

PEREGRINAÇÃO NO ANTEPARTO EM SÃO LUÍS – MARANHÃO

Sabrina Furtado Cunha¹, Aurean D'Eça Júnior², Claudia Teresa Frias Rios³, Aline Lima Pestana¹, Elba Gomide Mochel⁴, Sirliane de Souza Paiva⁵

RESUMO: Estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa realizado em duas maternidades públicas localizadas na área urbana de São Luís, Estado do Maranhão. Teve como objetivo identificar aspectos da peregrinação no anteparto. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário aplicado a uma amostra de 357 puérperas. Os resultados apontaram que 40,6% dessas 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. A estruturação dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto, o adequado referenciamento e o aumento da cobertura podem contribuir para a diminuição do sofrimento vivido pelas mulheres, bem como para a redução do risco de morbimortalidade materna e neonatal.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes; Maternidades; Acesso aos serviços de saúde.

PEREGRINATION DURING THE ANTEPARTUM PERIOD IN SÃO LUÍS – MARANHÃO

ABSTRACT: Exploratory-descriptive study with quantitative approach carried out in two public hospitals located in the urban area of São Luis, Maranhão State. It aimed to identify aspects of peregrination during the antepartum period. To collect data we used a questionnaire administered to a sample of 357 postpartum women. The results showed that 40.6% of those women received care after having being seen in more than a health service, and 40% of them were seen in at least two maternity hospitals. The reason was the unavailability of bed for 60% of cases. The structuring of welfare services to prenatal care and childbirth, the appropriate referral and increased coverage can contribute to reducing the suffering experienced by women as well as to reduce the risk of maternal and neonatal morbidity.

KEYWORDS: Pregnant women; Maternity hospitals; Access to health services.

PEREGRINACIÓN EN ANTEPARTO EN SÃO LUÍS, MARANHÃO

RESUMEN: Estudio exploratorio descriptivo con abordaje cuantitativo realizado en dos maternidades públicas ubicadas en área urbana de São Luís, estado de Maranhão. Tuvo como objetivo identificar aspectos de la peregrinación en anteparto. Para recoger los datos, fue utilizado un cuestionario aplicado a una muestra de 357 parturientas. Los resultados apuntaron que 40,6% de esas recibieron atendimento después de recurrir a más de un servicio de salud y 40% fueron a por lo menos dos maternidades; el motivo fue no haber disponibilidad de lecho para 60% de los casos. La estructuración de los servicios de asistencia al prenatal y al parto, la adecuada referencia y el aumento de la cobertura pueden contribuir para la disminución del sufrimiento de las mujeres, así como para la reducción del riesgo de morbimortalidad materna y neonatal.

PALABRAS CLAVE: Gestantes; Maternidades; Acceso a los servicios de salud.

¹Enfermeira. Residente do Curso de Especialização em Enfermagem Clínico-Cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão-UFMA.

²Enfermeiro. Mestrando em Microbiologia do Centro de Ensino Unificado do Maranhão-CEUMA. Professor do Curso de Enfermagem do Instituto Florence de Ensino.

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFMA.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFMA.

⁵Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFMA. Membro do Grupo de Habilidades Psicomotoras para o Cuidado.

Autor correspondente

Sabrina Furtado Cunha

Universidade Federal do Maranhão

Av. Tiradentes, quadra 02D, n. 02 - 65055-180 - São Luís-MA, Brasil

E-mail: sabrina_fcunha@yahoo.com.br

Recebido: 05/10/09

Aprovado: 25/06/10

INTRODUÇÃO

Para uma atenção qualificada e humanizada no ciclo grávido-puerperal é necessário, além de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, o fácil acesso aos serviços de saúde, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção de saúde, prevenção de doenças e assistência à gestante e ao recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico até o atendimento hospitalar para alto risco, se necessário for. No que diz respeito ao atendimento ao parto, as gestantes que utilizam os serviços públicos de saúde demonstram grande ansiedade, dentre outros motivos, devido à carência de leitos nas maternidades e, conseqüentemente, à peregrinação para acesso ao atendimento no momento do trabalho de parto⁽¹⁻²⁾.

