de postos de vacinação e de crianças menores de um ano que foram vacinadas em cada posto, na campanha de vacinação do ano de 2009; a segunda etapa foi composta por seleção sistemática de pares mãe-filho em cada posto de vacinação, seguindo os critérios de inclusão na pesquisa. Foram consideradas inelegíveis as mães de crianças maiores de um ano de idade, as residentes fora do município, as mães de crianças gemelares e/ou adotadas. Foram entrevistados 16.863 pares de mães e crianças menores de um ano de idade, o que corresponde a um aumento do erro amostral de 3,5 para 4,4 %, mantidos os demais critério para o cálculo do tamanho da amostra.

A coleta de dados baseou-se em formulário pré-testado, contendo predominantemente questões fechadas abordando informações sobre características demográficas e socioeconômicas; assistência pré-natal, parto e puerpério; crescimento e desenvolvimento e alimentação da criança, entre outras.

O recorte do presente estudo foi o de mães atendidas pelo SUS, residentes nos nove estados da Região Nordeste. Foram entrevistados 10.346 pares de mães e crianças menores de um ano de idade nos 186 municípios do Nordeste Na amostra da Chamada Neonatal, 1,3% das mulheres não fizeram pré-natal e 17,9% utilizaram serviços de saúde privados. Foram utilizados os dados referentes às entrevistas das 8.354 mães usuárias do SUS, tanto no pré-natal como no parto, sendo que 190 foram excluídas por informação incompleta sobre a vinculação do local do parto durante o pré-natal, restando 8.164 casos válidos

As variáveis deste estudo foram características do pré-natal (trimestre gestacional de início de pré-natal, número de consultas, aferição da pressão, aferição do peso, exame das mamas, realização de exames laboratoriais e de imagem, e orientação do aleitamento materno) e características do parto (humanização no atendimento ao parto e prática clínica no parto).

O local da realização do parto foi distribuído segundo as características: vinculação da gestante ao local do parto, peregrinação no momento do parto e peregrinação intermunicipal para a realização do parto. Foi também analisada a indicação de local de parto segundo a unidade da federação e segundo a realização do parto num hospital público (SUS) de outro município.

Os dados do CNES (Recursos físico-hospitalar - Leitos de internação) mostram que, em 2010, existiam leitos obstétricos em todos os municípios nordestinos incluídos no Pacto. <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/c03b.htm>>

Para análise dos dados foi utilizado o aplicativo SPSS versão 17,0 (SPSS Inc. Chicago. Estados Unidos), utilizando o comando *complex sample*, considerando-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) e intervalo de confiança de 95%.

O Projeto de pesquisa “*Chamada Neonatal: Avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste*” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ em 27/04/10 (Protocolo nº 56/10).

## RESULTADOS

Na Tabela 1, das 8.164 mulheres entrevistadas, 51,8% realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal; e 42,9%, de 4 a 6. A maioria das mulheres — 76,3% — iniciou o pré-natal durante o primeiro trimestre de gestação. Quanto aos indicadores de processo, 98,5% das mulheres tiveram aferido o peso; 98,3%, a pressão arterial e 52,0% fizeram o exame de mamas. Os exames mais frequentes foram: urina (96,1%); hemograma (91,5%); glicemia (83,5%); teste HIV (90,4%); sífilis (68,6%) e ultrassom (96,9%). Quanto ao aleitamento materno, 77,3% tiveram orientação durante o pré-natal. A política de humanização, ou seja, a presença do acompanhante — antes, durante e pós-parto — é um direito das mulheres, no entanto, constatou-se que 92,4% tiveram assegurado esse direito antes do parto,

29,6%, durante o parto e 65,8%, após o parto. A ocorrência do parto normal foi de 58% entre as mulheres no conjunto dos municípios envolvidos, e a experiência do recém-nascido ser exposto à primeira mamada na primeira hora de vida foi relatada por 62,5% da puérperas; o alojamento conjunto mãe-filho foi disponibilizado para 85,3% dos casos.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres usuárias do SUS nos 186 municípios incluídos na Chamada Neonatal, segundo características do pré-natal e parto. Nordeste, Brasil – 2010.

CARACTERÍSTICA DO PRÉ-NATAL	Categoria	Nordeste (N=8.164) <sup>a</sup>	
		%	IC <sub>95%</sub>
Trimestre gestacional de início do pré-natal	Primeiro	76,3	(75,0 – 77,5)
	Segundo	22,5	(21,3 – 23,7)
	Terceiro	1,2	(0,9 – 1,6)
Número de consultas de pré-natal	≥ 7	51,8	(50,4 – 53,3)
	4 a 6	42,9	(41,4 – 44,4)
	1 a 3	5,3	(4,6 – 6,0)
Aferição da pressão arterial no pré-natal	Aferida	98,3	(97,9 – 98,7)
Aferição da evolução do peso no pré-natal	Aferido	98,5	(98,1 – 98,8)
Exame das mamas no pré-natal	Sim	52,0	(50,6 – 53,4)
Realização de exames no pré-natal	Hemograma	91,5	(90,6 – 92,2)
	Glicemia	83,5	(82,4 – 84,5)
	Urina	95,5	(94,9 – 96,1)
	VDRL (para sífilis)	68,0	(66,8 – 69,2)
	HIV (para AIDS)	90,4	(89,6 – 91,2)
	Ultrassonografia	96,9	(96,4 – 97,3)
Orientação de aleitamento materno no pré-natal	Sim	77,3	(76,0 – 78,4)
CARACTERÍSTICA DO PARTO	Categoria	Nordeste (N=8.164) <sup>a</sup>	
		%	IC <sub>95%</sub>
Humanização no atendimento ao parto	Acompanhante antes	92,4	(91,6 – 93,1)
	Acompanhante durante	29,6	(28,4 – 30,9)
	Acompanhante após	65,8	(64,6 – 67,0)
Prática clínica no parto	Parto normal	58,0	(56,6 – 59,4)
	Mamada na 1ª hora	62,5	(61,1 – 63,8)
	Alojamento conjunto	85,3	(84,2 – 86,3)

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados da Chamada Neonatal, 2010.

A Tabela 2 mostra a vinculação ao local do parto e a peregrinação no momento do parto. Dentre as 8.164 mulheres estudadas na pesquisa, 56,1% relataram que não foram orientadas durante o pré-natal sobre qual hospital/ maternidade/ casa de parto, deveria fazer o seu parto; 31,2% não realizaram o parto



no local indicado por causa da distância e 3,3% por outras razões (não adesão); apenas 9,4% fizeram o parto na maternidade vinculada (adesão ao local indicado). Quanto aos indicadores relacionados ao acesso e ao cuidado recebidos durante o parto, verifica-se que 80,8% das gestantes foram atendidas no primeiro serviço de saúde que procurou e 19,2% buscou mais de um serviço para serem atendidas. Importante frisar que a desconexão entre o serviço de saúde e as gestantes levou 17,3% a peregrinar para o serviço de saúde de outros municípios.

Tabela 2. Distribuição das mulheres usuárias do SUS dos 186 municípios incluídos na Chamada Neonatal, segundo o local de realização do parto. Nordeste, Brasil, 2010.

