



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Ishida Nagahama, Elizabeth Eriko; Santiago, Silvia Maria
Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 21, núm. 4, 2008, pp. 609-615
Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023829012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil*

Humanization and equity in labor care in a Southern Brazilian city

Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil

Elizabeth Eriko Ishida Nagahama¹, Silvia Maria Santiago²

RESUMO

Objetivos: Identificar fatores associados à qualidade da atenção e possíveis predisponentes de iniquidades no cuidado ao parto, a partir das características sócio-demográficas e obstétricas de mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde no município de Maringá-Paraná. **Métodos:** Estudo transversal, conduzido mediante pesquisa em prontuário hospitalar e entrevistas com 569 puérperas. Sete indicadores de qualidade classificaram a assistência em excelente, boa, regular e insatisfatória. Utilizou-se o teste Qui-quadrado para estabelecer associação entre variáveis. **Resultados:** As mulheres eram jovens, com companheiro fixo, ensino médio completo, sem atividade econômica remunerada e de baixo nível sócio-econômico. A iniquidade no cuidado foi marcada pela oferta desigual dos procedimentos que qualificam a atenção, determinada por fatores individuais, contextuais e, especialmente, relacionada às práticas assistenciais. **Conclusão:** Três características compuseram o perfil da parturiente que se beneficiou de atenção mais qualificada: ter menos de 19 anos, ensino médio completo e não ter antecedentes de cesariana.

Descritores: Avaliação de serviços de saúde; Equidade em saúde; Parto humanizado; Atenção à saúde

ABSTRACT

Objectives: To identify the factors associated to the quality of care and possible predisposition to inequities in labor care, as of social-demographic and obstetrical characteristics of women cared for in two hospitals associated to the Single Health System in the city of Maringá-Paraná. **Methods:** Cross-sectional study, performed by researching hospital handbooks and by interviewing 569 women in labor. Seven quality indicators classified the assistance into excellent, good, fair and insufficient. The Chi-square test was used to establish the association among variables. **Results:** The women were young, had fixed partners, full high school education, no paying jobs and a low socioeconomic level. Inequality in care was stressed by the differentiated offer in procedures that qualify care, determined by individual, contextual factors and, in particular, related to assistance practices. **Conclusion:** Three characteristics made up the profile of the parturients who benefitted from the most qualified healthcare: being under 19 years of age, having full high school education and having had no previous caesarian section.

Keywords: Health services evaluation; Equity in health; Humanizing delivery; Health care (Public Health)

RESUMEN

Objetivos: Identificar los factores asociados a la calidad de la atención y posibles predisponentes de inequidades en el cuidado del parto, a partir de las características socio-demográficas y obstétricas de mujeres atendidas en dos hospitales vinculados al Sistema Único de Salud en el municipio de Maringá-Paraná. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, efectuado mediante una investigación en la historia clínica hospitalaria y entrevistas a 569 puérperas. Siete indicadores de calidad clasificaron la asistencia como excelente, buena, regular e insatisfactoria. Se utilizó el test Chi-cuadrado para establecer la asociación entre variables. **Resultados:** Las mujeres eran jóvenes, con pareja fija, con secundaria completa, sin actividad económica remunerada y de bajo nivel socio económico. La inequidad en el cuidado fue marcada por la oferta desigual de los procedimientos que calificaban la atención, determinada por factores individuales, contextuales y, especialmente, relacionada a las prácticas asistenciales. **Conclusión:** El perfil de la parturienta, que se benefició de la atención más calificada, estuvo compuesta por tres características: tener menos de 19 años, secundaria completa y no tener antecedentes de cesárea.

Descriptores: Evaluación de servicios de salud; Equidad en la salud; Parto humanizado; Atención a la salud

* Estudo extraído da Tese de Doutorado intitulada "A humanização do cuidado na assistência hospitalar ao parto: uma avaliação da qualidade", defendida no Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas –UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

¹ Doutora em Saúde Coletiva; Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Maringá- UEM- Maringá (PR), Brasil.

