

Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001

Evaluation of antenatal peregrination in a sample of postpartum women in Rio de Janeiro, Brazil, 1999/2001

Daniela Contage Siccardi Menezes ¹

Iúri da Costa Leite ²

Joyce Mendes Andrade Schramm ²

Maria do Carmo Leal ²

Abstract

The access to obstetric care in the city of Rio de Janeiro, Brazil, was evaluated in this study. The aim of this article was to determine the social, demographic and obstetric factors associated with the antenatal search for health services, in a sample of 6,652 postpartum women. It was observed that 1/3 of patients have to search for services in more than one hospital, not uncommonly in 3 or more. It is important to consider that only 1/5 of these patients are transferred by ambulance. The factors associated with this peregrination were: place of residence, birth weight, age, skin color, marital status and residence in places where garbage is not picked up. There was no association with schooling; Kotelchuck modified index, obstetric risk, water source and residence in slums.

Health Services Accessibility; Maternity Hospitals; Parturition

¹ Departamento de Obstetrícia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

D. C. S. Menezes
Departamento de Obstetrícia,
Universidade do Estado
do Rio de Janeiro,
Av. 28 de Setembro 87,
4º andar, Rio de Janeiro, RJ
20551-030, Brasil.
ddsiccardi@aol.com

Introdução

Nas últimas décadas as desigualdades em relação à oferta de leitos obstétricos e de unidades de tratamento intensivo (UTI) e intermediário (UI) para recém-nascidos no Município do Rio de Janeiro, Brasil, vêm sendo bastante discutidas ^{1,2,3}. Apesar dos programas de referenciamento de gestantes de alto risco ⁴ e humanização do pré-natal e nascimento ^{5,6,7,8}, pode-se ainda observar um fluxo de gestantes das regiões mais periféricas em direção ao centro do município, onde existe uma maior concentração de serviços ².

Esse fluxo de gestantes em busca de atendimento obstétrico no momento do parto gera uma verdadeira peregrinação de mulheres à procura de serviços de saúde ¹. A situação torna-se ainda mais grave quando se leva em conta o risco materno e/ou fetal. Neste caso, são necessários leitos obstétricos especializados, além de UTI neonatal, encontrados apenas em maternidades de maior complexidade. Tudo isto configura o que denominamos neste estudo de "peregrinação anteparto", ou seja, a busca de serviços de saúde para gestantes e seus recém-nascidos no momento do parto.

No Município do Rio de Janeiro praticamente 100% dos partos são hospitalares, sendo assim pertinente a discussão do acesso às maternidades ². Sabe-se ainda que quanto maior a distância a ser percorrida pela gestante, mais

difícil é o acesso aos serviços e menor a probabilidade de adequação de suas necessidades aos serviços oferecidos, especialmente quando se trata de pacientes de alto risco⁶. Vale ressaltar que é inútil a determinação do risco de uma gestante se a chegada à maternidade de referência não ocorre a tempo. Dentre os motivos para tal atraso incluímos as longas distâncias a serem percorridas, a falta de um sistema de transporte eficaz e a falta de um sistema de comunicação e referenciamento adequados^{9,10}.

A adequação do atendimento está associada à “superutilização” e “subutilização” dos serviços. Não raro pacientes de baixo risco são internados em maternidades de maior complexidade (“superutilização”). Essa “superutilização” em geral é associada ao “auto-referenciamento” (“*self-referral*”), ou seja, pacientes buscam atendimento em maternidades de maior complexidade porque entendem que elas abrigam mais recursos, ou muitas vezes apenas porque são mais próximas do domicílio¹¹. A falta de um sistema de regulação e de referência, assim como a inexistência de protocolos clínicos, acabam fazendo com que as maternidades de alto risco fiquem sobrecarregadas, sendo muitas vezes incapazes de atender pacientes que realmente possuem alto risco obstétrico, comprometendo a qualidade destes serviços e gerando prejuízos à mãe e seu recém-nascido¹⁰.

Em relação aos leitos especializados para recém-nascidos, sabe-se que de uma forma geral, o número de leitos de UTI neonatal e berçário intermediário é bem menor que o necessário em todo o Brasil. Em estudo realizado em 1998 pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), foi estabelecida a necessidade de três leitos de UI e um leito de UTI neonatal para cada mil nascidos vivos¹². Nenhum estado brasileiro está próximo desta meta. Os que apresentam melhor cobertura, como Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Distrito Federal apresentam valores próximos à metade do necessário³.