Características do local de realização do parto	Frequência (%)
<b>Vinculação da gestante ao local de parto (N=8.164)</b>	
Não recebeu indicação do local do parto durante o pré-natal	56,1
Não realizou o parto no local indicado por causa da distância	31,2
Não realizou o parto no local indicado por outros motivos	3,3
Realizou o parto no local indicado durante o pré-natal	9,4
<b>Peregrinação no momento do parto (N=8.164)</b>	
Procurou um serviço de saúde no qual foi atendida e fez o parto	80,8
Procurou dois serviços de saúde até ser atendida e fazer o parto	16,1
Procurou três serviços de saúde até ser atendida e fazer o parto	2,5
Procurou quatro serviços de saúde até ser atendida e fazer o parto	0,5
Procurou cinco ou mais serviços de saúde até ser atendida e fazer o parto	0,1
<b>Peregrinação intermunicipal para realizar o parto (N= 8.164)</b>	
Fez o parto em serviço de saúde no município onde reside	82,7
Fez o parto em serviço de saúde em um município onde não reside	17,3

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados da Chamada Neonatal, 2010.

Analisou-se ainda a proporção de indicação de local de parto segundo a Unidade da Federação (Figura 1). Houve diferença entre os estados, variando de 41,2% [IC<sub>95%</sub> 37,4 - 45,1] no Rio Grande do Norte, a 67,1% [IC<sub>95%</sub> 64,5 - 69,7] no Estado da Paraíba — esta foi a única diferença estatisticamente significativa entre as UF.

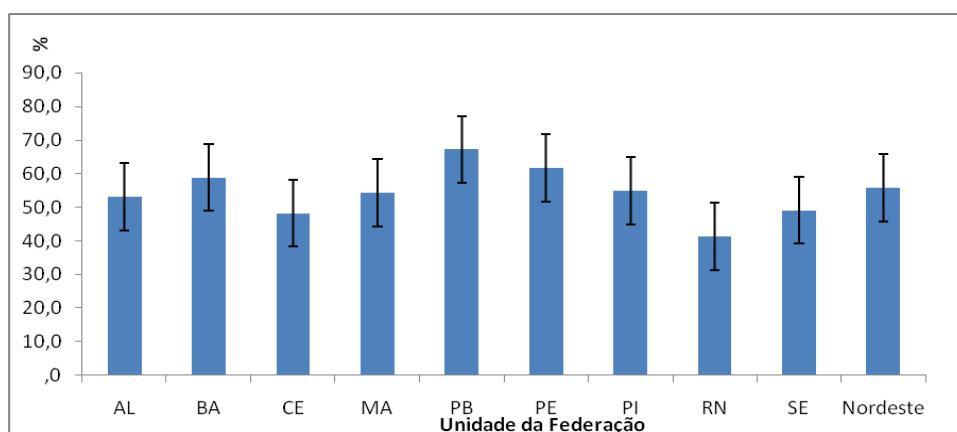


Figura 1. Proporção do local de parto às mulheres usuárias do SUS nos 186 municípios incluídos na Chamada Neonatal, segundo a Unidade da Federação. Nordeste, Brasil, 2010.

Os dados da Tabela 3, mostram que 17,4% realizaram o parto num hospital público (SUS) de outro município. A situação dos Estados de Pernambuco, 36,5% [IC<sub>95%</sub> 33,2 - 39,9] e de Sergipe, 28,8% [IC<sub>95%</sub> 25,8 - 32,0], de partos com peregrinação para outros municípios — foram significativamente maiores do que em outros Estados do Nordeste.

Tabela 3. Distribuição das mulheres usuárias do SUS dos 186 municípios incluídos na Chamada Neonatal, que peregrinaram para parir em outro município, segundo a Unidade da Federação. Nordeste, Brasil, 2010.

	% SUS em outro município	IC <sub>95%</sub>
AL	14,3	11,9 – 17,1
BA	9,5	7,7 – 11,7
CE	12,0	10,0 – 14,2
MA	13,7	11,5 – 16,3
PB	18,8	17,1 – 20,6
PE	36,4	33,1 – 39,9
PI	12,7	10,7 – 14,9
RN	12,7	10,4 – 15,4
SE	28,4	25,6 – 31,5
Nordeste	17,4	16,5 – 18,4

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados da Chamada Neonatal, 2010.

## DISCUSSÃO

A grande maioria das mulheres, 76,3%, iniciou o pré-natal no primeiro trimestre, e quase 95 % fizeram de 4 ou mais consultas. Ambos são indicadores de processo para avaliação do pré-natal segundo o PHPN do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000; SERRUYA et al, 2004). É nesse início do pré-natal que a gestante deveria ser vinculada à maternidade onde se realizará o parto (Lei nº 11.634).

A maioria das mulheres relatou que, durante o pré-natal, sua pressão arterial foi aferida; apenas cerca de metade das mulheres relatou que suas mamas foram examinadas nesse período — um procedimento de rotina que pode medir também a qualidade do serviço oferecida. Também a proporção de realização de exames foi elevada, inclusive para a pesquisa de HIV. Importante destacar que a

ultrassonografia foi realizada em 96,9%, demonstrando a força da incorporação de tecnologia no pré-natal. Em contrapartida, exame simples e tradicional como o VDRL, para triagem de sífilis, foi realizado em apenas 68% das mulheres. Esse exame é mandatório durante o pré-natal pelo seu potencial impacto na prevenção da sífilis congênita, cuja prevalência tem mostrado uma tendência a aumentar nos últimos anos (ARAÚJO et al, 2012). Esse fato, aliado à alta proporção de cesarianas, ilustra a intensa medicalização somada ao acúmulo de conhecimento e desenvolvimento tecnológico, mas com a persistência de elevadas taxas de morbimortalidade materna e infantil — ocorrência difundida por Diniz como “paradoxo perinatal brasileiro” (DINIZ, 2009).

Quanto aos indicadores relacionados ao acesso e ao cuidado recebido durante o parto, mais de 50% das mulheres não foram informadas sobre qual hospital/ maternidade/ casa de parto, deveriam fazer o seu parto.

A Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação a maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. A mulher tem direito ao conhecimento e vinculação previa à maternidade que realizará seu parto e àquela onde será atendida nos casos de intercorrência pré-natal. A lei, publicada em 2007, não foi cumprida na Região Nordeste até 2010 segundo os resultados aqui apresentados.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a atenção pré-natal se constitui no acompanhamento da mulher desde o momento da detecção da gestação até a primeira consulta de puerpério. Tem como objetivos desenvolver atividades voltadas à promoção da saúde com vistas à qualidade de vida, bem como desenvolver a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças comuns do período gestacional. Para que esses objetivos sejam efetivamente cumpridos, há necessidade de uma rede de serviços de saúde organizada desde a Atenção Primária de Saúde (APS) até o nível terciário da assistência.

