



ciência plural

O DIREITO DE NASCER COM DIGNIDADE NO RIO GRANDE DO NORTE: UM COMPROMISSO DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL

The right to be born with dignity in Rio Grande do Norte: a commitment of the State Public Ministry

Francilene Amorim Xavier • Enfermeira do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. E-mail: francilene.xavier@mprn.mp.br

Livia Maria de Souza Moreira • Assessora Jurídica da Procuradoria Geral de Justiça. Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte. Email: liviamsmoreira@gmail.com

Iris do Céu Clara Costa • Professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. E-mail: irisdoceu@live.com

Autor responsável pela correspondência:

Francilene Amorim Xavier - Procuradoria Geral de Justiça. Rua Promotor Manoel Alves Pessoa Neto. 97. Candelária. Natal, RN. Brasil. CEP: 59065-555. E-mail: francilene.xavier@mprn.mp.br

RESUMO

Objetivos: analisar a intervenção do Ministério Público Estadual na assistência materno infantil do Rio Grande do Norte. **Métodos:** Análise documental das perícias realizadas pelo projeto institucional “Nascer com Dignidade”. Foram analisadas perícias de 04 Unidades Regionais de Saúde Pública e amostra de 26 municípios. **Resultados:** As categorias (SIM – satisfatoriamente, SIM – insatisfatoriamente e NÃO), utilizadas para mensurar as variáveis do estudo e qualificar os serviços de pré-natal ofertados no Estado, apontaram falhas graves como equipes de saúde da família incompletas, exames laboratoriais e de ultrassonografia disponibilizados fora do território da gestante e falta de vinculação das grávidas ao local do parto em todos os municípios analisados. **Conclusão:** Entende-se como essencial o trabalho do Ministério Público Estadual no mapeamento e controle das irregularidades que podem favorecer a mortalidade de mães e bebês no Estado e na preservação dos direitos fundamentais.

Palavras-chave: Mortalidade Materna. Mortalidade Infantil. Justiça.

ABSTRACT

Objectives: analyzing the intervention of the State Prosecutor in maternal and child care in Rio Grande do Norte. **Methods:** Document review of skills held by institutional project "Nascer com Dignidade". Skills were analyzed from 04 Regional Units of Public Health and a sample of 26 municipalities was collected. **Results:** The categories (YES - satisfactorily, YES – unsatisfactorily and NOT), used to measure the study variables and qualify the prenatal services offered in the state, pointed out serious flaws as incomplete health Family teams, laboratory tests and ultrasound available out of pregnant woman’s territory and lack of linkage of the pregnant birthing place in all analyzed municipalities. **Conclusions:** Conclusions: The task of state prosecutor has been seen as essential in mapping and controlling irregularities which may promote the mortality of mothers and babies in the state and preservation of fundamental rights.

Keywords: Maternal Mortality. Infant Mortality. Justice.

Introdução

O cuidado com a saúde da mulher é fundamental ao desenvolvimento social e econômico de uma sociedade pela sua inserção no mercado de trabalho, sua significativa contribuição no recolhimento de impostos e pela nobre incumbência de gerar e dar à luz filhos. É necessário que o Estado se comprometa com o atendimento de suas legítimas necessidades e desperte a consciência pública para os efeitos políticos de suas reivindicações¹.

Portanto, a mulher é agente central no primeiro e principal direito do ser humano, a vida. Embora esteja garantido constitucionalmente, o viver perpassa por questões sociais, políticas, econômicas e pessoais. Na esfera política, “Nascer com Dignidade” implica a existência de serviços de qualidade voltados ao acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto². Os precários serviços de saúde existentes, a falta de integração entre os cuidados de pré-natal e a assistência ao parto, bem como o aumento de cesarianas desnecessárias têm sido as principais hipóteses explicativas para as elevadas taxas de mortalidade materna.

