

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

**A INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS NA ATENÇÃO À
GRAVIDEZ E AO PARTO NA CIDADE DE PELOTAS, RS**

**Roberta Bedin de Araújo Pedrolo
Orientadora: Elaine Albernaz**

**Pelotas, Brasil
2007**

“Esperança é decidir pela vitória em cada circunstância que a vida nos coloca.”

Theodore Gericault

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente a minha família, alicerce dessa trajetória, que me ofereceu conforto, carinho e apoio em todos os momentos.

À Elaine, por sua paciência, dedicação e persistência no decorrer das supervisões.

Ao meu marido, Eugenio, que além de agüentar meu mal humor, me apoiava dando força para persistir na caminhada.

À Flávia, sempre com o telefone em mãos para passar recados.

Enfim, a todos vocês, meu intenso agradecimento, e saibam que foram fundamentais para que eu alcançasse esse objetivo.

CONTEÚDO

I – Projeto de pesquisa

II – Artigo científico

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

**A INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS NA ATENÇÃO À
GRAVIDEZ E AO PARTO NA CIDADE DE PELOTAS, RS**

**Roberta Bedin de Araújo Pedrolo
Orientadora: Elaine Albernaz**

PROJETO DE PESQUISA

**Pelotas, Brasil
2007**

ÍNDICE

1 Abreviaturas utilizadas	09
2 Introdução	10
3 Revisão Bibliográfica	15
3.1 Base de dados pesquisadas	15
3.2 Descritores	15
3.3 Descritores secundários	15
3.4 Artigos	15
3.5 Resultado da revisão	16
4 Descrição do modelo teórico	20
5 Justificativa	22
6 Objetivos	23
6.1 Objetivo geral	23
6.2 Objetivos específicos	23
7 Hipóteses	24
8 Metodologia	25
8.1 Delineamento do estudo	25
8.2 Amostragem	25
8.3 Critério de elegibilidade	26
8.4 Instrumentos	26
8.5 Logística	26
8.6 Seleção e treinamento	28
8.7 Estudo-piloto	29
8.8 Processamento de dados	29
8.9 Análise de dados	29
8.10 Controle de qualidade	30
8.11 Aspectos éticos	30
8.12 Divulgação dos resultados	31
9 Cronograma	32
10 Bibliografia	33

1 ABREVIATURAS UTILIZADAS

BPN: Baixo peso ao nascer

CID: Código Internacional de Doenças

DNV: Declaração de Nascidos Vivos

FAPERGS: Fundação de Apoio à Pesquisa do Rio Grande do Sul

FAU: Fundação de Apoio Universitário

HUSFP: Hospital Universitário São Francisco de Paula

N: Número de Casos

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

OR: Odds Ratio

PN: Pré-natal

RN: Recém nascido

RR: Risco Relativo

SM: Salário Mínimo

2 INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos marcantes na vida da mulher e de seus familiares. Representam uma importante transição de “mulher” para “mãe”, não sendo somente um evento biológico.

Um passo importante para a mulher durante a gestação é a realização do pré-natal. A atenção pré-natal visa a promoção da saúde da gestante e do feto possibilitando a identificação de situações de risco para ambos, permitindo intervenções oportunas.

Mulheres que utilizam o serviço de atenção pré-natal apresentam menor morbidade e seus filhos um melhor crescimento intrauterino, menor morbimortalidade neonatal, menores taxas de prematuridade, de baixo peso ao nascer e de morte materna ^{1,2,3}.

O Ministério da Saúde recomenda iniciar o acompanhamento da gestante no primeiro trimestre de gravidez e realizar pelo menos seis consultas. ⁴ O pré-natal pode ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde, que têm como fonte pagadora o Sistema Único de Saúde-SUS, ou em consultórios particulares, onde as consultas são pagas pelo cliente ou através de convênios médicos e sistema de seguro saúde.

Apesar da alta cobertura de pré-natais com a ampliação das redes básicas de saúde e com a implantação do programa Saúde da Família^{5,6}, nota-se a importância das condições socioeconômicas para a saúde materno-infantil. Estudos mostram que a inadequação na assistência pré-natal foi maior nos extratos de menor renda.^{1,2,3,6,7,8,9}

O uso adequado e intensivo do pré-natal está intimamente relacionado com características socioeconômicas, como alta escolaridade da mãe e a realização da assistência fora dos serviços públicos de saúde. E a inadequação do uso da assistência pré-natal, com baixa renda familiar, falta de companheiro para a mulher e atendimento em serviços públicos.⁶

No pré-natal, a gestante conhece os tipos de partos, seus benefícios e malefícios, ou seja, quanto mais completa ou suficiente a informação for percebida pela mulher, maior a satisfação com a assistência ao parto.

A assistência à saúde da parturiente vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e de seu filho recém-nascido (RN). Inibir os casos de parto cirúrgico é apenas uma das metas dessa assistência, que deverá se consolidar, se construída com foco na atenção mais humanizada.¹⁰

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), a grande conquista está em disseminar a prática de partos naturais em detrimento do número de cesarianas. Segundo o Ministério da Saúde, a implementação ou extinção dessas ações está diretamente relacionada à conscientização dos profissionais em reconhecer que a mulher é a principal protagonista do processo de parto, devendo ter sua dignidade, individualidade e valores respeitados.¹¹

A humanização do parto promove situações que inibem o mal-estar da mulher e também reduzem riscos para o bebê, ao mesmo tempo em que possibilita conforto e segurança para o acompanhante.

O termo humanização foi atribuído pelo Ministério da Saúde e sua equipe técnica ao Programa de Pré-natal e Nascimento, com a premissa de melhorar as condições do atendimento e garantir que o profissional privilegie não só o que viu e palpou, mas, também, ouviu o que a gestante descreveu estar sentindo

para que o tratamento seja eficiente. O MS é enfático, também, sobre a importância da participação da família durante a gestação, o parto e puerpério.

22,23

Como afirma o Ministério da Saúde (2001), o momento do parto é extremamente importante na vida da mulher, de grande intensidade emocional, marco no caminho da vida, que afeta profundamente as mulheres, os bebês, as famílias, com efeitos importantes e persistentes sobre a sociedade. A valorização do parto e do nascimento humanizados é uma etapa importante para o aumento da autonomia e do poder de decisão das mulheres e, fundamentalmente, para o encontro entre estas e os profissionais de saúde, resultando numa relação menos autoritária e mais solidária, com desdobramentos efetivos para uma boa evolução do trabalho de parto e para a saúde das mulheres e das crianças.¹¹

As rígidas rotinas e normas hospitalares tendem a afastar os familiares da cena do parto e coíbem a possibilidade de acompanhante neste acontecimento. A aceitação dos homens, maridos ou companheiros, como acompanhantes no parto é ainda mais difícil. Considerando-se que o parto propicia uma vivência positiva, excluir o pai do bebê desta experiência não seria sensato. O pai pode assumir um papel ativo de apoio psicológico e conforto físico. Ele também pode suprir lacunas no atendimento, estando ao lado da mulher todo o tempo.²¹ Quando os maridos participam, ajudando e se sentindo incluídos, a satisfação com a experiência do nascimento aumenta muito para eles. Todas estas atividades, além de melhorar a vivência experimentada pelas mulheres que dão à luz, parecem exercer influência direta e positiva sobre a sua saúde e a de seus filhos e devem, portanto, ser estimuladas em todas as situações possíveis.

De acordo com trabalho realizado no Rio de Janeiro sobre a política de humanização ao parto e nascimento, foi constatado que apenas 26% das

parturientes puderam se beneficiar da presença e apoio de um acompanhante durante o seu trabalho de parto e parto.²⁰

A participação do pai no nascimento da criança traz importantes contribuições e questões ao exercício dos direitos reprodutivos de homens e mulheres. A escolha do apoio do pai da criança ou de outro familiar durante o trabalho de parto e parto faz parte da proposta de humanização da assistência.^{11,12}

Assim, parto humanizado é respeitar e criar condições para que todas as dimensões espirituais, psicológicas e biológicas do ser humano sejam atendidas.²⁴

O parto é um evento cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos, e não somente fisiológico. Vários estudos mostram as diferenças em relação ao nível socioeconômico da gestante ao se tratar de pré-natal e tipo de parto^{2,3,7,8,9}. Mulheres de menor renda, baixa escolaridade, pretas ou pardas e sem companheiro apresentam menor número de consultas pré-natal e menor número de cesarianas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a taxa máxima aceitável de parto cesária é de 15% em qualquer região.¹² Mas a realidade é outra, vários estudos mostram a alta taxa de cesarianas, principalmente nas classes mais altas, e maior grau de instrução, ou seja, entre as mulheres potencialmente de menor risco obstétrico, sugerindo a existência de outros fatores além dos clínicos.^{2,3,7,8,9}

Um estudo sobre a desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul no anos de 1996, 1998 e 2000 aponta que uma estratégia freqüentemente utilizada pelas mulheres com melhores condições socioeconômicas para conseguir cesarianas no setor público é negociá-la

durante o pré-natal privado. Neste sentido, a escolaridade parece aumentar a chance de cesariana, não apenas pela diferenciação econômica, mas também pela maior capacidade de negociação com o obstetra.⁹

A Lei do Cuidado Inverso descrita por Hart, em 1971, diz que há mais serviço e mais qualidade para quem tem menos risco de saúde, sendo isso visto em grande parte do Brasil, reforçando a idéia de que populações marginalizadas são as que menos recebem atendimento dos serviços de saúde.¹⁴

No Brasil, prevalece um grau extremo de concentração de renda, que se expressa em profundas desigualdades na atenção à saúde e a vida, inclusive da gestante. Sabe-se que essa etapa da vida é rodeada de fatores fundamentais para o bem-estar e estado saudável da gestante que incluem um bom pré-natal, apoio dos familiares, orientação sobre o tipo de parto e presença de familiares no trabalho de parto e parto. Contudo, nota-se uma diferença de tratamento de gestantes com extratos sociais diferentes.