As ações de referência das gestantes ao parto, preconizadas pelo Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e pela Lei nº 11.634, ainda apresentam falhas. Percebe-se que essas ações contemplam na maior parte dos casos apenas as mulheres de risco obstétrico durante o pré-natal. O diminuto

número de leitos obstétricos de baixo risco e o alto fluxo de gestantes em busca de atendimento no momento do parto acaba gerando a peregrinação dessas gestantes, que têm que percorrer longas distâncias de uma maternidade a outra até conseguir atendimento, fato este de extrema gravidade visto que é no período próximo ao parto que ocorrem a maior parte das mortes maternas. (MEDEIROS, 2000).

A acessibilidade organizacional é representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização de assistência à saúde (FEKETE, 1995). No que se refere ao domínio mais amplo de acessibilidade, devem ser considerados os obstáculos que surgem da continuidade da assistência, nos mecanismos de referência e contrarreferência, bem como no grau de hierarquização da rede.

Segundo os dados aqui apresentados, houve uma ruptura entre o pré-natal que teve cobertura elevada e a organização da assistência obstétrica. A vinculação só foi indicada em 44,5% dos casos e, do total das mulheres pesquisadas, apenas 9% dos casos ocorreram no local indicado durante o pré-natal, sendo a não adesão motivada em 90% dos casos pela distância. Existe, portanto a falta de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de gestantes garantindo que o local indicado para o parto seja próximo à sua residência. Destaca-se que, na maior parte dos casos, a mulher acaba por peregrinar em busca de uma maternidade utilizando de meios próprios, favorecendo a elevação nos índices de complicações na hora do parto.

Os dados dessa pesquisa também nos mostram que quase 20% dos partos foram realizados no serviço público (SUS) de outros municípios. Isso só reforça a tese de que as mulheres, por si só, procuram um serviço de excelência para realizar o seu parto, mesmo que esse local seja no município vizinho.

Na avaliação da peregrinação anteparto de uma amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro, 1999/2001, com 6.652 pacientes analisadas, registrou-se que 2.228 (35%) buscaram assistência em mais de uma maternidade e observou-se ainda que nem sempre a paciente conseguiu ser internada na segunda maternidade que procurou. Das 2.228 pacientes que buscaram assistência em mais de uma maternidade, 70,7% foram internadas na segunda maternidade, 15%, na terceira, 7,8%, na quarta e 1,5% na quinta maternidade que procuraram. Houve uma

paciente que passou por cinco estabelecimentos diferentes até conseguir ser internada no sexto hospital que procurou, configurando uma extensa peregrinação anteparto. (As gestantes em muitos casos, não foram atendidas na primeira maternidade em que procuram, dando início a um processo de peregrinação no anteparto). Cerca de 70% das buscas por maternidade foram desencadeadas por falta de vagas na unidade de saúde (MENEZES et al, 2001).

Em outro trabalho realizado com gestantes no último trimestre gestacional, acompanhadas por serviços da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, os autores apontam que a maior parte das mulheres entrevistadas relatou ter sido bem atendida, embora nenhuma delas elogiasse os serviços, visto que muitas peregrinaram antes de conseguirem acesso à maternidade. (ALBUQUERQUE, V. N et al, 2011).

Em outra publicação (CUNHA et al, 2010), “Peregrinação no Anteparo em São Luís do Maranhão”, numa amostra com 357 puérperas os resultados apontaram que 40,6% delas receberam atendimento após terem percorrido mais de um serviço de saúde, e 40% foram a, pelo menos, duas maternidades — o motivo foi a não disponibilidade de leito para 60% dos casos.

Segundo Tanaka (1995), a desarticulação entre os serviços de saúde leva à descontinuidade da assistência de pré-natal, parto e puerpério. O “Cartão da Gestante”, já teve várias denominações e não registra os eventos da atenção pré-natal; e o médico não valoriza os dados do cartão de pré-natal.

A gestante é obrigada a procurar por conta própria o local onde irá ter seu filho. Isso tem gerado ao longo do tempo, principalmente na última década, uma verdadeira peregrinação para se obter assistência hospitalar ao parto. Parece que cada serviço trabalha de modo estanque, como se a sua atividade tivesse um fim em si mesmo.

Se ainda não existe a vinculação à maternidade durante o início do pré-natal, na hora do parto, a gestante não sabe para que serviço de saúde/ maternidade/ casa de parto deve ir. Em termos de planejamento, fica muito difícil para o gestor, tanto municipal como estadual, planejar uma rede de atenção obstétrica porque todas as gestantes dos municípios poderão ir para todas as maternidades da região

ou do Estado. Se a lei fosse cumprida, existiria um histórico de número de partos pela inscrição da gestante no início do pré-natal e, portanto, seria possível construir a rede com regulação obstétrica.

Os estados e municípios, ao fazer adesão à implementação das políticas de saúde, traçam planos a serem cumpridos para atingir as metas. Ao fazer os planos, como agora, na adesão à Rede Cegonha, existe a necessidade de pensar ações que garantam a vinculação da gestante, no início do pré-natal, à maternidade onde se realizará o parto. Para que essa ação seja realizada, é necessário que os três níveis, de forma conjunta, façam o diagnóstico da rede obstétrica existente de fato, avaliem estrutura, processos e resultados para que se planeje a garantia do acolhimento e atendimento à gestante dentro de cada realidade.

Na verdade, a federação brasileira é constituída em sua maioria de municípios de pequeno porte; existe, portanto, uma necessidade premente da pactuação dos municípios que fazem parte de uma região com a coordenação do Estado. A gestante em peregrinação para outro município, à procura da maternidade, está exposta a inúmeros riscos que podem surgir para o binômio mãe-filho. É instalada a fragilidade social quando a mulher fica distante dos seus entes queridos, sem nenhum apoio, sem nenhuma rede social presente. Além do que, o deslocamento à procura de maternidade, sem garantia do transporte e atendimento adequados é um caminho obscuro, de incertezas a respeito do que poderá acontecer no momento do parto.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. N et al. **Um olhar sobre peregrinação anteparto**: Reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. Rev. de Pesquisa: Cuidado é fundamental. Unirio, 2011.

BECKER R A & Lechtig A. **Evolução da Mortalidade Infantil no período 1977-1984**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde. Série C: Estudos e Projetos, 3, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico. **Assistência pré-natal**. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459/GM, de 24 de junho de 2011. **Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 386, de 06 de julho de 2005. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 01 de junho de 2006. **Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **PNDS 2006 – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal**: 2009–2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. **Política de Assistência à Saúde Integral da Mulher**. Brasília, 1983.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CESAR G V. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios**. The Lancet. Saúde no Brasil 2. pág. 32-46. 2011.

CHRESTANI, Maria Aurora D. et al. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n° 7, July 2008.

COSTA AM, GUITHEMD, Walter MIMT. Atendimento a gestante no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública** 2005; 39 (5):768-74.

DINIZ, C, S, G. Assistência ao parto e relações de gênero: elemento para uma releitura médica – social. In: SERRUYA, Suzane. **A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Imprensa Oficial do Estado – São Paulo, 1996.

DINIZ, C.S.G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Imprensa Oficial do Estado - São Paulo, 1996.