Essa deficiência de leitos de UI e UTI neonatal ocorre também em países desenvolvidos, como o Reino Unido, configurando o principal motivo para transferência de gestantes de centros de referência perinatal^{13,14}. A falta de leitos intensivos e semi-intensivos para o recém-nascido torna-se, portanto, o principal fator limitante para internação de gestantes com possibilidade de parto prematuro. Considerando que o prognóstico fetal é melhor quando a transferência ocorre intra-útero (“anteparto”) e não após o nascimento¹⁵, as mulheres partem em busca de atendimento, muitas vezes pelos próprios meios.

O presente trabalho visa a identificar a relação de características sociais, demográficas e obstétricas com a peregrinação anteparto.

Material e métodos

Fonte de dados

Foram utilizadas como fonte de dados as informações coletadas no *Estudo da Morbi-mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro*, desenvolvido em 1999/2001, baseado numa amostra de puérperas internadas por ocasião do parto em maternidades localizadas no Município do Rio de Janeiro^{16,17}.

No plano amostral do estudo principal, os estabelecimentos de saúde do município foram estratificados segundo o risco neonatal (proporção de recém-nascidos com peso menor do que 2.500g), tendo sido formados três estratos. No primeiro estrato foram incluídas todas as maternidades municipais e federais, totalizando 12 maternidades. No segundo foram incluídos os estabelecimentos militares, estaduais, filantrópicos, universitários e conveniados com o SUS, totalizando dez maternidades, e no terceiro foram incluídas 25 maternidades privadas. O número de puérperas por estabelecimento foi determinado com a fração amostral de 10% em relação ao número total de nascidos vivos, com base no *Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)*/Município do Rio de Janeiro de 1997.

A coleta de dados foi realizada por meio de três questionários padronizados. O primeiro aplicado às mães no puerpério imediato, o segundo com informações coletadas nos prontuários das mães, e o terceiro com as condições de alta ou óbito da mãe e recém-nascido. Em uma amostra aleatória de 3% das mães entrevistadas foi realizada pelos supervisores de campo uma replicação dos prontuários preenchidos previamente.

Neste estudo foram consideradas apenas 19 maternidades que prestam atendimento a pacientes do SUS. Essas maternidades foram classificadas em alta ou baixa complexidade de acordo com a presença ou não de UTI neonatal, uma vez que a maioria das transferências maternas de centros perinatais ocorre por deficiência de vagas de UTI neonatal e não por impossibilidade de atendimento materno¹³.

Foram também excluídas as pacientes com gestação múltipla e aquelas cujos fetos pesaram menos de 500g e/ou apresentavam idade gestacional inferior a 22 semanas, por terem sido classificados como abortos, conforme definição da Organização Mundial da Saúde¹⁸. Fo-

ram portanto avaliadas 6.652 mulheres que utilizaram os serviços do SUS, internadas em maternidades do Município do Rio de Janeiro por ocasião do parto.

Avaliou-se a proporção de pacientes que buscou assistência em mais de uma maternidade, assim como o número de maternidades percorridas até serem internadas, e o meio de transporte utilizado.

Um modelo de regressão logística foi utilizado para identificar fatores associados com a chance de uma gestante peregrinar em busca de internação. As seguintes variáveis foram selecionadas no modelo: idade (menor do que 17 anos/17-35 anos/maior do que 35 anos), raça (branca/amarela/negra e parda), união estável (sim/não), destino do lixo doméstico (recolhido/não recolhido), fonte de abastecimento de água (água encanada dentro de casa e pacientes sem água encanada), anos de estudo (≤ 4 anos de estudo e > 4 anos de estudo), local de residência (bairro ou favela/rua/lote) e área programática de residência (AP).

As áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro são divididas conforme descrição: AP 1 – Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão, Paquetá e Santa Teresa; AP 2.1 – Botafogo, Copacabana, Lagoa e Rocinha; AP 2.2 – Tijuca e Vila Isabel; AP 3.1 – Ramos, Penha, Ilha, Complexo do Alemão e Maré; AP 3.2 – Inhaúma, Méier e Jacarezinho; AP 3.3 – Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna; AP 4 – Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Cidade de Deus; AP 5.1 – Bangu e Realengo; AP 5.2 – Campo Grande e Guaratiba; e AP 5.3 – Santa Cruz.