As desigualdades em relação à oferta de leitos merecem ser citadas. O Município de São Luís, capital do Estado do Maranhão, dispunha em 2006 de 252 leitos obstétricos públicos, para uma população de 373.890 mulheres em período reprodutivo, resultando em uma relação de disponibilidade de leitos obstétricos para cada 1000 mulheres em idade fértil de apenas 0,7⁽³⁾.

Diante disso, muitas mulheres recusam a assistência pré-natal próxima de seu domicílio, em unidades de baixa complexidade, para tê-la em unidades de referência, como uma forma de “garantir leito na hora do parto” e, também por considerarem que, quanto maior a complexidade do serviço, maior a qualidade. Outras, apesar de fazer o pré-natal em unidades de atenção básica mais próximas de onde moram, no momento do parto buscam unidades de alta complexidade⁽⁴⁾, causando a superlotação. Assim, pode-se dizer que ocorre “superutilização” dos serviços de alta complexidade, quando pacientes de baixo risco são internadas em maternidades de maior complexidade. Tal condição decorre do “auto-referenciamento”, ou seja, a busca de atendimento determinada pela gestante ou familiares, em virtude desses serviços abrigarem mais recursos ou simplesmente por serem próximos do seu domicílio⁽⁴⁾.

Somam-se a esses aspectos a educação da gestante e sua família durante o pré-natal, que não são orientadas acerca dos sinais e sintomas do início do trabalho de parto, no sentido de permitir à mulher reconhecê-los, evitar a ida precoce às maternidades e a não-internação. Também deveria ser definida qual maternidade procurar no momento do parto, tendo em vista a necessidade de encaminhamento das gestantes de baixo e alto risco, para evitar o autorreferencia-

mento e, possivelmente, ter que ir a mais de uma maternidade para conseguir atendimento⁽¹⁾.

O Ministério da Saúde recomenda⁽¹⁾ que o parto ocorra na mesma unidade em que a gestante realizou o pré-natal e, de preferência, com o mesmo profissional, fato que garante à gestante segurança emocional e certeza do seu atendimento^(2,5). No entanto, dada a escassez de unidades de saúde que disponibilizam assistência ao parto, há a descentralização do pré-natal dessas unidades para aquelas de atenção básica. É uma condição que facilita o atendimento e possibilita aumento da cobertura. Em contrapartida, aumentam as possibilidades do evento da peregrinação das mulheres para o parto.

No Brasil, são recentes e ainda incipientes as iniciativas no sentido da regionalização da assistência perinatal, configurando disparidades entre as coberturas para assistência pré-natal e perinatal, com uma rede de assistência ao parto insuficiente para a distribuição e demanda populacional⁽⁶⁾.

Dessa forma, não havendo uma regionalização coerente, ocorre um fluxo desordenado de gestantes em busca de atendimento nas unidades de referência. O fato gera uma verdadeira peregrinação de mulheres à procura de serviços de saúde⁽⁴⁾, que poderia ser amenizada, com uma melhor distribuição dos serviços na localidade e um sistema de referência e contrarreferência mais eficiente. Os autores sugerem, ainda, uma melhor interação entre os serviços de pré-natal e parto e o aumento do número de leitos de Unidades de Terapia Intensiva e Unidades Intermediárias neonatais disponíveis. Acresce-se a essa problemática a necessidade de sistemas de referência previamente estabelecidos ou uma central de vagas que tenha um controle sempre atualizado das unidades que possuem leitos disponíveis^(4,7).

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n. 569, de 01/06/2000, estruturou, entre os seus princípios, o de assegurar à gestante atendimento digno e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério, e o de dar-lhe direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade na qual será atendida no momento do parto⁽⁵⁾.

A Portaria 571, de 01 de junho de 2000, que define o componente do PHPN quanto à organização, à regulação e aos investimentos na assistência obstétrica e neonatal, estabelece:

(...) o desenvolvimento de condições técnicas e ope-

racionais para organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, através da criação e estruturação de Centros de Regulação e sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares (...)^(5:8-9).