Considerando a importância da promoção à saúde da gestante, este estudo pretende avaliar a influência dos fatores socioeconômicos sobre a assistência à gestante durante a gravidez e o parto, na cidade de Pelotas, RS.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Bases de dados pesquisadas:

- Medline
- Lilacs
- Scielo

3.2 Descritores:

- Fatores socioeconômicos
- Gravidez
- Parto

3.3 Descritores secundários:

- Parto humanizado
- Cesariana
- Parto natural
- Parto normal
- Influência familiar

3.4 Artigos:

- Resumos encontrados: 1124
- Resumos selecionados: 108
- Artigos selecionados até o momento: 63

3.5 Resultados da revisão:

Alguns dos artigos considerados relevantes estão analisados, resumidamente, a seguir:

Tabela 1: Estudos publicados sobre Gravidez, parto e assistência humanizada.

Autor, país e ano	Delineamento e amostra	Desfecho	Resultados	Observações e limitações
Halpern, Barros, Victora e Tomasi 1998 Brasil	Estudo transversal. 5304 puérperas em 1993.	Atenção pré-natal em Pelotas - RS	95% - Pré-natal. Média de consultas:7 85% antes do 5º mês. Ausência de pré-natal (PN): mais pobres, > 40 a e adolescentes. Baixo peso ao nascer (BPN) – 2,5 maior. 25% de pacientes com risco gestacional consideraram o PN adequado.	Potencial viés de mensuração – Internadas.
Almeida e Barros Brasil 2005	Estudo observacional em amostra aleatória. 248 mulheres	Atenção à saúde recebida durante a gestação, o parto e puerpério por mulheres de dois estratos de renda familiar per capita.	49,2%<1Salário Mínimo(SM) Menor renda: menor escolaridade, maioria adolescentes, pretas ou pardas e sem companheiro. PN:Início tardio, menor número de consultas,sem planejamento, não escolheu médico, nem fez o atendimento com o mesmo médico. Realizaram a rotina laboratorial mais completa. Cesariana 38,9%SUS e 74%privado.(p<0,001)	Poucas informações sobre puerpério. Dados sobre o tipo de parto foram avaliados conforme o convênio e não pela renda.
Haidar Oliveira Nascimento Brasil	Transversal 3843 Declaração de Nascidos	Estimar a associação entre escolaridade	24,6 idade média Maior instrução tem 6 vezes mais chance de cesariana e 2 vezes mais chance de realizar 6 ou mais consultas pré-natal.	Não preenchimento de alguns campos da DNV.

2001	Vivos (DNV).	materna (variável dependente) e algumas variáveis constantes da DNV.	Menor escolaridade tem mais de 3 filhos.	
Neumann Tanaka Victoria Cesar Brasil 2003	Transversal de base populacional. 2180 mães de crianças menores de 3 anos.	Avaliar a qualidade e eqüidade da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.	96,6% pelo menos 1 consulta PN; Menor renda = início tardio e menor número de consultas. Gestantes com maior risco - menor porcentagem de atendimento com qualidade adequada. PN adequado:76,6% Tipo de convênio no PN: -SUS 74,5% -Particular 17,4% -Outros 8,1% Tipo de convênio no Parto: -SUS 81% -Particular 14,9% -Outros 4,1% Menor renda- Menor orientação sobre cuidados. Maior renda – mais exames ginecológicos e de mama.	Viés de recordatório
Nascimento Brasil 2003	Transversal 590 mães	Comparar a proporção de gestantes atendidas nos	64,4% PN pelo SUS. SUS: idade média de 24 anos Privado: 26,7anos (p<0,001) SUS: 1ª gravidez aos 20,8anos. Privado: 24,5	Possível viés de seleção: postos de vacinação sem ver os privados.

		serviços de saúde público e privado segundo variáveis sociais, demográficas e médicas.	anos ($p < 0,001$) SUS: 2,0 filhos Privado 1,7 filhos SUS: menor intervalo interpartal, maior número de fumantes, menor escolaridade, adolescentes e sem emprego, maior índice de parto vaginal, menor número de consultas pré-natal, menor ganho de peso, maior frequência de infecção urinária e menor presença de pediatra na sala de parto.	
Freitas Drachler Leite Grassi Brasil 2005	Transversal 174224 primíparas no Rio Grande do Sul.	Investigar o efeito das desigualdades sociais nas taxas de cesaria em primíparas e com gravidez única e parto hospitalar. (dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos).	44,9% de cesariana. 27% no Sul e 56% Serra 2000. Taxa aumenta a medida que escolaridade, idade materna e frequência do pré-natal eram maiores e ainda quando a cor da pele do RN era branca.	Análise baseada em dados do SNASC. Basear-se na cor do RN.
Coimbra, Liberata Brasil 2003	Estudo transversal em amostra estratificada	Identificar fatores associados à inadequação	62,9% \geq 5 consultas PN. 60,2% iniciou PN no primeiro trimestre de gravidez. 9,3% sem atendimento.	Estudo que utiliza época de início e n de consultas. Não fornecem informações

	<p>por maternidades dos nascimentos hospitalares em São Luís, MA. APNCU (Adequacy of prenatal care utilization) 2831 puérperas</p>	<p>da assistência pré-natal em comunidade urbana.</p>	<p>84,2% SUS 3,8% Particular 12% Convênio ou seguro Inadequação do uso 49,2%, nível intermediário 37,8%, adequação 10% e intensivo 3%. Inadequação associada à baixa escolaridade e renda familiar, ausência de companheiro, atendimento nos serviços públicos, alta paridade e idade acima de 35 anos.</p>	<p>sobre o conteúdo, continuidade e qualidade da assistência prestada.</p>
<p>Castro, Jamile Clapis, Maria Brasil 2005</p>	<p>Pesquisa qualitativa realizada com 16 enfermeiras que realizavam assistência direta ao parto.</p>	<p>Identificar a percepção das enfermeiras obstetras sobre humanização da assistência ao parto.</p>	<p>As enfermeiras entendem que o processo de humanização se deu por imposição da política governamental, a qual objetiva a diminuição das taxas de cesarianas e a melhoria da assistência a mulher. Acreditam que, para que isso ocorra, há necessidade de mudança de paradigma, na qual incluem a mulher como protagonista do processo.</p>	<p>Pesquisa com pouco conteúdo. Apenas 6 títulos a serem questionados.</p>