No Brasil vários programas de atenção à saúde da mulher e da criança foram criados ao longo das últimas décadas, tendo como destaque no cuidado com a saúde feminina, o Programa de Atenção Integral a Saúde da mulher – PAISM. Na esfera da atenção infantil³, as principais iniciativas são o Programa de Humanização do Parto e Nascimento – PHPN e a Estratégia Rede Cegonha, sendo esta, o referencial de política pública materno infantil do Ministério da Saúde. Apesar dessas iniciativas, é preocupante o panorama da mortalidade materna e neonatal no país e especificamente para este estudo, no Rio Grande do Norte (RN).

Com base nos dados do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, o número de óbitos de mulheres em idade fértil nos últimos cinco anos é considerado alto e sem apresentar diminuição significativa: 2010 (830), 2011 (933), 2012 (912), 2013 (950) e 2014 (734)⁴. Entretanto, percebe-se que no último ano houve uma redução, o que pode ser reflexo de iniciativas implementadas pelo Ministério da Saúde como a Rede Cegonha por exemplo.

Outro fator que inspira cuidado e camufla a real condição da mortalidade materna e principalmente neonatal no Estado é o sub-registro e os baixos índices de investigação dos óbitos, o que dificulta a tomada de decisões. Um estudo⁵ apontou que em 2003 ocorreram 827 óbitos de mulheres em idade fértil no Rio Grande do Norte, onde apenas 29 (3,5%) foram investigados e, no ano de 2008, apesar das 854 mortes registradas,

somente 10 (1,2%) dos casos passaram por investigação. Nessa proporção, percebe-se que o número de óbitos aumentou e as investigações diminuíram.

Com o intuito de exercer seu papel de guardião dos direitos fundamentais e coletivos, além de se propor a enfrentar a problemática da atenção materno infantil no Estado, o Ministério Público Estadual – MPE criou em 2011, o Projeto “Nascer com Dignidade”. Os principais objetivos do projeto são: reduzir a morbimortalidade materna e infantil, diagnosticar a realidade da atenção à gestante e ao neonato em todos os Municípios do Estado, conhecer os parâmetros e protocolos do SUS, definidores do cuidado materno infantil e coletar dados para elaboração de material de apoio à atuação dos Promotores de Justiça⁶.

O “Nascer com Dignidade” possibilita uma ampla intervenção do órgão ministerial na problemática do acesso à saúde pública, atenção materno-infantil, na busca de concretizar a garantia do direito a um parto e nascimento seguros e dignos. ⁶ O Projeto é uma inovação no modo de fazer o trabalho do Ministério Público no cumprimento de suas funções institucionais enquanto órgão integrante do sistema de justiça, intervindo para ampliar o acesso de mulheres/gestantes a uma assistência à saúde, com mais segurança sanitária e qualidade no pré-natal e no momento do parto.

As atividades do Projeto foram divididas em três fases, sendo a primeira a instauração de Inquérito Civil, a segunda a solicitação de perícias nos aparatos públicos e privados, de caráter ambulatorial e hospitalar, realização de audiências públicas e a celebração de recomendações. A terceira fase compreende a execução de medida extrajudicial como Termo de Ajustamento de Conduta e judicial como a Ação Civil Pública.

Desde a sua criação, o “Nascer com Dignidade” em 2011 já contabiliza a instauração de aproximadamente 65 inquéritos civis, a realização de mais de 130 perícias incluindo unidades básicas de saúde e maternidades, além de celebrados cerca de 20 Termos de Ajustamento de Conduta. Das 65 Promotorias de Justiça que tratam da temática saúde pública no MPE, o Projeto teve a adesão de cinquenta e seis; fato que permite sua execução em 137 dos 165 municípios do Estado do Rio Grande do Norte, correspondendo a um percentual de 79,19% dos municípios alcançados pela atuação ministerial⁷.

Dentre as ações consideradas exitosas, ressalta-se com grande significado a participação efetiva do MPE na reabertura de serviços considerados essenciais para a assistência ao parto, como é o caso da Maternidade Leide Morais que é referência para o parto humanizado e do Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros em São José de Mipibu/RN. Ressalta-se também as intervenções judiciais que aconteceram na

Casa de Saúde Dix Sept Rosado em Mossoró/RN e na Fundação Carlindo Dantas em Caicó/RN, ambas com a finalidade de coibir a prática de desvios de recursos públicos⁷.