DINIZ, C.S.G.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **Gender violence and reproductive health**. Int J Gynecol Obstet, 63 (Suppl.1):S33-S42, 1998.

DINIZ, C.S.G. Maternidade Voluntária, Prazerosa e Socialmente Amparada – Breve História de uma luta. In: **Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde**. São Paulo. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**. 2009; 19(2):313-326.

FEKETE MC. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde**. Texto elaborado para bibliografia básica do Projeto Gerus/Desenvolvimento



Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Brasil, p. 177-184, 1995.

LANSKY, Sônia; FRANCA, Elisabeth, ISHITANI, Lenice; PERPÉTUO, Ignez H. O. Evolução da Mortalidade Infantil no Brasil – 1980 a 2005. In: **Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 416 p. (Série G Estatística e Informação em Saúde).

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n° 1, Jan. 2005

MEDEIROS. **Um olhar sobre a peregrinação anteparto**: reflexões sobre o acesso ao pré-natal e ao parto. [www.seer.unirio.br/index.php/cuidado\\_fundamental/article/.../659/1320](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/.../659/1320). 2000.

MENEZES, Daniela Contage Siccardiet al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n° 3, Mar. 2006.

MURPHY-LAWLESS, Jo. **Reading birth and death**: a history of obstetric thinking. Cork University Press, 1998.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giácomo; CECATTI, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Bras. de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 4, n° 3, Sept. 2004.

SILVA N.N. **Amostragem Probabilística**: um curso introdutório. São Paulo: EDUSP, 1998.

SZWARCWALD CL, LEAL MC & JOURDAN, A M F. Mortalidade infantil: o custo social do desenvolvimento brasileiro. In: Leal MC, Sabroza PC, Rodriguez RH & Buss PM. **Saúde, Ambiente e Desenvolvimento**. Volume II. HUCITEC-ABRASCO, 1992.

## CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a compreensão do acesso das gestantes ao parto, na região Nordeste, trazendo à tona a discussão sobre peregrinação antes do parto, e subsídios que permitem a reflexão sobre as lacunas existentes entre o pré-natal e o encaminhamento seguro da mulher para a maternidade vinculada.

Observa-se que a cada governo, criam-se programas e pactos, como a Lei nº 11.634/2007 que delega ao SUS a responsabilidade da vinculação da gestante à maternidade na qual será feito o parto, abrangendo dois dos “8 Objetivos do Milênio” – proposta da ONU em 2000 –, no entanto, não há fiscalização e /ou qualquer tipo de controle.

Todavia, na região Nordeste, percebeu-se que a peregrinação antes do parto ocorre devido às lacunas existentes entre a APS e as unidades básicas e terciárias. No sistema de referência e contrarreferência, não há coordenação da APS próxima às áreas adstritas das UBSs onde estão as gestantes.

As consequências dessa peregrinação contribuem tanto para o desconforto da parturiente como para o óbito fetal ou materno-fetal. Notou-se que as maternidades não tem um sistema de transporte e comunicação, para que a gestante seja transferida de forma acompanhada e segura – motivo pelo qual continuarão peregrinando em busca de um leito obstétrico.

Como limitação do estudo, a amostra, inclui apenas as mulheres que compareceram à vacinação de 12 de junho de 2010, na região Nordeste.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA - 20 ANOS DE PARCERIAS NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO, 6, 2005. Belo Horizonte. **Anais do VI Congresso da Rede UNIDA**. Belo Horizonte: Rede UNIDA, 2005. p. 25-32.

ALLEYNE, G. A.; CASTILLO-SALGADO, C.; SCHNEIDER, M.C.; LOYOLA, E.; VIDAURRE, M. **Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches**. Pan Am J Public Health, 12:388-97, 2002.

ARKADER J. **Mortalidade materna**. (1993). (Tese de Concurso para Professor Titular) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, Niterói.

ÁVILA, Maria Betânia e CORRÊA, Sonia. **O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil**. Disponível em: <<http://reocities.com/Athens/Acropolis/9741/articulos/dersex/omovim.htm>>. Acesso em 08 mar.2013.

BARROSO, Carmem; CORRÊA, Sônia. (1995). Women's movements and the introduction of reproductive rights in the Brazilian political agenda. In: SYMPOSIUM ON THE POLITICS OF INDUCED FERTILITY CHANGE, Bellagio, 1990. Mimeo.

BERCINI, L. O. Mortalidade neonatal de residentes em localidade urbana da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 38- 45, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.459/GM, de 24 de junho de 2011. **Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.016, de 19 de junho de 1998. **Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 386, de 06 de julho de 2005. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº569/GM, de 01 de junho de 2000. **Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 04 de julho de 2005. **Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual Técnico. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada** –. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual Técnico. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. **Política de Assistência à Saúde Integral da Mulher**. Brasília, 1984.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Políticas de Saúde. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 2ª edição.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual Técnico. **Assistência pré-natal**. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, jun. 1991. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso)>.

BUESS, H. **Os primórdios da obstetrícia**. Actas Ciba -10,17(10). 1950.

CHRESTANI, Maria Aurora D. et al. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, nº 7, jul. 2008.

CLAP - CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA E DESARROLO HUMANO. **Tecnologías perinatales**. Montevideo, 1992. (Publicación Científica del CLAP, 1255).

COOK, RJ, GALLI Bevilacqua MB. **Invoking human rights to reduce maternal deaths.** Lancet 2004; 363.

CORREA, Sônia. PAISM: Uma história sem fim. **Rev. Bras. Estudos Pop**, Campinas, 10 (1/2), 1993. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev\\_inf/vol10\\_n1e2\\_1993/vol10\\_n1e2\\_1993\\_1artigo\\_3\\_12.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol10_n1e2_1993/vol10_n1e2_1993_1artigo_3_12.pdf)>.

COSTA, Ana Maria (org.); MERCHAN-HAMANN, Edgar (org.); TAJER, Débora. (org.). **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; WALTER, Maria Inêz Machado Telles. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, nº 5, out. 2005.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar.** 4ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1999. 286p.

CUNHA, Sabrina Furtado, et. al. **Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão.** Cogitare Enfermagem; 15(3):441-447, jul.- set. 2010.

DAVIS-FLOYD, R. **The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth.** Int J Gynaecol Obstet. 2001; 48 Suppl:S33-S52

DINIZ, C. S. G. Assistência ao parto e relações de gênero: elemento para uma releitura médica – social. In: SERRUYA, Suzane. **A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil.** Imprensa Oficial do Estado. São Paulo, 2000.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, local, 19(2): 313-326, 2009.

\_\_\_\_\_. Maternidade Voluntária, Prazerosa e Socialmente amparada – Breve História de uma luta. In: **Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde.** São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social.** 1997. Nº de folhas. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - USP, São Paulo.

DONZELOT, Jaques. **A polícia das famílias.** 2ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1980. 209p.

\_\_\_\_\_. As transformações da intervenção social face à exclusão, in **Ser Social**, Brasília, nº 3, julho a dezembro, 1998, UNB, p. 177-192.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. **O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil.** SaudeSoc, São Paulo, v. 17, n. 2, jun. 2008.