Em 1998, o Ministério da Saúde já havia criado mecanismos de apoio à Implementação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco, elaborando e estruturando o referenciamento dessas gestantes, procurando assim resolver o problema da carência de serviços especializados. Os estados deveriam possuir unidades de referência secundárias, capazes de identificar o risco e de encaminhar a gestante à outra de maior complexidade, e terciárias, com disponibilidade de leitos preferencialmente às gestantes de alto risco⁽⁸⁾. Entretanto, sem um sistema de regulação adequado, ao mesmo tempo em que essas unidades são referência para o alto risco, possibilitam o autorreferenciamento para as demais gestantes.

O sistema de regulação para o referenciamento das gestantes no Município de São Luís foi implantado em 2007 e ainda está em fase de adaptações. Trata-se do Centro de Regulação Obstétrica e Neonatal, que envolve todas as maternidades do SUS (baixa, média e alta complexidade) e o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência, com um sistema de comunicação para direcionar as gestantes em trabalho de parto para as maternidades, de acordo com a complexidade exigida pelo quadro clínico das mesmas e a disponibilidade de leitos em cada maternidade⁽⁹⁾.

Embora iniciativas tenham sido tomadas em todo o país com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da mulher e diminuir os riscos de mortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde destaca que os problemas da sistematização dessa assistência ainda permanecem⁽¹⁰⁾. Levando-se em consideração tais assertivas, questiona-se: qual o percurso da mulher gestante no momento do parto em São Luís? Em quantas maternidades as gestantes procuram atendimento para o parto? A partir destes questionamentos, foi elaborada a seguinte pergunta de pesquisa: quais as características do movimento de peregrinação da gestante até atendimento ao parto em São Luís?

O interesse em realizar este trabalho surgiu com as experiências vivenciadas durante as práticas acadêmicas de enfermagem obstétrica. Pôde-se, nesse período, ouvir das gestantes queixas de já terem percorrido outras maternidades de ambulância ou de veículo próprio, sem conseguirem atendimento. Elas relatavam também, na maioria das vezes, que não receberam a orientação durante o pré-natal sobre

quando e em qual maternidade procurar atendimento.

Defendemos que esta investigação tem a perspectiva de poder expressar em dados alguns aspectos da peregrinação vivida por gestantes em busca de atendimento ao parto no Município de São Luís, com a tentativa de contribuir para o melhor conhecimento da realidade vivida por essas mulheres nos momentos que antecedem ao parto.

MÉTODOS

Caracteriza-se por ser um estudo de campo do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. Foi realizado em duas maternidades de São Luís que prestam atendimento às parturientes exclusivamente pelo SUS.

O Município de São Luís possui 162 bairros e 129 povoados, dividido em sete distritos sanitários. Para assistência pública ao parto existem também sete unidades de saúde, totalizando 252 leitos obstétricos. As duas maternidades foram escolhidas, dentre as sete existentes, por representarem referência para gestações de alto e baixo risco, localizar-se na área urbana do município e por apresentarem distância física entre si significativa. Os serviços foram identificados como A e B.

O serviço A é referência para atendimentos de baixa complexidade. De caráter filantrópico, é uma maternidade contratada pelo SUS, dispõe de 32 leitos obstétricos e não possui UTI. Já o serviço B é um serviço considerado de alta complexidade e de caráter público, da rede federal. Possui 249 leitos, destes 84 para atendimentos obstétricos, com UTI Neonatal. Oferece pré-natal para gestações de baixo e alto risco, sendo referência, neste último caso, para todo o Estado do Maranhão.

A população do estudo foi constituída por puérperas internadas nas maternidades referidas durante os meses de abril e maio de 2007. Trata-se de uma amostra estratificada por maternidades, determinada segundo análise estatística de significância e correspondendo a uma amostra de 357 puérperas.

A coleta dos dados foi realizada utilizando-se como instrumento um questionário com perguntas fechadas, acerca de dados socio-econômicos, obstétricos e referentes à peregrinação no anteparto. A aplicação do questionário foi posterior à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como determinado pela Resolução n. 196/96. Esta etapa foi precedida pela aprovação do Comitê de Ética em

Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob protocolo n. 40/07.