Para caracterizar as condições materno-fetais foi incluído na análise o risco obstétrico na internação (sim/não), peso ao nascer (500-1.499g; 1.500-2.499g; ≥ 2.500 g) e o índice de Kotelchuck modificado. Esse índice avalia o número de consultas de pré-natal, baseado no mês do início da assistência e na proporção de consultas observadas sobre o número de consultas esperadas, de acordo com a idade gestacional no nascimento. As pacientes são classificadas nas seguintes categorias: não fez pré-natal, pré-natal inadequado, intermediário, adequado e mais que adequado ¹⁹.

Todas as variáveis significativas no nível de 25% na análise univariada foram incluídas no modelo multivariado ²⁰, no qual foram selecionadas apenas as variáveis estatisticamente significativas no nível de 5%. As variáveis anos de estudo e índice de Kotelchuck não foram incluídas na análise multivariada (p valor $\geq 0,25$).

Os dados foram analisados por meio do pacote estatístico SPSS 10.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Resultados

Das 6.652 pacientes analisadas, 2.228 (33,5%) buscaram assistência em mais de uma maternidade. Em quase 70% dessas pacientes, o motivo assinalado para escolha da maternidade foi falta de vaga em outro estabelecimento (Tabela 1). 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 verdadeira peregrinação anteparto (Tabela 2). Não foi possível identificar o número de maternidades percorridas em 4,9% dos casos. Deve-se ainda considerar que das pacientes que tiveram de buscar assistência em outra maternidade, apenas 19,8% foram transferidas de ambulância.

Na Tabela 3, onde são apresentados os resultados da análise multivariada, observa-se uma maior chance de peregrinar entre as pacientes residentes nas AP 3.1, 3.2, 3.3 e 4.0 ou em outros municípios. O peso ao nascer assim como a idade da gestante apresentam uma relação inversa com a chance de peregrinar. Mulheres sem uma relação estável são 30% mais propensas a peregrinar do que aquelas em relação estável. A chance de peregrinar foi mais elevada entre as mulheres negras/mestiças, com idade menor do que 17 anos e residentes em áreas onde o lixo não é recolhido. Não foi encontrada associação entre peregrinação e

Tabela 1

Motivo de escolha da maternidade entre as pacientes que buscaram assistência em mais de um estabelecimento, numa amostra de puérperas do Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001.

Motivo de escolha da maternidade	N	%
Falta de vaga em outra maternidade	1.547	69,4
Indicação de amigos/parentes	104	4,7
Indicação médica (pré-natal)	90	4,0
Proximidade do domicílio	74	3,3
Outros	404	18,1
Ignorado	9	0,4
Total	2.228	100,0

Fonte: Estudo da Morbi-mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro.

Tabela 2

Número de maternidades percorridas por ocasião do parto entre as pacientes que buscaram assistência em mais de um estabelecimento, numa amostra de puérperas do Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001.

Número de maternidades percorridas	N	%
2	1.575	70,69
3	335	15,04
4	174	7,81
5	33	1,48
6	1	0,04
Ignorado	110	4,94
Total	2.228	100,00

Fonte: *Estudo da Morbi-mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro.*

risco na internação, fonte de abastecimento de água e local de residência (bairro/favela).

Discussão

Aproximadamente 1/3 das pacientes desta amostra buscou assistência ao parto em mais de uma maternidade, sendo que em quase 70% destas o motivo apontado foi falta de vaga em outro estabelecimento. Além da falta de leitos de UTI e UI neonatal³, deve-se considerar a desigualdade na oferta de leitos obstétricos no município¹. Existe uma concentração de serviços nas regiões do centro e zona sul, com déficit de leitos nas regiões mais periféricas, ocasionando fluxos de gestantes das áreas de mais baixa renda para áreas onde se encontram maiores e melhores serviços de saúde². Vale ressaltar ainda que em situações de urgência obstétrica, a proximidade do serviço de saúde e o acesso a este determinam o desfecho materno-fetal²¹.

A análise do número de maternidades percorridas até a paciente ser internada demonstra o caos da assistência ao parto no município. Campos & Carvalho² já haviam apontado serem longas as distâncias percorridas pelas parturientes. Sabe-se que toda transferência traz em si riscos potenciais, que aumentam quando a paciente precisa ser transferida ainda para um terceiro hospital¹³. Conforme demonstrado, 15% das pacientes só conseguiram assistência no terceiro hospital que procuraram, sendo que 9,3% percorreram quatro ou mais, o que sugere uma falta de articulação entre as maternidades. Infelizmente não foi possível avaliar quais as maternidades de mais difícil

acesso, ou se esta dificuldade é mais freqüente em maternidades de alta ou baixa complexidade. No Reino Unido, dois tipos de transferência são considerados como má-prática: mulheres e crianças não devem ser forçadas a viajar para além do centro de referência mais próximo, e centros de referência não devem transferir mulheres e crianças de risco¹⁴.