4 DESCRIÇÃO DO MODELO TEÓRICO

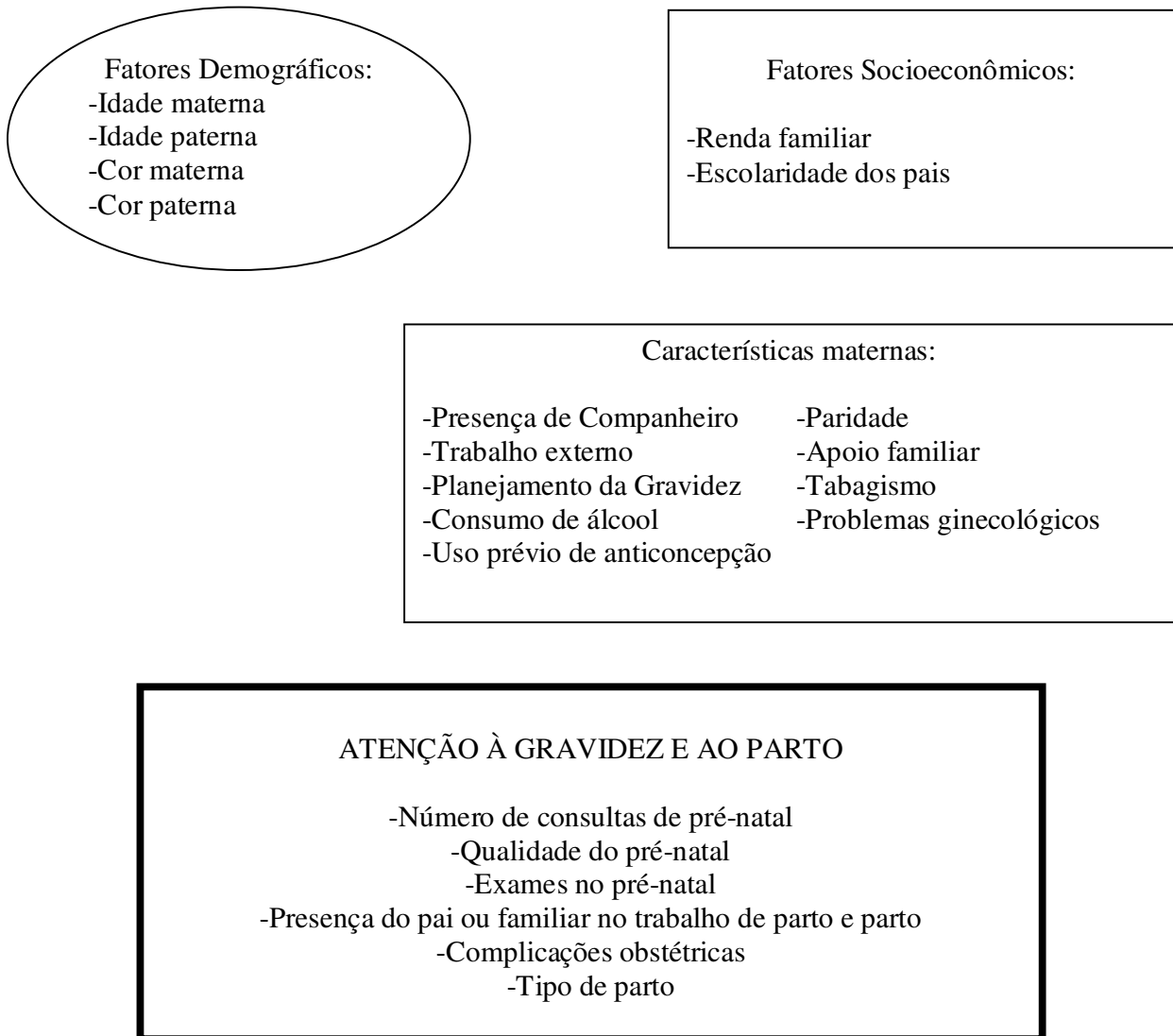
O modelo teórico foi criado considerando a relação hierárquica entre as variáveis para a identificação dos possíveis fatores de confusão na análise dos dados.

No primeiro nível do modelo hierárquico estão colocadas as variáveis demográficas (cor e idade) e os fatores socioeconômicos (renda familiar e escolaridade dos pais) como determinantes das demais variáveis independentes.

No segundo nível hierárquico estão colocadas todas as variáveis relativas às características maternas, as quais podem ser afetadas pelas variáveis anteriores e do mesmo nível e podem exercer influência direta sobre os desfechos.

O modelo teórico encontra-se na Figura 1.

Figura 1 – MODELO TEÓRICO



5 JUSTIFICATIVA

Vários estudos mostram as diferenças de atenção recebidas por gestantes durante o pré-natal e o parto, relacionadas a fatores socioeconômicos.

Em Pelotas, cerca de 80% das gestantes fazem 6 ou mais consultas de pré-natal, entretanto existe uma inversão de cuidados, pois as gestantes de menor risco são as que mais consultam. Além disso, há um alto percentual de partos do tipo cesário, cuja ocorrência é maior em mulheres de melhor nível socioeconômico.

O parto humanizado, no Brasil, é uma prática encontrada com mais frequência nos hospitais privados, porém ainda incipiente nos hospitais públicos. O valor desse suporte emocional para uma boa evolução do trabalho de parto e, também, para a satisfação das usuárias com o serviço é reconhecido em várias instâncias, incluindo o Ministério da Saúde.

Avaliar o impacto dos fatores renda familiar e escolaridade sobre a atenção à saúde reprodutiva da mulher, constatando a magnitude das diferenças sociais, fornecerá subsídios para ações que minimizem essas disparidades.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo geral

Avaliar a influência dos fatores socioeconômicos na atenção à gravidez e ao parto.

6.2 Objetivos específicos

Avaliar a influência dos fatores socioeconômicos (escolaridade da gestante e renda familiar) em:

- Número de consultas do pré-natal;
- Orientações recebidas no pré-natal;
- Exames realizados no pré-natal;
- Tipo de parto;
- Participação do companheiro durante a gestação, trabalho de parto e parto;

7 HIPÓTESES

- Mulheres de menor renda e baixa escolaridade:
 - Têm um menor número de consultas pré-natal;
 - Realizam menor número de exames na gestação;
 - Recebem menos orientação no pré-natal;
 - Recebem menos apoio do companheiro durante a gestação e parto;
 - Têm mais parto vaginal;

- A presença de um familiar na sala de parto ainda é rara, independentemente do nível socioeconômico.

8 METODOLOGIA

8.1 Delineamento do estudo

Estudo transversal aninhado a uma coorte prospectiva.

8.2 Amostragem

Este estudo está inserido em uma pesquisa maior que avaliou vários desfechos. Foram entrevistadas as mães de crianças que nasceram nas maternidades da cidade de Pelotas no período de setembro de 2002 a novembro de 2003, estimando-se a ocorrência de 400 partos/mês, num total de aproximadamente 3400 partos.

Foram feitas visitas domiciliares para 30% da amostra, escolhida de forma aleatória, aos 30, 90 e 180 dias de vida. O estudo utilizará dados da entrevista hospitalar. Para selecionar a amostra foi usado o programa SPSS 8.0 for Windows.¹⁵

A amostragem foi calculada baseada em um intervalo de confiança de 95% e poder estatístico de 90% para exposições variando entre 15 e 80%, estimando-se um RR de 2,0. A amostra necessária da triagem hospitalar foi de 2741 mulheres. Para o projeto atual serão realizados a posteriori os cálculos do poder do estudo, dependendo dos desfechos e exposições avaliados.

8.3 Critérios de elegibilidade

Foram eleitas para inclusão no estudo todas as mães residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, cujos partos ocorreram no período estabelecido, e que não apresentam problemas graves que contra-indicassem o aleitamento materno (exemplo: soropositividade para vírus HIV e RN com mal formações graves).

8.4 Instrumentos

Foram utilizados questionários padronizados, com questões previamente testadas.

Os questionários foram acompanhados de um manual de instruções que teve a finalidade de levar aos entrevistadores a proceder de maneira uniforme e utilizarem as mesmas definições para a coleta de dados. Este manual constou de uma parte geral em que o entrevistador recebia instruções sobre como deveria se apresentar, codificar as questões e proceder em casos de dúvidas. A parte específica do manual dizia respeito a orientação para entender, formular e codificar cada questão isoladamente.

8.5 Logística

O estudo de coorte teve dois componentes: componente perinatal (triagem hospitalar) e acompanhamento (visitas domiciliares a bebês com um, três e seis meses de vida).

A equipe foi composta por uma supervisora do componente perinatal e quinze entrevistadores e por duas supervisoras do componente de acompanhamento com dezessete entrevistadores, sendo os entrevistadores estudantes de Medicina, treinados previamente. Os entrevistadores não tiveram conhecimento prévio dos objetivos do estudo e iniciaram o trabalho logo após tornarem-se aptos através do treinamento.

Foram entrevistadas, no hospital, todas as mães cujos partos vierem a ocorrer na cidade de Pelotas, provenientes da zona urbana, no período de setembro de 2002 a maio de 2003. Os entrevistadores visitaram as maternidades duas vezes ao dia e entrevistaram todas as mães cujos partos viessem a ocorrer no horário que lhes foi designado. Para os partos ocorridos entre 17h e 07h, os questionários eram aplicados pela manhã. Quando ocorressem entre 07h e 17h, os mesmos eram aplicados ao final da tarde, sempre respeitando pelo menos quatro horas entre o parto e a entrevista. Qualquer perda que por ventura houvesse, era anotada e buscada no domicílio.

As reuniões com os entrevistadores eram semanais, para entregar os questionários, sanar dúvidas e identificar possíveis perdas e recusas.

Os questionários foram codificados pelos próprios entrevistadores, com caracteres padronizados. As supervisoras foram responsáveis por: revisão dos questionários, colocação do Código Internacional de Doenças (CID 10)¹⁶ em patologias e codificação de perguntas abertas.

O consentimento pós-informado foi assinado por todas as mães, ficando as mesmas de posse da primeira via; a segunda via foi anexada ao questionário de um mês, aplicada no domicílio.

Foram consideradas como perdas os pares mãe-bebê que não foram localizados para a aplicação dos questionários ou que recusaram-se a participar ou a continuar no estudo.

8.6 Seleção e treinamento da equipe

A seleção dos entrevistadores ocorreu a partir de candidatos que se apresentaram, voluntariamente, em data marcada para reunião. A divulgação da seleção ocorreu através de convite de professores em sala de aula e divulgação pelos próprios alunos. A avaliação constou de entrevista e desempenho.

O treinamento foi feito através do entendimento da técnica das entrevistas e aplicação dos questionários, bem como a interpretação do manual de instruções. Foram feitas simulações de entrevistas, em que pessoas do grupo funcionaram, alternadamente, como entrevistados e entrevistadores, visando obter uniformidade no modo de formular as questões, bem como observar o comportamento dos entrevistadores diante das adversidades que pudessem ocorrer.

O treinamento teve a duração de sete dias e, ao término, foram selecionados os entrevistadores. Os demais que estiveram aptos permaneceram como suplentes para suprir qualquer desistência ou alguma eventualidade no decorrer do trabalho.