Com o propósito de aperfeiçoar o instrumento de pesquisa, o mesmo foi submetido a um teste piloto, durante 20 dias, nas mesmas instituições e numa amostra constituída por 58 puérperas.

O método escolhido para sistematizar a coleta de dados foi a visita às duas maternidades, em dias alternados, tendo em vista a perspectiva de entrevistar puérperas diferentes a cada visita, pois nestas instituições a permanência mínima de internação hospitalar, após parto normal, é de 48 horas e, no parto cesariano, de 72 horas.

Após coletados, os dados foram inseridos em banco de dados dos *softwares* EPI-INFO 6.0® e Excel® e analisados estatisticamente com variáveis absolutas (f) e relativas (%).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 122 puérperas (34,2%) admitidas na Maternidade A e 235 puérperas (65,8%) na Maternidade B, totalizando assim 357 mulheres (100%). Tal diferença proporcional entre as maternidades pode ser justificada pela capacidade de atendimento, levando em conta a estrutura física e funcional das mesmas.

Das 122 mulheres entrevistadas na Maternidade A, observou-se que 51 (41,8%) tiveram que ir a mais de uma maternidade para conseguirem ser internadas e, assim, terem assistência ao parto. Enquanto na Maternidade B, este fato ocorreu com 94 (38,2%) das entrevistadas (Gráfico 1).

Em estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro entre os anos de 1999 a 2001, com 6.652 puérperas atendidas na rede pública, o fato ocorreu com 33,5% delas⁽⁴⁾. Vale ressaltar as diferenças demográficas, socioeconômicas e de assistência à saúde existentes entre os municípios do Rio de Janeiro e de São Luís.

No entanto, apesar de os serviços mostrarem proporções aproximadas, infere-se que a Maternidade A, por apresentar menor capacidade estrutural de atendimento e maior rotatividade de pacientes, pode ser considerada pelas puérperas como uma segunda e/ou terceira opção quando procuram assistência ao parto, justificando assim a frequência maior.

As mulheres que peregrinaram caracterizaram-se por ser, em sua maioria, uma população jovem, entre 16 a 30 anos (93,2%), pardas (43,4%), com escolaridade entre o ensino fundamental incompleto

e ensino médio (94,4%), com união estável, ou seja, coabitar e/ou estar casada legalmente, (76,5%), e com baixa renda (57,9%), entendida como renda menor que um salário mínimo.

Com relação ao transporte utilizado pelas gestantes para ir às maternidades em busca de atendimento, observou-se entre as mulheres da Maternidade A que peregrinaram, que quase metade delas (41,2%) utilizou mais de um meio de transporte, enquanto na Maternidade B prevaleceu o uso de transporte próprio – carro pessoal, da família ou de vizinho/amigo (47,7%). No estudo realizado no Rio de Janeiro, foi observado também que a maioria das entrevistadas utilizou seus próprios meios para ir em busca de atendimento⁽⁴⁾. Ressalta-se que, mesmo havendo um sistema de referência e contrarreferência estabelecido entre as unidades, é imprescindível a existência de um sistema de transporte e comunicação entre as unidades, evitando o sofrimento e angústia das gestantes.

Com relação aos dados obstétricos, pouco mais da metade dessas mulheres eram primíparas (55,9%) e multigestas (52,4%). A estreia quanto à parturição talvez seja mais significativa que a gestação, pois a experiência de já ter tido um filho diminuiria as chances de a mulher peregrinar mais do que ter tido outra gestação, tanto pelo fato de melhor reconhecer o trabalho de parto como de saber quando sair em busca de atendimento, principalmente se a peregrinação já ocorreu em gestações anteriores. E a partir da ocorrência de, pelo menos, um aborto em 18,6% dessas mulheres, pode-se inferir uma assistência pré-natal deficiente.

Neste estudo, 100% das entrevistadas da Maternidade A tiveram gestações a termo, com 82,4% de partos vaginais. Na Maternidade B, pelo menos 16% eram prematuros e 3,2% pós-termo, havendo maior ocorrência de parto cesariano (57,4%) entre as entrevistadas que peregrinaram.