A situação torna-se ainda mais conflitante ao se considerar que a maioria das pacientes que peregrinaram teve de buscar assistência em outro estabelecimento pelos próprios meios, pois apenas 1/5 destas foi transportada de ambulância. Ou seja, as pacientes tiveram de recomençar a sua busca por local adequado para o parto num momento onde já haviam chegado a uma maternidade. Além disso, muitas vezes essas gestantes encontram-se em trabalho de parto e/ou em situações de risco. Estes achados refletem não apenas a falta de hierarquização da rede, mas principalmente a falta de um sistema de transporte e comunicação eficazes.

A ausência de associação entre o índice de Kotelchuck, que avalia a adequação do pré-natal, e peregrinação anteparto, mais uma vez reforça a falta de uma assistência ao parto articulada com o pré-natal. Ou seja, apesar do Município do Rio de Janeiro apresentar elevada cobertura pré-natal¹⁶, tal fato não diminui as chances da paciente peregrinar no momento do parto, demonstrando a falta de organização do sistema de saúde.

O achado de que pacientes residentes em determinadas AP peregrinam mais do que outras, simplesmente por residirem em determinadas regiões, explicita as desigualdades na cobertura de serviços de saúde no município. Quase metade das pacientes residentes nas AP 3.2 e 3.3 buscou assistência em mais de uma maternidade. Ou seja, residir nessas regiões traz uma chance praticamente duas vezes maior da paciente peregrinar, quando comparada com as parturientes residentes no centro do município. As pacientes residentes nas AP 3.1 e 4.0 também apresentaram maior probabilidade de peregrinar em relação ao grupo de referência. É importante ressaltar que o intervalo de confiança encontrado para AP 3.1 apresentou o valor 1,0 (IC95%: 1,0-1,6) em seu limite inferior. Como pode ser observado, esse intervalo é assimétrico, demonstrando uma associação "borderline" significativa no nível de 5%. Entre todas as regiões analisadas, a maior probabilidade de peregrinar foi encontrada entre as pacientes residentes em outros municípios. Sabe-se que alguns municípios próximos não apresentam uma rede adequada de serviços de saúde. Tal fato gera um fluxo de gestantes em dire-

ção ao Município do Rio de Janeiro, sobrecarregando a rede de assistência municipal ¹.

A associação de peregrinação com baixo peso ao nascer (< 2.500g) reforça os achados de que um dos grandes fatores limitantes para internação de pacientes no momento do parto é a necessidade ou não de UTI neonatal ¹³. Leal et al. ¹⁶ demonstraram que as maternidades conveniadas com o SUS são as que mais recusam parturientes, parte delas por serem gestantes de risco e demandarem serviços especializados, ausentes nessas instituições.

Sabe-se que as condições sociais tendem a ser piores entre menores de 17 anos sem união consensual ²², e que a gestação na adolescência está mais associada à pobreza ²³. Neste trabalho foi encontrada maior chance de peregrinação em pacientes solteiras. Idade menor que 17 anos e cor negra/parda também mostraram associação. O intervalo de confiança para idade menor que 17 anos apresentou o valor 1,0 em seu limite inferior. Esse efeito, entretanto, não deve ser desconsiderado, uma vez que o intervalo apresentado é assimétrico, acima de 1,0 (IC95%: 1,0-1,5). Em relação à idade materna, mulheres com mais de 35 anos apresentaram menor chance de peregrinação. Leal et al. ¹⁹ demonstraram que pacientes nessa faixa etária utilizam mais os serviços de pré-natal do que as demais, sugerindo que quanto maiores os cuidados pré-natais, maior possa ser a integração com a assistência ao parto, com consequente diminuição da peregrinação. Neste trabalho, no entanto, não foi encontrada associação entre peregrinação e adequação do pré-natal (índice de Kotelchuck).