8.7 Estudo-piloto

O estudo-piloto ocorreu após o treinamento e foi realizado através de entrevistas às mães internadas na maternidade do Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP). Os entrevistadores realizaram o trabalho, acompanhados pelas supervisoras. Os questionários foram codificados e entregues para revisão e digitação.

8.8 Processamento dos dados

A digitação dos dados foi feita utilizando-se o programa Epi Info 6.0.¹⁷ A estrutura para a entrada de dados foi criada previamente com esse mesmo programa. Foram criados limites tanto para as variáveis quantitativas quanto qualitativas, para evitar erros na amplitude e consistência dos dados.

Todos os questionários tiveram dupla digitação e comparação dos dados para detectar erros. Foram feitas duas cópias, em disquetes diferentes, de todos os dados, atualizadas sistematicamente. Após a digitação, foi realizada a limpeza dos dados. Estas tarefas foram realizadas por um digitador e pelas supervisoras.

8.9 Análise de dados

A análise dos dados para este projeto será realizada seguindo os seguintes passos:

1. Cálculo da freqüência de todas as variáveis
2. Análise bivariada entre o fator de exposição e os desfechos, entre o fator de exposição e outras variáveis e entre os desfechos e outras variáveis

3. Análise multivariada conforme modelo hierárquico criado, levando em conta a relação entre as variáveis para identificação de possíveis fatores de confusão na análise de dados. Para a análise, será usada regressão logística e serão mantidas no modelo as variáveis com $p < 0,20$ por serem consideradas fatores de confusão em potencial. Ao final da análise, somente as variáveis com $p < 0,05$ serão consideradas associadas ao desfecho de forma estatisticamente significativa.

8.10 Controle de qualidade

O controle de qualidade foi garantido através de vários mecanismos: questionários padronizados, pré-teste dos questionários (estudo-piloto), manual de instruções detalhado, treinamento dos entrevistadores, revisão dos questionários, além da aplicação de um questionário sintetizado a uma amostra aleatória de 10% de todas as mães, com o objetivo de avaliar a qualidade e veracidade dos dados coletados (realizado pelas supervisoras).

8.11 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelas Comissões de Pesquisa e Ética em Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas e da Fundação de Apoio Universitário (FAU), tendo sido considerado, conforme as Normas de Pesquisa em Saúde, de risco mínimo. Além disso, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pela Comissão Científica da Universidade Católica de Pelotas.

Todas as mães incluídas no estudo, após terem sido devidamente esclarecidas sobre a pesquisa, assinaram termo de consentimento.

8.12 Divulgação dos resultados

Os resultados serão apresentados para a comunidade científica através de artigos publicados em revistas especializadas. Também serão apresentados à comunidade em geral através de jornais e outros meios de comunicação.

9 CRONOGRAMA

O projeto será desenvolvido conforme o seguinte cronograma:

Atividade	Início	Término
Preparação	Agosto 2002	Agosto 2002
Treinamento	Agosto 2002	Agosto 2002
Estudo piloto	Agosto 2002	Agosto 2002
Componente perinatal	Setembro 2002	Mai 2003
Componente domiciliar	Agosto 2002	Novembro 2003
Revisão bibliográfica	Outubro 2006	Março 2007
Análise dos dados	Dezembro 2006	Fevereiro 2007
Elaboração do relatório	Fevereiro 2007	Setembro 2007
Defesa da dissertação	Outubro 2007	Outubro 2007
Envio do artigo	Outubro 2007	Outubro 2007

10 BIBLIOGRAFIA

1. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(3):487-492, jul-set, 1998.
2. Almeida SD de M, Barros MB de A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(1):15-25.
3. Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol*. Vol. 6, Nº 4, 2003.
4. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
5. Puccini RF, Pedroso CG, Koga da Silva EM, Araujo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em áreas da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 (1):35-45.
6. Coimbra, LC. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2003;37(4):456-62.
7. Nascimento LFC. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 3(2):187-194, abr-jun, 2003.
8. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: Correlação com os indicadores obstétricos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4):1025-1029, jul-ago, 2001.
9. Freitas PF. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* 2005;39(5):761-7.
10. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(sup):221-230, 2005.

11. MS (Ministério da Saúde), 2001. Assistência Humanizada ao Parto e Puerpério. Brasília:MS.
12. OMS (Organização Mundial da Saúde), 1996. Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático. Genebra: OMS.
13. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971(Feb); 405-12.
14. Norussis M. SPSS PC +: Statistical Package for Social Sciences. Chicago: SPSS Inc; 1994.
15. World Health Organization, Collaborating Centre for Classification of Diseases in Portuguese. CID/10. 8 ed. São Paulo: USP; 2000.
16. Dean AH. Epi Info version 6: A word processing database and statistical program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: CDC; 1994.
17. Brasil. Ministério da Saúde / Febrasgo / Aben fo 2001. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à mulher. Brasil.
18. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup.2):S389-S398,2003.
19. Domingues RMSM. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S52-S62, 2004.
20. Dissertação de Mestrado. Boaretto, C. Maria. Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz e Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.
21. Enkin, M.; Keirse, M.J.N.C.; Neilson, J.; Duley, C.C.L.D.; Hodnett, E. & Hofmeyer, J., 2000. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Inglaterra: Oxford Univervity Press.
22. Ministério da Saúde (BR). Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: MS, 2000.
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 569, 01de junho de 2000. [acesso em 2 de maio de 2007]. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/programas/mulher/human>.

24. Castro, Jamile Claro de; Clapis, Maria José. Parto Humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev. Latino-am Enfermagem, 2005.

ARTIGO CIENTÍFICO

- A ser submetido a Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

A influência dos fatores socioeconômicos na atenção à gravidez e ao parto na cidade de Pelotas, RS

The influence of the socioeconomical factors in the carefulness to the pregnancy and to the child-birth in the city of Pelotas - RS

Roberta Bedin de Araújo Pedrolo¹, Elaine Albernaz², Maria Laura W. Mascarenhas³, Mirian B. da Silva⁴, Regina B. da Silveira⁵

¹Mestranda do curso de Pós-graduação em Saúde e Comportamento - UCPEL
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – Santiago,RS.
rbedinpedrolo@gmail.com

Autora; declaração de conflito de interesse: nada a declarar

²Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento – Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) - RS
zanrebla@terra.com.br

Co-autora; declaração de conflito de interesse: nada a declarar

³Núcleo de Pediatria
UCPEL, Pelotas, RS
malaura.m@terra.com.br

Co-autora; declaração de conflito de interesse: nada a declarar

⁴Núcleo de Pediatria
UCPEL, Pelotas, RS
mirian.barcellos@superig.com.br

Co-autora; declaração de conflito de interesse: nada a declarar

⁵Núcleo de Pediatria
UCPEL, Pelotas, RS
reginadasilveira@yahoo.com.br

Co-autora; declaração de conflito de interesse: nada a declarar

Mestrado em Saúde e Comportamento,
Programa de Pós-Graduação,
Universidade Católica de Pelotas, RS, Brasil

Correspondência:
Roberta Bedin de Araújo Pedrolo
Rua Vinte de Setembro, 2183/102
97700-000 – Centro – Santiago –RS – Brasil
Telefone: 055 8403 8426
e-mail: rbedinpedrolo@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar a influência dos fatores socioeconômicos na atenção à gravidez e ao parto de mulheres da cidade de Pelotas-RS.

Métodos: Estudo transversal aninhado a uma coorte prospectiva envolvendo mães de crianças nascidas nas maternidades da cidade de Pelotas, no período de setembro de 2002 a maio de 2003. Os dados foram obtidos através de entrevistas realizadas nas maternidades. Foram realizadas análises univariada, bivariada e multivariada hierarquizada.

Resultados: Foram incluídas 2741 mães, sendo que cerca de 70% apresentavam renda familiar de até 3 salários mínimos, 43% tinham de 5 a 8 anos de escolaridade e 74% eram brancas. A análise bivariada mostrou que os fatores socioeconômicos como baixa renda e menor escolaridade estão associados a uma pior atenção ao pré-natal e ao parto. A presença de acompanhante no trabalho de parto foi freqüente, mas no parto foi baixa, independentemente do nível socioeconômico. O índice de parto cesáreo esteve muito acima do recomendado (38,5%) e foi mais freqüente entre as mães brancas, de melhor renda e escolaridade.

Conclusão: A atenção à gravidez e ao parto é desfavorável às mães que possuem baixa renda e baixa escolaridade, sugerindo uma inversão de cuidados. A presença de acompanhante na sala de parto raramente ocorre.

Descritores: gestação, parto, parto humanizado.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the influence of the socioeconomical factors related to pregnancy and delivery labor in the city of Pelotas-RS.

Methods: A cross sectional study nested in a cohort prospective, involving mothers and children who were born in the maternities of Pelotas, from September 2002 to May 2003. The data were obtained through interviews carried out in the maternities and were analyzed through univariate, bivariate and multivariate analyses.