Metodologia

A Secretaria Estadual de Saúde (SESAP) divide administrativamente o Estado em 08 Unidades Regionais de Saúde Pública – URSAP e para este estudo foram selecionados 08 municípios de cada uma das 1ª, 4ª, 5ª URSAP e dois municípios da 7ª URSAP; totalizando 26 municípios (Figura 1).

Figura 1: O Rio Grande do Norte e suas regiões de saúde. Natal-RN, 2014.



Fonte: Portal do CGIAE-SVS/MS

Realizou-se uma análise documental dos relatórios de perícias do “Nascer com Dignidade”, realizadas nas unidades de saúde dos 26 municípios selecionados. Para a coleta de dados utilizou-se como base o formulário padrão do Projeto e dele foram extraídas variáveis para mensurar a qualidade da assistência pré-natal prestada no Estado. Como forma de subsidiar o estudo, fez-se um corte temporal dos casos de mortalidade materna e neonatal no RN e USARP, no período de 2009 a 2014, para proporcionar um comparativo entre a qualidade dos serviços prestados e a atuação do MPE.

A análise foi definida a partir da categorização das variáveis no sentido de mensurar a satisfação dos serviços ofertados pelos municípios. Seguiu-se o padrão de (SIM – satisfatoriamente, SIM – insatisfatoriamente e NÃO). É importante ressaltar que a categorização do SIM – insatisfatoriamente seguiu critérios para referenciar serviços que são ofertados sem cumprirem seu fim a contento, citando como exemplo: equipes de saúde completas que não cumprem a carga horária recomendada, oferta de mais de seis consultas de pré-

natal sem alternância entre médico e enfermeiros e exames laboratoriais e de ultrassonografia realizados em outros municípios, dificultando o deslocamento das gestantes tanto para fazê-los quanto para recebê-los.

Considerando que a pesquisa trabalhou com dados secundários do Ministério da Saúde, Ministério Público Estadual e documentos de domínio público, não foi necessária a sua submissão desta pesquisa ao Comitê de Ética. Foram resguardados o anonimato das pessoas e o sigilo das informações, conforme determina a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A Tabela 1 traduz a realidade da mortalidade materna no RN nos últimos cinco anos, com base nos dados das quatro URSAP analisadas. É possível verificar que o maior número de casos aconteceu em 2011, tendo a 7ª URSAP se destacado com alta representatividade. Isso pode se explicar pelo fato da capital está inserida nessa Regional e ter um maior contingente populacional.

Tabela 1 – Distribuição da Mortalidade Materna no RN no período de 2009 a 2014, representada pelos dados das 1ª, 4ª, 5ª e 7ª URSAP. Natal/RN, 2015.

CATEGORIA	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1ª URSAP	01	8,3	02	20,0	00	00	05	23,8	04	28,5	05	26,3
4ª URSAP	01	8,3	03	30,0	03	15	06	28,6	02	14,3	02	10,5
5ª URSAP	02	16,7	01	10,0	02	10	00	00	00	00	02	10,5
7ª URSAP	08	66,7	04	40,0	15	75	10	47,6	08	57,1	10	52,7
TOTAL*	12	100	10	100	20	100	21	100	14	100	19	100

Fonte: (BRASIL, 2015) - *TOTAL DE CASOS NAS 04 USARP

A Tabela 2 mostra o cenário da mortalidade neonatal precoce no RN, a de maior relevância no conjunto das que compõe a mortalidade infantil, tendo como referência os dados das quatro URSAP selecionadas para o estudo. O ano de 2010 apresentou números preocupantes, tendo a 4ª e a 7ª URSAP se destacado pelos muitos óbitos de crianças que não chegaram a completar sete dias de vida.

Tabela 2 – Distribuição da Mortalidade Neonatal Precoce no RN, no período de 2009 a 2014, representada pelos dados das 1ª, 4ª, 5ª e 7ª URSAP. Natal/RN, 2015.