Apesar de baixo peso ao nascer ter sido a variável mais associada à peregrinação, não foi encontrada associação, estatisticamente significativa, com risco obstétrico na internação. Este fato sugere que a peregrinação anteparto ocorre independentemente do risco obstétrico, sendo que a paciente de baixo risco peregrina apenas em busca de vagas, e a de alto risco peregrina tanto em busca de vagas quanto de recursos disponíveis adequados às suas necessidades (UTI/UI neonatal).

Conclusão

Além da necessidade já estabelecida do aumento do número de leitos de UTI/UI neonatal ³, deve-se considerar a necessidade de uma melhor distribuição dos serviços no município. Tal medida teria como objetivo facilitar o acesso aos serviços tanto para pacientes de alto quanto de baixo risco, aumentando a oferta

Tabela 3

Razão de chances ajustada dos fatores associados à peregrinação anteparto, numa amostra de puérperas do Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001.

Variável	Razão de chances ajustada	IC95%
Área Programática de residência		
AP 1	1,0	-
AP 2.1	0,8	0,6-1,1
AP 2.2	1,0	0,7-1,4
AP 3.1	1,3	1,0-1,6
AP 3.2	1,9	1,4-2,5
AP 3.3	2,0	1,6-2,5
AP 4	1,4	1,1-1,7
AP 5.1	1,1	0,8-1,3
AP 5.2	1,0	0,8-1,2
AP 5.3	1,2	0,9-1,6
Outros municípios	2,0	1,6-2,5
Peso ao nascer (g)		
500-1.499	1,8	1,2-2,6
1.500-2.499	1,3	1,1-1,6
≥ 2.500	1,0	-
União estável		
Sim	1,0	-
Não	1,3	1,1-1,4
Destino do lixo doméstico		
Recolhido	1,0	-
Não recolhido	1,3	1,1-1,5
Idade (anos)		
< 17	1,3	1,0-1,5
17-35	1,0	-
> 35	0,6	0,5-0,8
Cor de pele		
Branca	1,0	-
Negra/Mestiça	1,2	1,1-1,3
Amarela	0,8	0,5-1,1

Fonte: *Estudo da Morbi-mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro.*

para as pacientes residentes em áreas mais distantes do centro.

Em relação à utilização de serviços por pacientes não-residentes no Município do Rio de Janeiro, deve-se considerar a importância de políticas de saúde em nível estadual e federal, visando à regulação do uso dos serviços.

Deve-se também considerar a necessidade de uma maior integração entre os serviços de assistência pré-natal e parto. É fundamental uma melhor hierarquização da rede, de forma que os centros de atenção primária tenham

bem estabelecidos os serviços de pré-natal de alto risco e maternidades de baixo e alto risco para onde possam referenciar suas pacientes. Em contrapartida, os serviços de pré-natal de alto risco e maternidades de referência necessitam ter estabelecidos os postos de saúde e as maternidades de baixo risco para onde possam encaminhar as pacientes de baixo risco que receberem por demanda espontânea, diminuindo assim as taxas de “superutilização” dos serviços. Finalmente, as maternidades de baixo risco necessitariam estar mais bem integradas com as maternidades de referência para que pudessem encaminhar as gestantes de risco que recebessem. É fundamental ressaltar que maternidades de baixo risco não podem funcionar adequadamente sem o apoio de um centro de referência para onde possam ser transferidas as pacientes de risco. A colaboração entre esses dois níveis de atendimento, por meio de um sistema de referência e contra-referência

eficaz, pode fortalecer ambas as partes, resultando em benefícios para as usuárias²⁴.

Entretanto, ainda que exista um sistema referência e contra-referência estabelecido, é fundamental a implementação dos sistemas de transporte e comunicação entre as unidades¹⁰. Um sistema de regulação eficaz evitaria a peregrinação das pacientes, diminuindo a procura por serviços em maternidades lotadas. Finalmente, melhorias no sistema de transporte, com transferências de pacientes de risco ou em trabalho de parto feitas por ambulâncias, trariam além de um maior acolhimento às parturientes, uma diminuição dos riscos potenciais existentes durante a viagem, proporcionando, além disso, uma diminuição das desigualdades existentes. Sabe-se que o tipo de assistência às transferências sempre serão parte do cuidado obstétrico e neonatal¹⁴, mas tal situação caótica pode e deve ser evitada.