Results: 2741 mothers were included and 70% of them had a familiar income until three minimum wages, 43% had from 5 to 8 years of schooling and 74% were white. The bivariate analysis showed that the socioeconomical factors like low income and schooling are associated with an improper prenatal care and delivery. The presence of a family member or friends during the delivery labor was frequent, but it was not during the delivery, no matter the socioeconomical level. The cesarean delivery rate was higher than the recommended (38,5%) and it was more common among white mothers with a better income and schooling.

Conclusions: Care to the pregnancy and to the child-birth is not favorable to the mothers who have a low income and school level, suggesting an inversion of care. The presence of a family member during the delivery rarely occurs.

Key-words: Pregnancy, delivery, humanizing delivery.

INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos marcantes na vida da mulher e de seus familiares e representam uma importante transição de “mulher” para “mãe”, não sendo somente um evento biológico.

Um dos aspectos mais importantes para a mulher durante a gestação é a realização do pré-natal, que visa à promoção da saúde da gestante e do feto, possibilitando a identificação de situações de risco para ambos, permitindo intervenções oportunas. Visa, também, uma menor morbidade da gestante e de seus filhos, com melhor crescimento intra-uterino, menor morbi-mortalidade neonatal, menores taxas de prematuridade, de baixo peso ao nascer e de morte materna^{1,2,3}. O Ministério da Saúde (MS) recomenda iniciar o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre de gravidez, realizando pelo menos seis consultas⁴.

A realização do pré-natal adequado está diretamente ligada a características socioeconômicas e escolaridade, ou seja, mulheres de nível socioeconômico e escolaridade baixos têm uma inadequação da assistência pré-natal. Quanto mais completa ou suficiente as informações recebidas no pré-natal, maior a satisfação com a assistência ao parto. Essa assistência visa, também, inibir os casos de parto cirúrgico, incentivando o parto normal, focando uma atenção mais humanizada⁵.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa máxima aceitável de parto cesáreo é de 15% em qualquer região⁶. Mas a realidade é outra: vários estudos mostram a alta taxa de cesarianas, principalmente nas classes mais altas e com maior grau de instrução, ou seja, entre as mulheres potencialmente de menor risco obstétrico^{2,3,7,8,9}.

O MS afirma que o momento do parto é extremamente importante na vida da mulher, de grande intensidade emocional, marco no caminho da vida, que afeta profundamente as mulheres, os bebês, as famílias, com efeitos marcantes sobre a sociedade. O MS é enfático, também, sobre a relevância da participação da família durante a gestação e o parto¹⁰. Porém, as rígidas rotinas e normas hospitalares tendem a afastar os familiares da cena do parto e, muitas vezes, coíbem a possibilidade de acompanhante neste acontecimento. Atenção humanizada ao parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões espirituais, psicológicas e biológicas do ser humano sejam atendidas¹¹.

De acordo com trabalho realizado no Rio de Janeiro sobre a política de humanização ao parto e nascimento, foi constatado que apenas 26% das parturientes puderam se beneficiar da presença e apoio de um acompanhante durante o seu trabalho de parto e parto¹².

A Lei do Cuidado Inverso, descrita por Hart, em 1971, diz que há mais serviços e mais qualidade para quem tem menos risco de saúde¹³. Isto pode ser constatado em

grande parte do Brasil, reforçando a idéia de que as populações marginalizadas são as que menos recebem atendimento de serviços de saúde.

No Brasil, prevalece um grau extremo de concentração de renda, que se expressa em profundas desigualdades na atenção à saúde e à vida, inclusive da gestante. Sabe-se que essa etapa da vida é rodeada de fatores fundamentais para o bem-estar e estado saudável da gestante que incluem: um bom pré-natal, apoio dos familiares, orientação sobre o tipo e parto e presença de familiares no trabalho de parto e parto. Contudo, nota-se uma diferença de tratamento de gestantes com extratos sociais diferentes.

Considerando a importância da promoção à saúde da gestante, este estudo pretende avaliar a influência dos fatores socioeconômicos sobre a assistência à gestante durante a gravidez e o parto, na cidade de Pelotas, RS.

MÉTODOS

Estudo transversal aninhado a uma coorte prospectiva, no qual foram avaliados vários desfechos. A pesquisa apresentou dois componentes: perinatal (triagem hospitalar) e acompanhamento (visitas domiciliares aos bebês com 1, 3 e 6 meses de idade).

Para este estudo foram utilizadas informações do componente perinatal que constou de entrevistas feitas às mães das crianças que nasceram nas maternidades da

cidade de Pelotas, no período de setembro de 2002 a maio de 2003, estimando-se a ocorrência de 400 partos/mês, num total de aproximadamente 3400 partos.

Foram consideradas elegíveis, para inclusão no estudo, todas as mães residentes em Pelotas, cujos partos ocorreram no período estabelecido, e que não apresentavam problemas graves que contra-indicassem o aleitamento materno (soropositividade para vírus HIV e recém-nascido com malformações graves).

A amostra foi calculada baseada em um intervalo de confiança de 95% e poder estatístico de 90% para exposições variando entre 15 e 80%, estimando-se um Risco Relativo (RR) de 2,0.

Todas as mães incluídas no estudo, após terem sido devidamente esclarecidas sobre a pesquisa, assinaram o termo de consentimento. Foram utilizados questionários padronizados, com questões previamente testadas, aplicados por estudantes de Medicina que não tiveram conhecimento prévio dos objetivos do estudo e iniciaram o trabalho logo após se tornarem aptos através de treinamento.

Para a análise de dados, foram utilizados os programas Epi Info 6.0¹⁴ e o pacote estatístico SPSS para Windows 10.0¹⁵, obedecendo o modelo hierárquico criado (Figura 1), encontrando-se no primeiro nível as variáveis relativas aos fatores demográficos (idade e cor materna e paterna) e fatores socioeconômicos (renda familiar e escolaridade);

no segundo nível as características maternas (presença de companheiro, trabalho externo, planejamento da gravidez, paridade, apoio familiar e tabagismo).

Os desfechos avaliados foram: número de consultas de pré-natal, presença do companheiro na consulta pré-natal, gravidez planejada, apoio da família durante a gravidez, apoio do companheiro durante a gravidez, presença de acompanhante no trabalho de parto, presença do companheiro no trabalho de parto, presença de acompanhante na sala de parto, presença do companheiro na sala de parto e tipo de parto.

Foram realizadas análises univariada, bivariada e multivariada. A análise multivariada foi realizada a fim de avaliar as relações entre renda familiar e os desfechos, controlando para a variável demográfica cor da mãe, que poderia atuar como fator de confusão em potencial. Em todas as análises, foi usado o nível de significância estatística $p \leq 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Comissão Científica da Universidade Católica de Pelotas.

RESULTADOS

No período do estudo ocorreram 3449 nascimentos, entre os quais 81% (2799) de bebês cujas mães residiam na cidade de Pelotas. Destas crianças, 29 nasceram fora do

hospital, mas foram incluídas no estudo. Dez pacientes tiveram alta hospitalar antecipada e não puderam ser localizadas posteriormente, e 26 eram soro-positivo para HIV, sendo, portanto, excluídas. Quatorze mães (0,4%) não aceitaram participar do estudo e oito recusaram-se devido ao óbito precoce dos bebês. A população final entrevistada no componente perinatal foi de 2741 mães, o que representou 98% de todos os nascimentos da população-alvo.

A Tabela 1 apresenta a distribuição da amostra conforme as características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas, sendo que 66% das mulheres tinham entre 20 e 34 anos de idade, 74% eram brancas e 43% com 5 a 8 anos de escolaridade. Cerca de 80% das mulheres tinham companheiros, sendo 65% destes com idade entre 20 e 34 anos e 70% da amostra possuíam renda familiar de até 3 salários mínimos. A maioria das mães (68%) não tinha um trabalho remunerado.

Encontra-se na Tabela 2 a distribuição da amostra conforme as características da gestação, do trabalho de parto e parto. A grande maioria das mulheres (77%) realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, sendo que apenas 47% tiveram a presença do companheiro em, pelo menos, uma consulta. Mais da metade das entrevistadas (65%) não havia planejado a gravidez e 85% foram hospitalizadas pelo SUS. De acordo com o tipo de parto, 39% realizaram cesariana, e 95% tiveram acompanhante no trabalho de parto. Cerca da metade da amostra teve o companheiro presente no trabalho de parto, porém, em relação à presença de acompanhante na sala de parto, a ocorrência foi de apenas 7%.

A Tabela 3 mostra as características da atenção à gravidez e ao parto conforme a cor materna. Mães de cor não branca apresentaram um risco duas vezes maior de não realizarem pré-natal e de não receberem apoio do companheiro durante a gravidez.

A presença de acompanhante no trabalho de parto foi alta, independentemente da cor. Já a presença de acompanhante na sala de parto foi rara, em ambos os grupos, sendo menos freqüente nas mulheres não-brancas. A cesariana esteve presente em 41% das mulheres de cor branca e em 31,5% nas de cor não-branca ($p < 0,001$).

Na análise bivariada referente à renda familiar (Tabela 4), observa-se que todas as variáveis dependentes avaliadas estiveram associadas de forma estatisticamente significativa, sendo que mulheres de menor renda tiveram um risco quase seis vezes maior de não realizarem pré-natal.