CATEGORIA	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1ª URSAP	20	9,0	44	20,1	41	20,1	38	36,9	43	18,2	42	41,2
4ª URSAP	48	21,9	50	23,0	45	22,1	36	35,0	36	15,3	25	24,5
5ª URSAP	19	8,7	15	6,9	13	6,4	17	16,5	17	7,2	22	21,6
7ª URSAP	133	60,4	109	50,0	105	51,4	12	11,6	140	59,3	13	12,7
TOTAL*	220	100	218	100	200	100	103	100	236	100	102	100

Fonte: (BRASIL, 2015) - *TOTAL DE CASOS NAS 04 USARP

O Quadro1 apresenta dados consolidados referentes as perícias realizadas pelo Projeto “Nascer com Dignidade” em 26 municípios do RN, distribuídos na 1ª URSAP (Canguaretama, Santo Antônio, Passagem, Várzea, Jundiá, Nísia Floresta, Serrinha e Serra de São Bento), 4ª URSAP (Acari, Bodó, Carnaúba dos Dantas, Currais Novos, Florânia, Jardim do Seridó, Santana do Matos e São Vicente). 5ª URSAP (Barcelona, Campo Redondo, Lagoa de Velhos, Lajes Pintadas, Ruy Barbosa, Santa Cruz, São José de Campestre e Tangará) e 7ª URSAP (Natal e São Gonçalo do Amarante).

Quadro 1 – Distribuição dos serviços de pré-natal ofertados nas 1ª, 4ª, 5ª e 7ª URSAP/RN. Natal/RN, 2015.

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	%
Municípios vinculados a Rede Cegonha. (n=26)	SIM (satisfatoriamente)	26	100
	SIM (insatisfatoriamente)	-	-
	Não	-	-
Municípios com Equipes da Estratégia Saúde da Família completas. (n=26)	SIM (satisfatoriamente)	01	3,8
	SIM (insatisfatoriamente)	22	84,6
	Não	03	11,5
Municípios com oferta de mais de 06 consultas de pré-natal. (n=26)	SIM (satisfatoriamente)	06	23,0
	SIM (insatisfatoriamente)	19	73,0
	Não	01	3,8
Municípios que garantem todos os exames laboratoriais. (n=26)	SIM (satisfatoriamente)	09	34,6
	SIM (insatisfatoriamente)	13	50,0
	Não	04	15,3
Municípios que realizam os testes rápidos para HIV e SÍFILIS. (n=26)	SIM (satisfatoriamente)	08	30,7
	SIM (insatisfatoriamente)	15	57,6
	Não	03	11,5

Municípios que garantem o exame de ultrassonografia. (n=26)	SIM (satisfatoriamente)	11	42,3
	SIM (insatisfatoriamente)	13	50,0
	Não	02	7,6
Municípios que garantem o pré-natal de alto risco. (n=26)	SIM (satisfatoriamente)	19	73,0
	SIM (insatisfatoriamente)	07	26,9
	Não	-	-
Municípios que garantem a vinculação da gestante ao local do parto. (n=26)	SIM (satisfatoriamente)	-	-
	SIM (insatisfatoriamente)	-	-
	Não	26	100

Fonte: Ministério Público do Rio Grande do Norte (2015)

Discussão

Os achados apontam que todos os municípios selecionados para o estudo estão vinculados a Rede Cegonha⁸, política ministerial que objetiva implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e pós-parto. Essa estratégia está organizada em quatro eixos: Pré-natal, Parto e Nascimento, Puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico.

Apesar da vinculação positiva, os dados mostram uma completa dissociação entre o que preconiza a Rede Cegonha e a realidade encontrada no Estado. A problemática das Equipes de Saúde da Família incompletas (84,6% dos municípios) que o RN segue a tendência nacional, onde o médico é o que mais desfalca as equipes, comprometendo a qualidade do atendimento. A escassez desse profissional tem sido justificada principalmente pela divisão de tempo incoerente entre consultas individuais e atividades coletivas, alta demanda e falta de incentivo e de oportunidade para realizar cursos de especialização⁹.