Resumo

Neste estudo foi avaliada a dificuldade de acesso às maternidades do Município do Rio de Janeiro, Brasil. O objetivo do estudo foi identificar os fatores sociais, demográficos e obstétricos associados à peregrinação anteparto. Para tal foram avaliadas 6.652 puérperas que utilizaram os serviços do SUS por ocasião do parto. Foi observado que 1/3 das pacientes busca assistência em mais de um hospital, não sendo raro pacientes peregrinarem por três ou mais unidades. Vale ressaltar que apenas 1/5 dessas mulheres é transferida de ambulância. Os fatores associados a essa peregrinação foram: área programática de residência, peso ao nascer, idade, cor de pele, estado civil e residência em local onde não há coleta de lixo. Não foi encontrada associação de peregrinação anteparto com escolaridade, índice de Kotelchuck modificado, risco obstétrico na internação, fonte de abastecimento de água e residência em favela.

Acesso aos Serviços de Saúde; Maternidades; Parto

Colaboradores

D. C. S. Menezes participou de todas as etapas, desde a análise até a redação final do artigo. I. C. Leite contribuiu nas análises estatísticas, interpretação de resultados e redação do artigo. J. M. A. Schramm participou de todas as etapas, colaborando na redação do artigo. M. C. Leal participou na construção do banco de dados utilizado no artigo e revisão final do texto.

Referências

1. Gomes MASM. Aspectos da qualidade do atendimento à gestação e ao parto através da percepção das usuárias [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
2. Campos TP, Carvalho MS. Assistência ao parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:411-20.
3. Leal MC, Viacava F. Maternidades do Brasil. *Radis* 2002; 2:8-26.
4. Ministério da Saúde. Gestante de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: Secretaria Executiva, Ministério da Saúde; 2001.
5. Ministério da Saúde. Portaria 569. Programa de humanização no pré-natal e nascimento no SUS. *Diário Oficial da União* 2000; 8 jun.
6. Ministério da Saúde. Portaria 570. Componente I do programa de humanização no pré-natal no SUS. *Diário Oficial da União* 2000; 8 jun.
7. Ministério da Saúde. Portaria 571. Componente II do programa de humanização no pré-natal no SUS. *Diário Oficial da União* 2000; 8 jun.
8. Ministério da Saúde. Portaria 572. Componente III do programa de humanização no pré-natal no SUS. *Diário Oficial da União* 2000; 8 jun.
9. Groot ANJA, Slort W, Roosmalen J. Assessment of the risk approach to maternity care in a district hospital in rural Tanzania. *Int J Gynecol Obstet* 1993; 40:33-7.
10. Murray FS, Davies S, Phiri RK, Ahmed Y. Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referrals systems. *Health Policy Plan* 2001; 16:353-61.
11. Jahn A, Iang MD, Shah U, Diesfeld HD. Maternity care in rural Nepal: a health service analysis. *Trop Med Int Health* 2000; 5:657-65.
12. Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Assistência materno-infantil no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro; 1998.
13. Bennet CC, Lal MK, Field DJ, Wilkinson AR. Maternal morbidity and pregnancy outcome in a cohort of mothers transferred out of perinatal centres during a national census. *Br J Obstet Gynaecol* 2002; 109:663-6.
14. Parmanum J, Field D, Renné J, Steer P. National census of availability of neonatal intensive care. *BMJ* 2000; 321:727-9.
15. Roberts CL, Smart DH, Ellwood DA. Antenatal transfer of rural women to perinatal centres. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000; 40:377-84.
16. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas no Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1:S20-33.
17. Campos MR, Leal MC, Souza PR, Cunha CB. Consistência entre fontes de dados e confiabilidade interobservador do *Estudo da Morbi-mortalidade e Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro*. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1:S34-43.
18. Rezende J, Montenegro CAB, Barcellos JM. Abortamento. In: Rezende J, editor. *Obstetrícia*. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1995. p. 643-66.
19. Leal MC, Gama SGN, Ratto KMN, Cunha CB. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1:S63-72.
20. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2nd Ed. New York: Wiley Interscience; 2000.
21. Pittrof R. Observed versus expected complications: an assessment of coverage of obstetric care in developing countries. *Trop Doct* 1997; 27:25-9.
22. Sabroza AR, Leal AC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puéperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1:S112-20.
23. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:74-80.
24. Lerberghe WV, Béthune X, Brouwere VD. Hospitals in sub-Saharan Africa: why we need more of what does not work as it should. *Trop Med Int Health* 1997; 2:799-808.

Recebido em 13/Out/2004

Versão final reapresentada em 16/Jun/2005

Aprovado em 08/Jul/2005