A ocorrência de gestações pré ou pós-termo, por carregarem condições de risco que exigem suporte hospitalar mais complexo, devem ser devidamente encaminhadas quando o atendimento não for possível, de forma a evitar para esses casos o agravamento dos riscos, ao terem que peregrinar para serem atendidas^(8,11). Na Maternidade A houve maior frequência de partos vaginais em todas as mulheres, porém na Maternidade B, enquanto houve maioria de partos vaginais entre quem não peregrinou, o contrário ocorreu com aquelas que foram a mais de uma unidade de saúde para assistência ao parto.

Quanto ao tipo de parto realizado, um estudo sobre fatores associados à realização de cesárea e qualidade da atenção ao parto, em duas maternidades no Município do Rio de Janeiro, encontrou que cerca de 40% das mulheres não foram internadas no primeiro hospital que procuraram⁽¹²⁻¹³⁾.

Quanto ao diagnóstico de risco gestacional, apenas na Maternidade B houve puérperas com diagnóstico em pré-natal de alto risco, sendo 5,7% daquelas que tiveram que ir à procura de atendimento em mais de uma maternidade. Há uma relação estreita entre a assistência obstétrica prestada, a identificação pré-natal dos riscos e a redução da mortalidade materna e neonatal^(4,6,11).

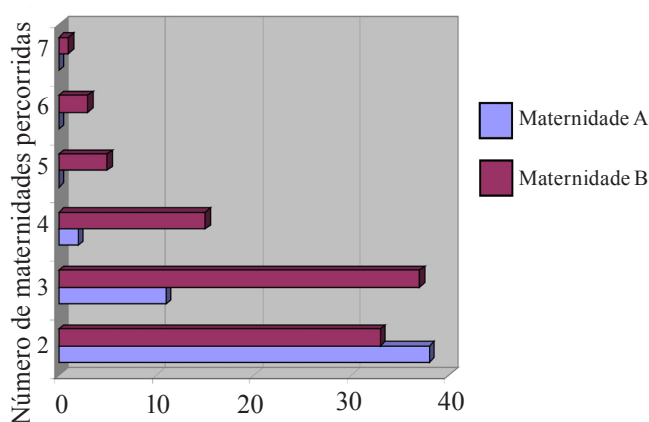


Gráfico 1 - Número de maternidades percorridas segundo as puérperas que peregrinaram em busca de atendimento, por maternidade. São Luís, 2007.

Avaliando o número de maternidades percorridas pelas puérperas entrevistadas, como mostra o gráfico 1, 38 delas, da Maternidade A, e 33 da Maternidade B, foram a duas maternidades (49%). Pelo menos 37 da Maternidade B foram a três hospitais, e 15 a quatro maternidades. Ressalta-se que uma mulher foi a sete maternidades e que, no Município de São Luís, existem 7 maternidades da rede SUS.

Pesquisa em 19 maternidades do Município do

Rio de Janeiro destacou que 70,7% das mulheres que buscaram atendimento foram a duas maternidades, sendo que uma mulher foi a seis maternidades⁽⁴⁾. Dessa forma, com uma área territorial inferior, um número menor de maternidades, e uma amostra também inferior, o presente estudo destaca a possibilidade de uma gestante ir a todas as maternidades para conseguir atendimento.

Destacando os principais motivos informados para a não-admissão, 56% delas foram informadas que: não havia leito disponível (70,6%), não sendo esclarecido, entretanto, se leito obstétrico ou UTI Neonatal; 15,9% que elas ainda não estavam em trabalho de parto; 17 tiveram como informação não haver suporte para cesariana, e a três delas foi informado não haver médico naquele momento (Tabela 1).

No estudo realizado no Rio de Janeiro, o motivo alegado pelas mulheres para a escolha da maternidade onde tiveram seus filhos também foi a falta de leito em outro estabelecimento⁽⁴⁾. Em 1999, o Maranhão possuía uma das maiores razões de leitos para cada mil habitantes⁽⁹⁾, no entanto, o crescimento populacional não foi acompanhado pelo aumento na oferta de leitos obstétricos, levando em consideração as mulheres em idade fértil⁽²⁾.