Atento a essa demanda, o MPE tem notificado alguns municípios através de Termos de Ajustamento de Condutas celebrados com os gestores municipais, no sentido de regularizar a carga horária dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e estabelecer a alternância das consultas de pré-natal entre médicos e enfermeiros. É o caso dos municípios de Currais Novos (4^a URSAP) e São José de Campestre (5^a URSAP). Isso se deve ao fato de na prática a assistência pré-natal, principalmente a de baixo risco, ser prestada integralmente por enfermeiros¹⁰.

Chama atenção à oferta de exames laboratoriais e de ultrassonografia serem considerados insatisfatoriamente em 50% dos municípios, respectivamente. A falta de acesso a esses exames podem contribuir para o aumento das complicações durante o parto e o puerpério, tais como infecções urinárias, hemorragias e más formações que podem resultar em óbitos maternos e infantis¹¹. Os relatórios apontaram

também como fator complicador a demora na entrega dos resultados dos exames laboratoriais e de imagem, sendo muitas vezes disponibilizados após a gestante já ter parido.

Os resultados da pesquisa apontam fragilidades na atenção pré-natal ofertada no Estado que podem comprometer a qualidade da assistência obstétrica, além de está em desacordo com o que preconiza o Programa de Humanização do Parto e Nascimento – PHPN: o qual descreve que a grávida tenha a primeira consulta até o 4º mês de gestação, a garantia de no mínimo seis consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros e atendimento em unidade de referência classificada como de risco¹².

Além disso, importa ressaltar que a Rede Cegonha enquanto política de referência para a assistência materno infantil no país estabelece que os exames de risco habitual e de alto risco, como o acesso aos resultados, sejam disponibilizados em tempo oportuno. Prevê também que o gestor municipal disponibilize apoio nos deslocamentos da gestante para as consultas e garanta a vinculação dela desde o pré-natal ao local onde será realizado o parto⁸.

Inversamente ao preconizado pelo PHPN e Rede Cegonha, os dados obtidos evidenciaram a problemática da falta de vinculação da gestante ao local do parto em 100% dos municípios, demonstrando inadequação e levando as gestantes a peregrinarem entre maternidades superlotadas e sem condições de recebê-las. Cabe ressaltar que a mortalidade infantil, principalmente a neonatal, também depende do aprimoramento dos cuidados no pré-natal e no parto para redução de seus elevados índices¹³. A prática da peregrinação se mostra como fonte potencial de mortes de mães e bebês e necessita de urgente atenção das autoridades de saúde tanto Municipais, quanto Estadual e do próprio Ministério da Saúde.

A falta de leitos obstétricos é uma realidade generalizada no país. Eles apresentam-se como poucas opções e podem se configurar em pontos de estrangulamento ou oportunidades de desconcentração e regionalizações alternativas¹⁴. Fatores como dificuldade no acesso à maternidade, desorganização do sistema de saúde na oferta de leitos obstétricos e neonatais, além da precariedade na infraestrutura hospitalar, contribuem para a baixa qualidade na assistência obstétrica e perinatal no país¹⁵.

Nesse contexto, a situação das maternidades no RN mostra-se preocupante, principalmente as de referência e as localizadas na capital, por estarem constantemente lotadas e sem condições de oferecer atendimento de qualidade. Um ganho importante na área materno infantil do Estado foi a reabertura da Maternidade Dr. Leide Moraes, referência para o parto humanizado em Natal e municípios circunvizinhos. Este serviço esteve inoperante por quase dois anos e após várias ações do MPE como visitas de inspeção e

celebração de TAC, a unidade hospitalar voltou a funcionar em março desse ano, já tendo realizado até agosto, 386 partos normais e 152 cesarianos.

A superlotação das maternidades e a peregrinação das gestantes em busca de um local para parir, figuram como situação corriqueira no cenário nacional e o Rio Grande do Norte segue a mesma tendência. Essa problemática tem sido frequentemente discutida pelas entidades de classe e veiculada pelos meios de comunicação do Estado¹⁶, demonstrando ser uma demanda que necessita de urgente atenção das autoridades de saúde.