Em relação ao tipo de parto, pode-se observar que mulheres com renda superior a três salários mínimos apresentaram um risco 64% maior de realizarem cesariana.

A variável referente à presença de acompanhante no trabalho de parto mostra que, independente da renda, o número de mulheres acompanhadas foi alto. As mulheres de menor renda tiveram um risco 50% maior de não ter o companheiro presente no trabalho de parto. A presença de acompanhante na sala de parto foi muito baixa em ambos os grupos, embora mais freqüente no grupo de maior renda.

Foi realizada análise bivariada entre escolaridade materna e os desfechos estudados, considerando a menor escolaridade como fator de risco. Os resultados encontrados foram semelhantes aos da análise de renda familiar, excluindo-se, então, da apresentação em tabelas.

Na análise multivariada entre renda familiar e os desfechos, controlando para a variável demográfica cor da mãe, as associações mantiveram-se estatisticamente significativas. As diferenças entre as razões de prevalências brutas e ajustadas foram sempre inferiores a 10%, não havendo, portanto, confundimento.

DISCUSSÃO

Conforme Henkin, há uma associação bem estabelecida entre a situação social da mulher e sua saúde, juntamente com a utilização de serviços¹⁶.

Embora o percentual de gestantes com boa cobertura de pré-natal seja alto, há que se ressaltar que cerca de 23% não receberam essa assistência ou tiveram acesso a um número de consultas menor que o preconizado pelo MS⁴. A população de renda e escolaridade mais baixas, apresentou menor probabilidade de receber atendimento pré-natal adequado, situação semelhante à encontrada nas coortes de Pelotas de 1982 e 1993¹⁷, na cidade de São Paulo¹⁸, São Luiz¹⁹ e Embu²⁰, onde as mulheres de baixa renda foram, proporcionalmente, as que menos procuraram cuidados de pré-natal, tiveram menor

média de consultas e buscaram assistência médica mais tardiamente. Isto talvez possa ser explicado por dificuldades de acesso, visto que as mais pobres esperam mais do que o dobro de tempo para serem atendidas ²¹.

Estudos realizados no Rio de Janeiro^{28,29} mostraram que fatores sociodemográficos e desigualdades raciais afetam diretamente a assistência ao pré-natal e parto, mostrando que mulheres de cor não-branca e, conseqüentemente, mais pobres e com menor grau de instrução são desfavorecidas durante a gravidez. Estes achados coincidem com os aqui encontrados, onde as mulheres não-brancas consultaram menos, fumaram mais e foram menos acompanhadas e apoiadas por seus companheiros. A cor das mulheres mostrou-se um importante marcador da desigualdade social na assistência à saúde.

A taxa de cesarianas na amostra estudada foi superior ao dobro da esperada pela OMS⁶. Isso parece ser decorrente tanto da opção materna como médica. Vários estudos evidenciaram altos índices desta modalidade de parto, em todas as regiões brasileiras^{8,9,20,22,25}, com predomínio nas mais desenvolvidas e na assistência privada, onde o risco clínico esperado seria menor.

O impacto das desigualdades socioeconômicas nos índices de cesariana, com as maiores taxas nos grupos onde são esperadas melhores condições de saúde materna, menor risco obstétrico e maior exposição à tecnologia médica, sugerem abuso da sua indicação no atendimento ao parto. Neste sentido, a escolaridade parece aumentar a

chance de cesariana, não apenas pela diferenciação econômica (possibilidade de pagamento), mas também pela capacidade de negociação da gestante com o obstetra ²².

Com relação ao Programa de Humanização pode-se dizer que este está difundido, porém a implementação é parcial, sendo que alguns procedimentos estão mais penetrados que outros¹². Para a OMS, assegurar a presença de uma pessoa da escolha da gestante durante todo o processo de atendimento é uma “prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada no parto normal”⁶.

No Brasil, esta é uma prática freqüente nos hospitais privados, porém ainda incipiente nos hospitais públicos. O valor desse suporte emocional para uma boa evolução do trabalho de parto e também para a satisfação da parturiente com o serviço, como um todo, é reconhecido, em várias instâncias, incluindo o MS. Segundo este, “o acompanhamento pelo marido, companheiro, familiar próximo ou amiga não envolve necessariamente nenhum preparo técnico e representa o suporte psíquico e emocional da presença reconfortante, do contato físico, para dividir o medo e a ansiedade, para somar forças, para estimular positivamente a parturiente nos momentos mais difíceis”¹⁰.

Neste estudo, pode-se observar que, apesar das parturientes apresentarem uma alta presença de acompanhante no trabalho de parto (94,7%), apenas 7% puderam ter essa companhia na sala de parto. Um estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou que 26% das parturientes puderam se beneficiar da presença e apoio de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto¹².

Diversas entidades não governamentais no país têm investido em ações de humanização do nascimento, incluindo apoio continuado durante o parto por profissionais de saúde ou leigos, estimulando a presença de acompanhante e participação ativa da parturiente e do parceiro durante o parto. Entretanto, os resultados dessas medidas ainda não foram amplamente divulgados⁹.

Em suma, as mães pobres são justamente as de menor escolaridade e com presumível menor acesso às informações sobre cuidados na gestação e parto, assim como dos seus direitos em relação ao Programa de Humanização do Parto.

Segundo Enkin (2000)¹⁶, estudos epidemiológicos e observacionais demonstram que mulheres que recebem cuidado no início da gestação e que fazem mais consultas de pré-natal tendem a ter melhores resultados perinatais e menor mortalidade materna, por isso, os programas de pré-natal tendem a aumentar o número de consultas oferecidas, desconsiderando as diferenças sociais. Dessa forma, os serviços de pré-natal deveriam desenvolver ações mais compreensivas para esta clientela de mais alto risco.

Quando se fala do tipo de parto, é intrigante que mulheres com menores condições socioeconômicas e, conseqüentemente, maior risco de complicações no parto tenham menor probabilidade de cesariana do que aquelas com baixo risco obstétrico e alto poder aquisitivo. Um estudo realizado pela OMS²³ mostra que mulheres com maior renda solicitam e facilmente conseguem se submeter à cesariana, o que passa a simbolizar

qualidade de atendimento, em oposição ao parto normal, que são descritos como demorados e difíceis. Para as mulheres mais pobres, isso é interpretado como discriminação no atendimento por não conseguirem pagar pela cirurgia²⁴. Esses resultados sugerem que o excesso de cesarianas é um problema de saúde pública que ultrapassa a fronteira de questões meramente clínicas⁹.

Em relação à Humanização da Assistência ao Parto, o MS estabelece que as instituições devem se envolver neste processo de mudança de práticas e que devem estar estruturadas e preparadas, incentivando, estimulando, treinando e controlando seus profissionais para o desempenho destas tarefas. Além disso, devem estar administrativa e estruturalmente preparadas para esse processo, amparadas por normas e diretrizes. Neste contexto reafirma seus esforços no sentido de estimular e propiciar a introdução dessas novas práticas nas maternidades brasileiras¹⁰.

A atenção à gravidez e ao parto, neste estudo, esteve associada a vários fatores indicativos da desigualdade social, mostrando que grupos socialmente mais vulneráveis recebem atenção deficiente, evidenciando claramente a “Lei do Cuidado Inverso”, onde as práticas para atenção à saúde são distribuídas inversamente às necessidades¹³.

Essa situação é compatível com diversos outros estudos brasileiros^{17,20,25,26,21,27}, reforçando a idéia de que a população com condições socioeconômicas mais baixas, são as que menos recebem atendimento dos serviços de saúde. Assim, estes serviços, ao invés

de corrigir, acentuam os diferenciais, através de uma discriminação contra as mães e crianças mais pobres³.

É imperativa a tomada de medidas que reduzam as desigualdades sociais e o impacto destas sobre a atenção à saúde. Também é necessário um melhor preparo dos profissionais e das instituições para uma implantação mais efetiva do Programa de Assistência Humanizada ao Parto e Puerpério.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(3):487-492, jul-set, 1998.
2. Almeida SD de M, Barros MB de A. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(1):15-25.
3. Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol*. Vol. 6, Nº 4, 2003.
4. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
5. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(sup):221-230, 2005.
6. OMS (Organização Mundial da Saúde), 1996. *Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático*. Genebra: OMS.

7. Nascimento LFC. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 3(2):187-194,abr-jun, 2003.
8. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: Correlação com os indicadores obstétricos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):1025-1029,jul-ago, 2001.
9. Freitas PF. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. Rev Saúde Pública 2005;39(5):761-7.
10. MS (Ministério da Saúde), 2001. Assistência Humanizada ao Parto e Puerpério. Brasília:MS.
11. Castro, Jamile Claro de; Clapis, Maria José. Parto Humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Ver. Latino-am Enfermagem, 2005.
12. Dissertação de Mestrado. Boaretto, C. Maria. Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz e Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.
13. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971(Feb); 405-12.
14. Dean AH. Epi Info version 6: A word processing database and statistical program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: CDC; 1994.
15. Norussis M. SPSS PC +: Statistical Package for Social Sciences. Chicago: SPSS Inc; 1994.
16. Enkin, M.; Keirse, M.J.N.C.; Neilson, J.; Duley, C.C.L.D.; Hodnett, E. & Hofmeyer, J., 2000. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Inglaterra: Oxford University Press.
17. Dias da Costa J.; Victora C. G.; Barros F.C.; Halpern R.; Horta B. L.; Manzolli P. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. CAD. Saúde Pública 1996; 12 (51): 59-66.