FAGUNDES A, CECATTI J G. **Morte materna: uma tragédia evitável.** 2ª ed. São Paulo: Editora da Unicamp, 1991.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 12ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1996. 295p.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica.** 5ª ed., Rio de Janeiro. Forense Universitária: 1998. 242 p.

GHOSH, M. K. **Maternal mortality.** J. Reprod. Med, 46:427-33, 2001.

GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, local,12 (Supl.2): 95-8, 1996.

LANSKY, S.; FRANÇA, E; LEAL, M. C. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1389-1400, set./out., 2002.

LANSKY, Sônia; FRANCA, Elisabeth, ISHITANI, Lenice; PERPÉTUO, Ignez H. O. Evolução da Mortalidade Infantil no Brasil – 1980 a 2005. In: **Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 416 p. (Série G Estatística e Informação em Saúde).

LANSKY, Sônia; FRANCA, Elizabeth; LEAL, Maria do Carmo. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, Dec. 2002.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 23-30, 2000.

LEAL, Maria do Carmo. **Maternidades do Brasil.** Radis: Comunicação em Saúde, 2002. FIOCRUZ, nº 2, 2002.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, jan. 2005.

LOURO, Guacira. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (Orgs.). **Gênero e Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MAHLER, H. **The safe motherhood initiative: a call to action**. Nairobi, World Health Organization, Genebra, 1987.

MENDES, E.V. **A Evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e nas tecnologias médicas**. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1984.

MENEZES, Daniela Contage Siccardi et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, mar. 2006.

MURPHY-LAWLESS, Jo. **Reading birth and death: a history of obstetric thinking**. Cork University Press, 1998.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M., A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, nº 3, p. 651-657, 2005.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, Local? 34:547-59, 2000.

OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v., nº , p.? 2013.

ROSENFELD, A.; MAINE, D. **Maternal mortality – A Neglected tragedy. Where is the M in MCH?** Lancet, 83-5, 1985.

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos et al. **Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil**. Saudesoc., São Paulo, v. 17, nº 2, June 2008.

SERRUYA, S. **Mulheres esterilizadas: submissão e desejo**. Pará, UEPA e UFPA – 1996.

SERRUYA, S.; LAGO, TG. **A mortalidade materna no Brasil**. J Febrasgo, 8:6-8, 2001.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Unicamp, 2003.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giácomo; CECATTI, et. Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**. Recife, v. 4, nº 3, set. 2004.

SHIFFMAN, J. **Can poor countries surmount high maternal mortality?** **Stud Fam Plann**, 3:274-89, 2000.

SILVA N.N. **Amostragem Probabilística**: um curso introdutório. São Paulo: EDUSP, 1998.

TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. **Maternidade**: Dilema entre Nascimento e Morte. São Paulo: Ed. Hucitec/ABRASCO, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth**: a practical guide - maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit. World Health Organization, Genebra, 1996.


WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank. **Reduction of maternal mortality**: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement. World Health Organization, Genebra, 1999.



ANEXO I – Relação dos 189 municípios prioritários do Pacto para Redução da Mortalidade Infantil, que participaram da pesquisa "Chamada Neonatal", segundo Unidade da Federação.

UF	Município
Alagoas	Arapiraca, Coruripe, Delmiro Gouveia, Joaquim Gomes, MACEIÓ, Marechal Deodoro, Palmeira dos Índios, Penedo, Rio Largo, Santana do Ipanema, São Luís do Quitunde, Teotônio Vilela, União dos Palmares
Bahia	Alagoinhas, Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Camaçari, Casa Nova, Dias d'Ávila, Eunápolis, Feira de Santana, Guanambi, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itamaraju, Itapetinga, Jacobina, Jaguaquara, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal, SALVADOR, Santa Maria da Vitória, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, Senhor do Bonfim, Serrinha, Simões Filho, Teixeira de Freitas, Valença, Vitória da Conquista
Ceará	Barbalha, Camocim, Canindé, Caucaia, Crateús, Crato, FORTALEZA, Granja, Icó, Iguatu, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Quixadá, São Benedito, Sobral, Tianguá, Viçosa do Ceará
Maranhão	Açailândia, Alcântara, Bacabal, Balsas, Barra do Corda, Barreirinhas, Buriti, Carolina, Caxias, Chapadinha, Codó, Coelho Neto, Colinas, Coroatá, Cururupu, Estreito, Governador Nunes Freire, Imperatriz, Itapecuru Mirim, Lago da Pedra, Paço do Lumiar, Pedreiras, Pinheiro, Porto Franco, Presidente Dutra, Raposa, Rosário, Santa Inês, Santa Luzia, São João dos Patos, São José de Ribamar, SÃO LUÍS, Timon, Tuntum, Vargem Grande, Viana, Zé Doca
Paraíba	Alagoa Grande, Alhandra, Areia, Bayeux, Cabedelo, Cajazeiras, Campina Grande, Esperança, Guarabira, Itabaiana, JOÃO PESSOA, Juazeirinho, Mamanguape, Monteiro, Patos, Princesa Izabel, Queimadas, Santa Rita, Sapé, Sousa, Taperoá
Pernambuco	Araripina, Arcoverde, Belo Jardim, Bom Conselho, Buíque, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Caruaru, Escada, Garanhuns, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Ouricuri, Palmares, Paulista, Pesqueira, Petrolina, RECIFE, Salgueiro, Santa Cruz do Capibaribe, São Bento do Uma, São Lourenço da Mata, Serra Talhada, Timbaúba, Vitória de Santo Antão
Piauí	Altos, Barras, Batalha, Bom Jesus, Castelo do Piauí, Cocal, Corrente, Esperantina, Floriano, José de Freitas, Luzilândia, Miguel Alves, Oeiras, Parnaíba, Paulistana, Pedro II, Picos, Piracuruca, Piri-piri, São João do Piauí, São Raimundo Nonato, TERESINA, União, Valença do Piauí
Rio Grande do Norte	Caicó, Ceará-Mirim, Currais Novos, Macaíba, Mossoró, NATAL, Parnamirim, Pau dos Ferros, São Gonçalo do Amarante
Sergipe	ARACAJU, Capela, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora do Socorro, Propriá, São Cristóvão

ANEXO II – Questionário “Chamada Neonatal”: Avaliação da atenção ao pré-natal aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste.