Conclusões

Percebe-se que o MPE esteve e está atento às questões relacionadas à assistência materno infantil no RN e que apesar do tempo de atuação do Projeto “Nascer com Dignidade” foi possível apontar os avanços alcançados, citando-se aqui os mais de 140 municípios do Estado periciados, a identificação dos municípios com situação de risco crítico para o pré-natal, parto e puerpério, as ações conjuntas com o MPF para adequação de equipes de saúde da família e as intervenções em hospitais e maternidades que resultaram no aumento do número de leitos de obstetrícia no Estado.

O Projeto “Nascer com Dignidade” tem possibilitado uma ampla intervenção do órgão ministerial na busca de concretizar a garantia do direito a um parto seguro e digno, além de inovar no modo de fazer o trabalho do Ministério Público intervindo articulada e difusamente na esfera do sistema de saúde e ampliando o acesso de mulheres/gestantes indistintamente a uma assistência à saúde com mais segurança sanitária e qualidade no pré-natal e no momento do parto, favorecendo dessa forma a melhoria da assistência materno infantil no nosso Estado⁶.

Referências

1. Bittar ECB. Ética, cidadania e constituição: o direito à dignidade e à condição humana. Revista Brasileira de Direito Constitucional [periódico online]. 2006 [acesso em: 14 ago. 2015]. (8): 31p. Disponível em: http://www.esdc.com.br/RBDC/RBDC-08/RBDC-08-125-Eduardo_Bittar.pdf
2. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello Neto DL, Souza Junior PRB, Victora CG. Estimativa da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. Cad. Saúde Pública. 2014; 3(1): 571-583.

3. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev. Bras. Enf.* 2014; 6(67): 1000-1007.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informação de mortalidade: painel de monitoramento da mortalidade materna. [homepage na Internet] [acesso em: 22 abr. 2015]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>
5. Macedo CPC, Barca DAAV, Valcácio FC, Dantas JÁ, Freitas MLF, Costa ICC Análise de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Comitê de Mortalidade Materna (CMM) no Rio Grande do Norte. *Rev. Bras. Promoç. Saúde.* 2012; 25(4): 413-419.
6. Fernandes DC; Albuquerque IMP. Projeto nascer com dignidade [homepage na Internet] [acesso em: 21 abr. 2015]. Disponível em: <http://www.premioinnovare.com.br/praticas/projeto-nascer-com-dignidade/>
7. Rio Grande do Norte. Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte. Nascer com dignidade: busca constante de melhorias para a atenção materno-infantil. *Notícia de Fato* [periódico online]. 2015 [acesso em: 10 set. 2015]. 6p. Disponível em: <http://www.mprn.mp.br/noticiadefato/ed11/#page/1>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de janeiro de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [homepage na Internet] [acesso em: 17 jun. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
9. Vasconcelos, FGA; Zaniboni, MRG. Dificuldades do trabalho médico no PSF. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2011; 16: 494-504.
10. Cunha MAM, Mamede MV, Dotto LMG, Mamede FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Esc Anna Nery Rev Enf.* 2009; 1(13): 145-153.
11. SILVEIRA, DS; SANTOS, IS; COSTA, JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública* [periódico online]. 2011 [acesso em: 08 ago. 2015]. 17(1): 9p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4068.pdf>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Portaria Nº 569, de 01 de julho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
13. Melo ECP, Knupp VMAO, Oliveira RB, Tonini T. A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2007; 41 (Esp.): 804-809.
14. Dias-da-Costa JS, Cesar JA, Haag CB, Watte G, Vicenzi K, Schaefer R. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2013; 2(13): 101-109.

15. Leal MC, Theme-Filha MMiranda, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2015; 1(15): 91-104.
16. Conselho Nacional de Secretarias da Saúde. Faltam médicos em 20% das equipes do PSF no RN, alerta a presidente do COSEMS [homepage na Internet] [acesso em: 07 ago. 2015] 2011. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/index.php/comunicacao/noticias/1564-faltam-medicos-em-20-das-equipes-do-psf-no-rn-alerta-a-presidente-do-cosems>