18. Monteiro C. A.; França Jr. I.; Conde W. L. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev. Saúde Pública* 2000, 34 (56): 19-25.
19. Coimbra, LC. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2003;37(4):456-62.
20. Puccini RF, Pedroso CG, Koga da Silva EM, Araujo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em áreas da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 (1):35-45.
21. Travassos C.; Viacava F.; Fernandes C.; Almeida C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5 (1): 133-149.
22. Freitas P. F.; Behague D. Brazil's culture of caesarean births. *Health Esch* 1995; 10: 8-9.
23. World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. *Lancet* 1985; 2: 436-7.
24. Souza C. M. C-sections as ideal births: The cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. *Comb Q. Healthc Ethics* 1994; 3: 358-66.
25. Victora C. G.; Barros F. C.; Vaughan J. P. *Epidemiologia das desigualdades*, 2ª Ed. São Paulo: Hucitec; 1989.
26. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Relatório Preliminar. Rio de Janeiro: BENFAM; 1996. Cesar J. A.; Victora C. G.; Barros F. C.; Santos I. S.; Flores J. A. Impacto of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ* 1999; 318: 316-20.
27. Leal, M. C.; Gama, S. G. N.; Cunha, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Ver. Saúde Pública* 2005; 39 (1): 100-7.
28. Leal, M. C.; Gama, S. G. N.; Ratto, K. M. N.; Cunha, C. B. 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*, Rio de Janeiro, 20 Sup 1: S63-S72, 2004.

Tabela 1: Distribuição da amostra conforme características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas. Pelotas-RS.

Características	N	%
Idade materna*		
Até 19	558	20,4
20-34	1815	66,2
35 ou mais	368	13,4
Cor materna		
Branca	2040	74,4
Não branca	701	25,6
Escolaridade materna*		
0-4	532	19,4
5-8	1183	43,2
9 ou mais	1026	37,4
Tem companheiro		
Sim	2280	83,2
Não	461	16,8
Idade do companheiro*		
Até 19	184	6,7
20-34	1794	65,5
35 ou mais	732	26,7
Ignorada	31	1,1
Cor do companheiro		
Branca	2037	74,3
Não branca	704	25,7
Escolaridade do companheiro*		
0-4	468	17,1
5-8	1213	44,3
9 ou mais	883	32,2
Ignorada	177	6,5
Renda familiar**		
Até 1	606	22,1
1,1-3	1293	47,2
3,1-6	532	19,4
6 ou mais	310	11,3
Trabalho remunerado		
Sim	887	32,4
Não	1854	67,6
Paridade		
1	1170	42,7
2-4	1356	49,5
5 ou mais	215	7,8
Fumo na gestação		
Sim	2098	76,5
Não		
Total	2741	100

* Anos completos

** Salários mínimos

Tabela 2: Distribuição da amostra conforme características da gestação, do trabalho de parto e parto. Pelotas-RS.

Características da gestação e parto	N	%
Número de consultas pré-natal		
Nenhuma	60	2,2
1-5	567	20,7
6 ou mais	2114	77,1
Companheiro foi a consulta pré-natal		
Sim	1297	47,3
Não	1444	52,7
Gravidez planejada		
Sim	966	35,2
Não	1775	64,8
Tipo de hospitalização		
SUS	2316	84,5
Convênio	328	12,0
Particular	97	3,5
Tipo de parto		
Normal	1685	61,5
Cesariana	1056	38,5
Acompanhante no trabalho de parto		
Sim	2595	94,7
Não	146	5,3
Presença do companheiro no trabalho de parto		
	1404	51,2
Sim	1337	48,8
Não		
Acompanhante na sala de parto		
Sim	192	7,0
Não	2549	93,0
Presença do companheiro na sala de parto		
Sim	81	3,0
Não	2660	97,0
Total	2741	100

Tabela 3: Análise bivariada das características da atenção ao pré-natal e parto conforme a cor materna, sendo considerada como fator de risco as de cor não-branca. Pelotas-RS.

Variáveis dependentes	Cor materna				RP* (IC 95%)	p valor
	Branca		Não branca			
	N	%	N	%		
Consulta pré-natal						
≥ 6	1659	81,3	455	64,9	1,00	
1 – 5	344	16,9	223	31,8	1,92 (1,66-2,21)	<0,001
Nenhuma	37	1,8	23	3,3	2,21 (1,32-3,67)	
Companheiro foi à consulta pré-natal						
Sim	1035	50,7	262	37,4	1,00	
Não	1005	49,3	439	62,6	1,27 (1,18-1,37)	<0,001
Gravidez planejada						
Sim	766	37,5	200	28,5	1,00	
Não	1274	62,5	501	71,5	1,14 (1,08-1,21)	<0,001
Fumo na gravidez						
Não	1622	79,5	476	67,9	1,00	
Sim	418	20,5	225	32,1	1,57 (1,37-1,80)	<0,001
Apoio da família durante a gravidez						
Muito ou mais ou menos	1968	96,5	664	94,7	1,00	
Pouco ou nada	72	3,5	37	5,3	1,50 (1,02-2,20)	0,053
Apoio do companheiro durante a gravidez						
Muito ou mais ou menos	1937	95,0	631	90,0	1,00	
Pouco ou nada	103	5,0	70	10,0	1,98 (1,48-2,65)	<0,001
A mãe trabalha fora						
Sim	695	34,1	192	27,4	1,00	
Não	1345	65,9	509	72,6	1,10 (1,04-1,16)	0,001
Acompanhante no trabalho de parto						
Sim	1940	95,1	655	93,4	1,00	
Não	100	4,9	46	6,6	1,34 (0,95-1,88)	0,112
Companheiro no trabalho de parto						
Sim	1127	55,2	277	39,5	1,00	
Não	913	44,8	424	60,5	1,35 (1,25-1,46)	<0,001
Acompanhante na sala de parto						
Sim	163	8,0	29	4,1	1,00	
Não	1877	92,0	672	95,9	1,04 (1,02-1,06)	0,001
Companheiro na sala de parto						
Sim	69	3,4	12	1,7	1,00	
Não	1971	96,6	689	98,3	1,02 (1,00-1,03)	0,034
Tipo de parto						
Normal	1204	59,0	481	68,6	1,00	
Cesariana	836	41,0	220	31,4	0,77 (0,68-0,86)	<0,001
Total	2040		701			