**Ministério da Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública**  
**Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde**  
**Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil**  
**FORMULÁRIO PADRÃO**

NUM FAM:

INÍCIO:   h e   min

**PARA A CRIANÇA MENOR DE TRÊS MESES SELECIONADA: A MÃE ACOMPANHA A CRIANÇA?**

Sim (inicie o questionário)

NÃO- As perguntas devem ser feitas à mãe da criança. Poderemos ir posterior dia até a residência para falar com ela. É possível ir até a residência? (SOMENTE PARA CAPITAIS DE ESTADO)

NÃO (AGRADEÇA E ENCERRE)

Sim. Por favor, qual o nome da mãe da criança? \_\_\_\_\_

Endereço? \_\_\_\_\_ Ponto de Referência? \_\_\_\_\_

Telefone para contato? \_\_\_\_\_ Tem celular? \_\_\_\_\_

(faça as medidas antropométricas e registre nas questões 136, 137, 138 e 139)

**PARA A CRIANÇA MENOR DE UM ANO SELECIONADA**

**IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO**

01. Estado (UF):   02. Município \_\_\_\_\_

03. UBS \_\_\_\_\_ 04. código

05. Nome do entrevistador \_\_\_\_\_ 06. Data da Coleta   /   /

07. Nome da MÃE \_\_\_\_\_ 08. Data nasc. da MÃE   /   /

09. Nome da CRIANÇA \_\_\_\_\_ 10. Data nasc. da CRIANÇA   /   /

(Priorize data da Certidão de Nascimento ou Caderneta de Saúde)

11. Sexo da CRIANÇA  Masculino  Feminino

12. Até que série a mãe completou com aprovação na escola?

Não estudou  Não sabe informar

ENSINO FUNDAMENTAL:  1  2  3  4  5  6  7  8  9

ENSINO MÉDIO:  1  2  3 (PULE PARA 14)

ENSINO SUPERIOR (ou mais):  Completo  Incompleto (PULE PARA 14)

13. Você sabe ler uma carta ou jornal com:  Facilidade  Dificuldade  Não sabe ler  Não se aplica

14. Em sua opinião, sua cor ou raça é:  Branca  Parda  Negra  Indígena  Amarela (Arábica, Japonesa, Chinesa, Coreana)

15. Quem CHEFIA a sua casa ou família é:  Você (PULE PARA 19)  Outras pessoas

16. Qual o sexo do(a) Chefe de Família?  Masculino  Feminino  Não se aplica

17. Até que série o(a) Chefe de Família completou na escola?

Não estudou  Não sabe informar

ENSINO FUNDAMENTAL:  1  2  3  4  5  6  7  8  9

ENSINO MÉDIO:  1  2  3

ENSINO SUPERIOR (ou mais):  Completo  Incompleto

18. O Chefe de Família sabe ler uma carta ou jornal com:  Facilidade  Dificuldade  Não sabe ler  Não se aplica

19. Na sua casa, alguém recebe Bolsa Família, Bolsa Escola ou Bolsa Alimentação?  Sim  Não (PULE PARA 21)

20. Há quanto tempo recebem a Bolsa Família, Bolsa Escola ou Bolsa Alimentação?

anos   meses (se menos de 1 ANO, anotar apenas os meses; se mais de 1 ANO e não lembrar meses, anotar apenas anos)

Não sabe informar  Não se aplica

**ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO**

Agora irei perguntar como foi a sua gravidez quando esperava \_\_\_\_\_

(nome da criança avaliada)

21. Você fez o pré-natal durante esta gravidez?  Não  Sim (PULE PARA 23)

- 1 -

8084311432

NUM FAM: 

22. Por que você não fez o pré-natal?  
 Não recebeu informação (PULE PARA 44)  Não achou importante (PULE PARA 44)  Era longe (PULE PARA 44)  
 Não conseguiu consulta (PULE PARA 44)  Não sabia que precisava (PULE PARA 44)  Outro motivo (PULE PARA 44)  Não se aplica
23. Você fez o seu pré-natal em um serviço:  
 Público do SUS do seu município  Público do SUS de outro município  
 Particular/Serviço de convênio/Plano de Saúde  Serviço Privado/Particular  Não se aplica
24. Este local era:  Unidade básica de saúde (posto/ centro de saúde)  Hospital/Maternidade  Consultório particular  
 Ambulatório de especialidade (por exemplo: ginecologia, clínica geral, cardiologia)  Outro  Não sabe informar  Não se aplica
25. Você teve de pagar alguma coisa por algum atendimento ou exame, incluindo ultra-som, durante este pré-natal?  
 Não  Sim, todas as vezes  Sim, algumas vezes  Não sabe  Não quis informar  Não se aplica
26. Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez de \_\_\_\_\_?  
 consultas:  Não sabe informar  Não se aplica  
(nome da criança avaliada)
27. Com quantos meses de gravidez você fez a primeira consulta deste pré-natal?  mês(es)  
 Não sabe  Não se aplica
28. Durante este pré-natal, sua pressão foi medida:  
 em todas as consultas  em algumas consultas  em nenhuma consulta  Não sabe informar  Não se aplica
29. Durante este pré-natal, seu peso foi medido:  
 em todas as consultas  em algumas consultas  em nenhuma consulta  Não sabe informar  Não se aplica
30. Quantos quilos você ganhou do início da gravidez até o parto?  Kg  
 Não ganhou, perdeu  Não sabe informar  Não se aplica
31. Durante este pré-natal, você fez algum exame de anemia?  
 Sim  Não  Não sabe informar  Não se aplica
32. Durante este pré-natal, você fez algum exame de glicemia ou açúcar no sangue?  
 Sim  Não  Não sabe informar  Não se aplica
33. Durante este pré-natal, você fez algum exame de urina?  
 Sim  Não  Não sabe informar  Não se aplica
34. Durante este pré-natal, você fez teste para HIV/AIDS?  
 Sim  Não (PULE PARA 36)  Não sabe (PULE PARA 36)  Não se aplica
35. Quanto tempo demorou em receber o resultado do teste para HIV/AIDS?  
 Até 2 semanas  Mais de 2 semanas  Não recebeu  Não sabe informar  Não se aplica
36. Durante este pré-natal, você fez algum teste de Sífilis?  
 Sim, uma vez  Sim, duas vezes  Não (PULE PARA 38)  Não sabe informar (PULE PARA 38)  Não se aplica
37. Quanto tempo demorou em receber o resultado do teste de Sífilis?  
 Até 2 semanas  Mais de 2 semanas  Não recebeu  Não sabe informar  Não se aplica
38. Durante este pré-natal, suas mamas foram examinadas:  
 Em todas as consultas  Em algumas consultas  Em nenhuma consulta  Não sabe informar  Não se aplica
39. Durante este pré-natal, você recebeu vacina contra o tétano:  
 Sim  Não  Não sabe informar  Não se aplica
40. Durante este pré-natal, você recebeu orientação sobre aleitamento materno?  
 Sim  Não  Não sabe informar  Não se aplica
41. Durante este pré-natal, você fez algum Ultra-som (Ecografia)?  
 Sim  Não (PULE PARA 43)  Não sabe informar (PULE PARA 43)  Não se aplica
42. Quantos exames de ultra-som (ecografias) você fez?   Não sabe informar  Não se aplica
43. Em sua opinião, a qualidade do atendimento deste pré-natal foi:  
 Muito Boa  Boa  Satisfatória  Ruim  Muito Ruim  Não se aplica
44. Durante a gravidez do(a) \_\_\_\_\_  
 Você foi internada por alguma complicação da gravidez?  
 Sim  Não (PULE PARA 51)  Não sabe informar (PULE PARA 51)
45. Por qual motivo?  Hipertensão  Infecção Urinária  Diabetes  Outros  Não se aplica
46. O hospital onde você foi internada era um serviço:  
 Público do SUS do seu município  Particular/Serviço de convênio/Plano de Saúde  Não se aplica  
 Público do SUS de outro município  Serviço Privado/Particular