É exigido das gestantes que cheguem à maternidade em período expulsivo, aspecto relacionado à falta de orientação no pré-natal. Neste sentido, uma forma de amenizar a falta de orientação quanto aos sinais de trabalho de parto e o transtorno de chegar à maternidade e voltar para casa é a implementação de medidas humanizadas, em que a gestante seja devidamente orientada e tranquilizada, minimizando desconfortos.

Apesar da maioria dos partos ser hospitalar, o sofrimento em busca de atendimento pode indicar uma falsa suficiência, e devido à forma como estão organizados os serviços de saúde, têm dificultado o real acesso⁽⁷⁾.

Tabela 1 - Informações citadas pelas puérperas que peregrinaram para a não-internação, por maternidade. São Luís, 2007.

Variável	Maternidade A		Maternidade B		Total	
	f	%	f	%	f	%
Principais informações dadas – não-internação						
Já estava em trabalho de parto, mas não tinha leito disponível	6	11,8	3	3,5	9	7,0
Ainda não estava em trabalho de parto, ou o parto ainda iria demorar	6	11,8	17	20,2	23	17,1
Não tinha suporte para parto cesáreo ou gestação de risco / UTI Neonatal	-	-	17	20,2	17	12,6

Continua

Continuação

Variável	Maternidade A		Maternidade B		Total	
Não tinha vaga na UTI Neonatal	-	-	4	4,7	4	3,0
A maternidade era somente para alto risco / não havia leito disponível	1	1,9	-	-	1	0,7
Teria que ir para a mesma maternidade onde fez pré-natal	-	-	1	1,2	1	0,7
Não tinha médico	-	-	3	3,7	3	2,2
Não tinha leito disponível	36	70,6	39	46,5	75	56
Não sabe	1	1,9	-	-	1	0,7
Total	50	100	84	100	134	100

CONCLUSÃO

Segundo os objetivos propostos e a metodologia adotada, a realização deste trabalho permite aos seus autores inferir que, dentre as mulheres participantes do estudo, quase metade delas teve que ir a mais de uma maternidade para ser internada, o que caracterizou a descontinuidade da assistência no ciclo gravídico-puerperal. Os serviços de saúde que prestam assistência durante o pré-natal e aqueles que disponibilizam assistência ao parto parecem não estar integrados, não oferecendo referência e segurança às suas pacientes.

Para deslocar-se em busca de atendimento, a maioria das mulheres usou meio de transporte próprio, seguida daquelas que utilizaram mais de um tipo de meio de transporte. Ou seja, além da não-internação também não se observou, neste estudo, a preocupação para direcioná-las a outros serviços e, assim, a gestante e a família precisam buscar meios próprios de locomoção.

Observou-se uma falta de comunicação e referenciamento das gestantes, o que acaba gerando uma assistência ao parto com cobertura e demanda desordenadas, propiciando superlotação em maternidades e sofrimento às parturientes e seus bebês.

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2005.
- Alves MTSSB, Silva AAM, organizadores. Avaliação da qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luís: UFMA; Unicef; 2000.
- Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Indicadores de saúde. Brasília; 2006.
- Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(3):553-9.
- Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(6): 759-72.
- Tanaka ACA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec, 1995.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília; 2002.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Gestante de alto-risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília; 2001.
- Superintendência de Ações de Saúde, SMS/São Luís – MA. Plano municipal para a redução da mortalidade materna e neonatal PROESF/PACTO. Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Saúde de São Luís/MA. São Luís; 2003.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde – Área Técnica da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.
- Gagmon DE, Allison-Cooke S. Adaptações à regionalização perinatal. In: Knuppel RA, Drukker JE. Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p.45-57.
- D’Orsi E, Chor D, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS et al. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil.

Cad Saúde Publica. 2006;22(10):2067-78.

13. Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Cad Saúde Pública. 2006;22(12):2647-55.