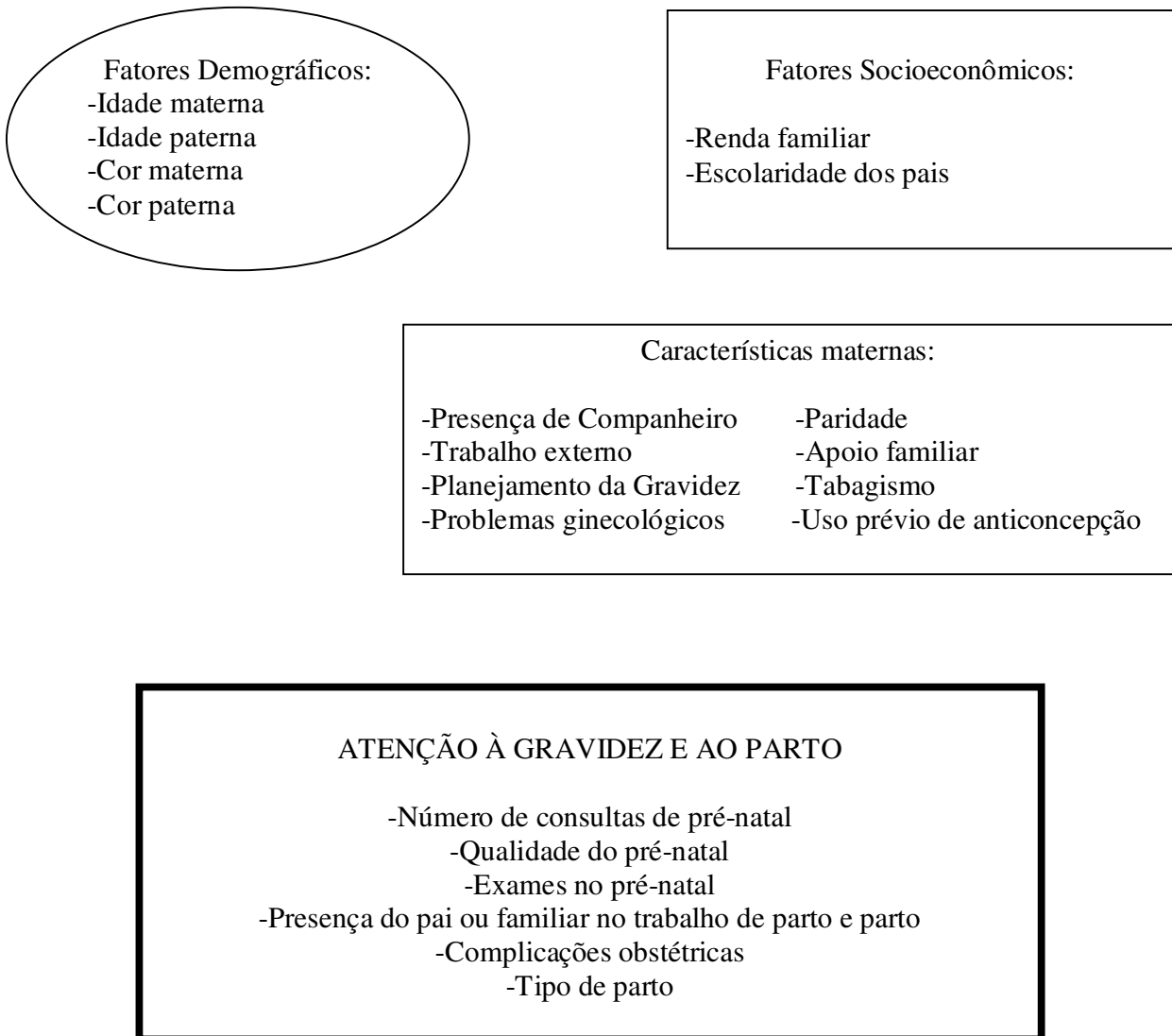
* Razão de Prevalências

Tabela 4: Análise bivariada das características da atenção ao pré-natal e parto conforme a renda familiar, sendo considerada como fator de risco a menor renda.

Variáveis dependentes	Renda Familiar*				RP (IC 95%)	p valor
	≤ 3 salários		> 3 salários			
	N	%	N	%		
Consulta pré-natal						
≥ 6	1363	71,9	751	89,0	1,00	
1 – 5	479	25,3	88	10,4	2,48 (2,01-3,07)	<0,001
Nenhuma	55	2,9	5	0,6	5,86 (2,36-14,59)	
Companheiro foi à consulta pré-natal						
Sim	764	40,3	533	63,2	1,00	
Não	1133	59,7	311	36,8	1,62 (1,47-1,78)	<0,001
Gravidez planejada						
Sim	610	32,2	356	42,2	1,00	
Não	1287	67,8	488	57,8	1,17 (1,10-1,25)	<0,001
Fumo na gravidez						
Não	1382	72,9	716	84,8	1,00	
Sim	515	27,1	128	15,2	1,79 (1,50-2,13)	<0,001
Apoio da família durante a gravidez						
Muito ou mais ou menos	1802	95,0	830	98,3	1,00	
Pouco ou nada	95	5,0	14	1,7	3,02 (1,73-5,26)	<0,001
Apoio do companheiro durante a gravidez						
Muito ou mais ou menos	1750	92,3	818	96,9	1,00	
Pouco ou nada	147	7,7	26	3,1	2,52 (1,67-3,79)	<0,001
Trabalha fora						
Sim	471	24,8	416	49,3	1,00	
Não	1426	75,2	428	50,7	1,48 (1,38-1,59)	<0,001
Acompanhante no trabalho de parto						
Sim	1780	93,8	815	96,6	1,00	
Não	117	6,2	29	3,4	1,79 (1,21-2,67)	0,004
Companheiro no trabalho de parto						
Sim	864	45,5	540	64,0	1,00	
Não	1033	54,5	304	36,0	1,51 (1,37-1,67)	<0,001
Acompanhante na sala de parto						
Sim	89	4,7	103	12,2	1,00	
Não	1808	95,3	741	87,8	1,09 (1,06-1,12)	<0,001
Companheiro na sala de parto						
Sim	27	1,4	54	6,4	1,00	
Não	1870	98,6	790	93,6	1,05 (1,03-1,07)	<0,001
Tipo de parto						
Normal	1287	67,8	398	47,2	1,00	
Cesariana	610	32,2	446	52,8	0,61 (0,56-0,67)	<0,001
Total	1897		844			

*Em salários mínimos

Figura 1 – MODELO TEÓRICO



ANEXOS

Análise bivariada das características da atenção ao pré-natal e parto conforme a escolaridade materna, sendo considerada como fator de risco a escolaridade mais baixa.

Variáveis dependentes	Escolaridade da mãe*				RR (IC 95%)	p valor
	0 a 4 anos		5 anos ou mais			
	N	%	N	%		
Consulta pré-natal						
≥ 6	323	60,7	1791	81,1	1,00	
1 – 5	179	33,6	388	17,6	2,00 (1,73-2,32)	<0,001
Nenhuma	30	5,6	30	1,4	5,16 (3,15-8,45)	
Companheiro foi à consulta pré-natal						
Sim	169	31,8	1128	51,1	1,00	
Não	363	68,2	1081	48,9	1,39 (1,30-1,50)	<0,001
Gravidez planejada						
Sim	146	27,4	820	37,1	1,00	
Não	386	72,6	1389	62,9	1,15 (1,09-1,23)	<0,001
Fumo na gravidez						
Não	337	63,3	1761	79,7	1,00	
Sim	195	36,7	448	20,3	1,81 (1,57-2,08)	<0,001
Apoio da família durante a gravidez						
Muito ou mais ou menos	490	92,1	2142	97,0	1,00	
Pouco ou nada	42	7,9	67	3,0	2,60 (1,79-3,78)	<0,001
Apoio do companheiro durante a gravidez						
Muito ou mais ou menos	485	91,2	2083	94,3	1,00	
Pouco ou nada	47	8,8	126	5,7	1,55 (1,12-2,14)	0,008
A mãe trabalha fora						
Sim	128	24,1	759	34,4	1,00	
Não	404	75,9	1450	65,6	1,16 (1,09-1,22)	<0,001
Acompanhante no trabalho de parto						
Sim	488	91,7	2107	95,4	1,00	
Não	44	8,3	102	4,6	1,79 (1,27-2,52)	<0,001
Companheiro no trabalho de parto						
Sim	203	38,2	1201	54,4	1,00	
Não	329	61,8	1008	45,6	1,36 (1,25-1,47)	<0,001
Acompanhante na sala de parto						
Sim	13	2,4	179	8,1	1,00	
Não	519	97,6	2030	91,9	1,06 (1,04-1,08)	<0,001
Companheiro na sala de parto						
Sim	4	0,8	77	3,5	1,00	
Não	528	99,2	2132	96,5	1,03 (1,02-1,04)	<0,001
Tipo de parto						
Normal	378	71,1	1307	59,2	1,00	
Cesariana	154	28,9	902	40,8	0,71 (0,61-0,82)	<0,001
Total	532		2209			

* Em anos completos

Análise multivariada de renda familiar controlando para variável cor da mãe.

Variáveis Dependentes	Renda familiar*				RPb [#]	RPa ⁺	P valor ^x
	≤ 3 salários		> 3 salários				
	N	%	N	%			
Consulta pré-natal							
≥ 6	1363	71,9	751	89,0	1,00	1,00	
1 – 5	479	25,3	88	10,4	2,48	2,30	<0,001
Nenhuma	55	2,9	5	0,6	5,86	5,34	
Companheiro foi à consulta pré-natal							
Sim	764	40,3	533	63,2	1,00	1,00	
Não	1133	59,7	311	36,8	1,62	1,58	<0,001
Gravidez planejada							
Sim	610	32,2	356	42,2	1,00	1,00	
Não	1287	67,8	488	57,8	1,17	1,15	<0,001
Fumo na gravidez							
Não	1382	72,9	716	84,8	1,00	1,00	
Sim	515	27,1	128	15,2	1,79	1,70	<0,001
Apoio da família durante a gravidez							
Muito ou mais ou menos	1802	95,0	830	98,3	1,00	1,00	
Pouco ou nada	95	5,0	14	1,7	3,02	2,90	<0,001
Apoio do companheiro durante a gravidez							
Muito ou mais ou menos	1750	92,3	818	96,9	1,00	1,00	
Pouco ou nada	147	7,7	26	3,1	2,52	2,29	<0,001
Trabalha fora							
Sim	471	24,8	416	49,3	1,00	1,00	
Não	1426	75,2	428	50,7	1,48	1,47	<0,001
Acompanhante no trabalho de parto							
Sim	1780	93,8	815	96,6	1,00	1,00	
Não	117	6,2	29	3,4	1,79	1,73	0,007
Companheiro no trabalho de parto							
Sim	864	45,5	540	64,0	1,00	1,00	
Não	1033	54,5	304	36,0	1,51	1,46	<0,001
Acompanhante na sala de parto							
Sim	89	4,7	103	12,2	1,00	1,00	
Não	1808	95,3	741	87,8	1,09	1,08	<0,001
Companheiro na sala de parto							
Sim	27	1,4	54	6,4	1,00	1,00	
Não	1870	98,6	790	93,6	1,05	1,05	<0,001
Tipo de parto							
Normal	1287	67,8	398	47,2	1,00	1,00	
Cesariana	610	32,2	446	52,8	0,61	0,62	<0,001
Total	1897	100	844	100			

*Em salários mínimos

[#]Razão de prevalência bruto

⁺Razão de prevalência ajustado

^xP valor da análise multivariada