NUM FAM: 

47. Durante esta complicação, você teve que ser transferida para outro hospital com mais recursos?  
 Sim  Não (PULE PARA 49)  Não sabe informar (PULE PARA 49)  Não se Aplica
48. Que transporte você usou para ir ao outro hospital?  
 Ambulância/Ambulância  Avião/Helicóptero  Camo  Barco  Outro  Não se Aplica
49. Nesta ocasião, você foi internada na UTI?  Sim  Não  Não sabe informar  Não se Aplica
50. Nesta ocasião, você precisou de aparelhos para respirar? (por exemplo: tubo na garganta/Ventilação mecânica/ Pulmão artificial)  Sim  Não  Não sabe informar  Não se Aplica
51. Algum médico disse que você teve pressão alta por causa da gravidez?  Sim  Não  Não sabe informar
52. Durante esta gravidez, no parto ou logo após o parto, você teve convulsões ou crises?  
 Sim  Não (PULE PARA 54)  Não sabe informar (PULE PARA 54)  Não se Aplica
53. Havia apresentado convulsões ou crises antes?  Sim  Não  Não sabe informar  Não se aplica
54. Durante esta gravidez, teve algum sangramento que chegou a molhar a roupa, cama ou o chão?  
 Sim  Não  Não sabe informar
55. Até TRÊS dias depois do parto, teve sangramento intenso (que chegou a molhar a roupa, cama ou o chão)?  
 Sim  Não (PULE PARA 57)  Não sabe informar (PULE PARA 57)
56. Recebeu transfusão de sangue devido a este sangramento?  Sim  Não  Não sabe informar  Não se Aplica
57. Teve febre alta após o parto que necessitou usar antibiótico?  Sim  Não  Não sabe informar (PULE PARA 59)
58. Esta febre veio com calafrios?  Sim  Não  Não sabe informar  Não se aplica
59. Seu útero foi retirado por causa de alguma destas complicações?  Sim  Não  Não sabe informar
60. No pré-natal, você foi informada sobre qual hospital/ maternidade/ casa de parto deveria fazer o parto?  
 Sim  Não (PULE PARA 63)
61. Você fez o parto no serviço de saúde que foi indicado?  Não  Sim (PULE PARA 63)  Não se aplica
62. Por que não?  Não achou importante  Era longe  Não conseguiu vaga  Outro motivo  Não se aplica
63. O serviço de saúde no qual você fez o parto era um  
 Hospital público do SUS do seu município  Outro serviço  
 Hospital público do SUS de outro município  Foi em casa (PULE PARA 61)  
 Hospital privado (Convênio/Plano de saúde)  Foi em outro local (PULE PARA 61)  
 Hospital particular  Não se aplica
64. Este serviço de saúde foi o primeiro que você procurou?  Não  Sim (PULE PARA 67)  Não se aplica
65. Por que você procurou outro serviço?  Não conseguiu vaga  Não tinha médico  Outro motivo  Não se aplica
66. Quantos hospitais você procurou até ser atendida para fazer o parto, quando já estava em trabalho de parto, isto é com contração ou bolsa rompida? (inclusive onde fez o parto)  
 hospitais  Não sabe informar  Não se aplica
67. Quanto tempo se passou desde que você saiu de casa até chegar ao hospital onde fez o parto?  
 horas  minutos  Não sabe informar  
 (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas)
68. Quanto tempo se passou desde que você chegou ao hospital onde fez o parto até ser internada para o parto?(não necessariamente na sala de parto)  
 horas  minutos  Não sabe informar  
 (se menos de 1 hora, anotar apenas os minutos; se mais de 1 hora e não lembrar minutos, anotar apenas horas)
69. Você teve de pagar pelo parto?  Sim  Não  Não sabe informar  Não quis informar
70. Qual foi o tipo de parto deste filho?  Normal  Fórceps  Cesário
71. Nas horas ANTES do parto, durante a internação, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você? (LER AS ALTERNATIVAS)  
 Sim, a pessoa que você escolheu  Não, não sabia que podia ter acompanhante  
 Sim, outra pessoa  Não, não quis acompanhante  
 Não, o serviço não permitiu  Outro

NUM FAM: 

72. DURANTE o parto, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você? (LER AS ALTERNATIVAS)

- Sim, a pessoa que você escolheu       Não, não sabia que podia ter acompanhante  
 Sim, outra pessoa                       Não, não quis acompanhante  
 Não, o serviço não permitiu             Outro

73. DEPOIS do parto, durante a internação, você foi acompanhada por alguma pessoa da sua família ou alguma pessoa próxima a você? (LER AS ALTERNATIVAS)

- Sim, a pessoa que você escolheu       Não, não sabia que podia ter acompanhante  
 Sim, outra pessoa                       Não, não quis acompanhante  
 Não, o serviço não permitiu             Outro

74. A ornança foi colocada no peito para mamar na primeira hora de vida, logo após o parto?  Sim       Não

75. Após o parto, você e o seu bebê ficaram juntos no quarto?  Sim       Não

76. Você tomou uma dose de vitamina A (cápsula vermelha) na maternidade?  Sim       Não       Não sabe informar

77. Quantos dias você ficou internada no hospital após o parto?  dias  Não sabe informar

78. Em sua opinião, a qualidade do atendimento ao parto foi:

- Muito boa       Boa       Satisfatória       Ruim       Muito Ruim

79. Antes de sair da maternidade, seu bebê recebeu alguma vacina?  Sim       Não       Não sabe informar

80. Antes de sair da maternidade, você e seu bebê foram orientados para voltar a algum serviço de saúde:

- na primeira semana       depois da primeira semana       Não       Não sabe informar

81. Na primeira semana depois do nascimento do bebê, você buscou algum serviço de saúde?

- Sim       Não (PULE PARA 84)       Não se aplica

82. Este serviço era:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) do seu município   | <input type="checkbox"/> Consultório de Convênio/Plano de saúde |
| <input type="checkbox"/> Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) de outro município | <input type="checkbox"/> Consultório particular                 |
| <input type="checkbox"/> Ambulatório de especialidade do seu município                         | <input type="checkbox"/> Farmácia                               |
| <input type="checkbox"/> Ambulatório de especialidade de outro município                       | <input type="checkbox"/> Outro                                  |
| <input type="checkbox"/> Hospital Público do SUS do seu município                              | <input type="checkbox"/> Não sabe informar                      |
| <input type="checkbox"/> Hospital Público do SUS de outro município                            |   |

83. Você teve de pagar alguma coisa por este atendimento?

- Não       Sim       Não sabe informar       Não quis informar       Não se aplica

84. Depois do nascimento do bebê, você recebeu visita na sua casa de algum profissional da Saúde da Família?

- Sim, na primeira semana       Sim, no primeiro mês       Sim, depois do primeiro mês       Não       Não se aplica

#### AValiação DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

85. Este bloco é para ornança com menos de 3 MESES, isto é, nascida entre 13 de março e 12 de junho

A ornança tem menos de três meses?  Sim       Não (PULE PARA 86)

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, responder o que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje. NOS ÚLTIMOS SETE DIAS...

86. Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas:

- Como sempre faz       Não tanto quanto antes       Sem dúvida, menos que antes       De jeito nenhum       Não se aplica

87. Você sente prazer quando pensa no que está por acontecer em seu dia-a-dia:

- Como sempre sentiu       Talvez, menos que antes       Com certeza menos       De jeito nenhum       Não se aplica

88. Você tem se culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:

- Sim, na maioria das vezes       Sim, algumas vezes       Não muitas vezes (sim, às vezes)       Não, nenhuma vez       Não se aplica

89. Você tem se sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:

- Não, de maneira alguma       Pouquíssimas vezes       Sim, algumas vezes       Sim, muitas vezes       Não se aplica

90. Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:

- Sim, muitas vezes       Sim, algumas vezes       Não muitas vezes       Não, nenhuma vez       Não se aplica

91. Você tem se sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia:

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com elas       Não. Eu consigo lidar com elas tão bem quanto antes  
 Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes       Não se aplica  
 Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com elas

NUM FAM: 

92. **Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade para dormir:**
- Sim. Na maioria das vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS)  Não, nenhuma vez  
 Sim. Algumas vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS)  Não se aplica  
 Não muitas vezes
93. **Você tem se sentido triste ou arrasada:**
- Sim. Na maioria das vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS)  Não, de jeito nenhum  
 Sim muitas vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS)  Não se aplica  
 Não muitas vezes
94. **Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado:**
- Sim, quase todo o tempo (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS)  Não, nenhuma vez  
 Sim muitas vezes (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS)  Não se aplica  
 De vez em quando
95. **A idéia de fazer mal a você mesma passou pela sua cabeça:**
- Sim, muitas vezes, ultimamente (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS)  Nenhuma vez  
 Algumas vezes nos últimos dias (LEMBRE DE ENCAMINHAR PARA A UBS)  Não se aplica  
 Pouquíssimas vezes, ultimamente

**CASO A MÃE RESPONDA SIM EM ALGUMA DAS ÚLTIMAS QUATRO QUESTÕES:**

"Eu agradeço por ter respondido a essas perguntas. Pelo que entendi você às vezes se sentiu triste nos últimos sete dias. Você já pensou em procurar ajuda profissional por causa disto? SE NÃO: Eu irei pedir encaminhamento para um serviço de saúde onde você poderá encontrar profissionais que possam auxiliar você nestas situações (PREENCHER FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA A UBS)."

**DADOS DA CRIANÇA**

96. O (a) \_\_\_\_\_ (nome da criança avaliada) tem Certidão de Nascimento / Registro Civil do Cartório?  Não  Sim (PULE PARA 98)
97. A criança tem Caderneta de Saúde (Cartão de Vacina)?  Sim, está em mãos  Sim, mas não está em mãos (PULE PARA 101)  Não
98. A criança recebeu as vacinas?
- Poliomielite  1ª dose  2ª dose  3ª dose  
 - Tetra (DTP+Hib)  1ª dose  2ª dose  3ª dose  
 - Rotavírus  1ª dose  2ª dose  3ª dose
99. Copiar da Caderneta APGAR ao nascer:
- 1º minuto:   5º minuto:    Não tem na Caderneta  Não se aplica
100. Copiar da Caderneta a idade gestacional da criança ao nascer:   Semanas  
 Não tem na Caderneta  Não se aplica
101. Qual o PESO AO NASCER     g
- Copiado da Caderneta  Informado pela mãe  
 Copiado de outro documento  Mãe não soube informar (priorizar Caderneta de Saúde)
102. Além do peso ao nascer, a criança foi pesada no primeiro mês de vida e o PESO ESTÁ MARCADO na Caderneta de Saúde?  Sim  Não se aplica, a criança tem menos de um mês de idade  
 Não (Ver na Caderneta de Saúde)  Não se aplica
103. Além do peso ao nascer, a criança foi pesada neste último mês de vida e o PESO ESTÁ MARCADO na Caderneta de Saúde?  Sim  Não (Ver na Caderneta de Saúde)  Não se aplica
104. Seu bebê fez o teste do pezinho?  Sim  Não  Não sabe informar
105. A criança foi internada no primeiro mês de vida, após ter ficado em casa alguns dias?  Não (PULE PARA 115)  Sim
106. Foi internada porque estava com icterícia (cor muito amarela na pele e nos olhos)?  Não  Sim  Não Sabe
107. Quantos dias de idade a criança tinha quando foi internada?  
 Menos de 7 dias  Mais de 7 dias  Não sabe  Não se aplica
108. Quanto tempo a criança ficou internada?  
  meses   dias  Não sabe informar  Não se aplica



## ANEXO III – Aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da ENSP



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 27 de abril de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 56/10**  
**CAAE: 0058.0.031.000-10**

**Título do Projeto:** “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste”

**Classificação no Fluxograma:** Grupo III

**Pesquisadora Responsável:** Maria do Carmo Leal

**Instituição onde se realizará:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

**Data de recebimento no CEP-ENSP:** 23 / 03 / 2010

**Data de apreciação:** 07 / 04 / 2010

**Parecer do CEP/ENSP:** Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

  
**PROF. SERGIO REGO**  
Coordenador do Comitê de  
Ética em Pesquisa  
CEP/ENSP



## ANEXO IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## TERMO DE CONSENTIMENTO



## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada \_\_\_\_\_

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “Chamada Neonatal”, de responsabilidade do Ministério da Saúde / FIOCRUZ. Você foi selecionada por ter filho menor de um ano. Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

Os objetivos deste estudo são identificar fatores sociais, psicológicos, familiares e de atenção à saúde da mãe e da criança menor de um ano. O objetivo final é ter informações que melhorem o atendimento ao pré-natal e ao parto, para que doenças materno-infantis se reduzam, assim como a mortalidade.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário sobre você e seu filho menor de um ano que será pesado e medido. Não existe nenhum risco relacionado com a sua participação nesta pesquisa. O tempo de duração da entrevista será de 20 min., aproximadamente.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Brasília, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Entrevistador \_\_\_\_\_

Sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Coordenadora da Pesquisa: Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo Leal

Rua Leopoldo Bulhões nº1408/809 Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 / [Tel:0\\*\\*21-25982620](tel:0**21-25982620)

Coordenadora da Pesquisa no Ministério da Saúde: Dr<sup>a</sup>. Leonor Maria Pacheco Santos

Decit/SCTIE/MS - Esplanada dos Ministérios - Bloco G, 8º andar, sala 849 - CEP: 70.058-900 +55 61 3315-3197.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões nº1408/314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 Tel: 0\*\*21-2598

ANEXO V – Lei nº 11.634/07– Lei de vinculação da gestante à maternidade



**Presidência da República**  
**Casa Civil**  
**Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 11.634, 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.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I - maternidade na qual será realizado seu parto;

II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§ 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§ 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

Art. 3º A execução desta Lei correrá por conta de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes suplementares.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de dezembro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Márcia Bassit Lameiro Costa Mazzoli

Este texto não substitui o publicado no DOU de 28.12.2007