² Doutora, Professora Assistente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas –UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

Segundo apontam estudos⁽¹⁻²⁾, uma das características mais marcantes das políticas sociais brasileiras, e entre elas a de saúde, tem sido privilegiar os grupos sociais mais favorecidos em detrimento dos segmentos de maior vulnerabilidade social. Esta afirmação remete-se à “lei dos cuidados inversos”, fenômeno praticamente universal, descrito por Hart⁽³⁾ há três décadas: os que mais necessitam de cuidados em saúde são os menos beneficiados por eles.

Os resultados obtidos na gravidez, no parto e nascimento não são influenciados somente pela organização e práticas dos serviços de saúde, mas associam-se a fatores sócio-econômicos e demográficos, tais como escolaridade, trabalho e renda, situação conjugal, idade, raça, ou seja, também refletem a força dos determinantes sociais da saúde⁽⁴⁾.

Os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas vivem e trabalham, que têm um impacto direto na saúde e estruturam outros determinantes da saúde⁽⁵⁾. As iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, ou seja, as desigualdades de saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias, constituem um dos traços mais marcantes da situação de saúde no Brasil⁽⁶⁾.

Em relação à assistência obstétrica, esta afirmação pode ser exemplificada no trabalho⁽⁷⁾ no qual as autoras dividem as mulheres brasileiras em dois grandes grupos: o primeiro, constituído o das 30% mais abastadas, que possuem algum tipo de seguro-saúde privado, e o segundo, composto pelas 70% mais pobres, que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, afirmam as autoras, mulheres brancas de classe média, atendidas por serviços do setor privado, tendem a receber o denominado “corte por cima” – a cesárea-, enquanto que a mulher negra e pobre que recorre ao SUS tende a receber “o corte por baixo” – a episiotomia.

A equidade constitui um princípio de justiça social, que reflete a existência de estratificação da sociedade baseada nas relações sociais, determinantes dos processos pelos quais as pessoas obtêm acesso desigual aos recursos materiais e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos⁽⁸⁾. A autora assinala que, no caso da Constituição brasileira, equidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, na qual indivíduos portadores de um mesmo problema de saúde, independentemente de sua condição social e econômica, devem ter a mesma oportunidade de utilizar serviços de saúde e receber cuidados médicos adequados, baseados em suas necessidades de saúde. Em outro trabalho, os autores⁽⁹⁾ inferem que a equidade constitui uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde, associada à oferta. Explicam que a equidade no uso de serviços de saúde é influenciada pelo perfil de necessidades de cada grupo populacional e por inúmeros outros fatores,

internos e externos ao setor, relacionados tanto à oferta dos serviços quanto às preferências e possibilidades dos usuários.

Sendo assim, a equidade, tomada no contexto da assistência ao parto e nascimento, também se remete à oferta de atenção, que deve ser fundamentada no respeito aos direitos das usuárias e no exercício da medicina baseada em evidências científicas, conforme preconiza o paradigma humanista da atenção ao parto e nascimento⁽¹⁰⁾.

O desafio de incorporar a equidade na pesquisa avaliativa e a precariedade de informações relativas à qualidade da assistência ao parto pelo SUS no município de Maringá-Paraná motivaram a realização deste trabalho que teve, como objetivos, descrever as características sócio-demográficas e obstétricas de mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS, no município de Maringá-Paraná-Brasil, e identificar fatores associados à qualidade da atenção e os possíveis predisponentes às iniquidades no atendimento ao parto.

MÉTODOS

Trata-se de estudo com desenho transversal, conduzido mediante coleta de dados em prontuário hospitalar e entrevistas realizadas com puérperas que tiveram o parto vaginal ou cesáreo nos dois hospitais de referência para atendimento ao parto pelo SUS no município de Maringá-Paraná-Brasil, no período de 01/03/2005 a 28/02/2006. O hospital 1 caracteriza-se como sendo de caráter público, hospital ensino, conquistou o título de Hospital Amigo da Criança em 2003 e constitui referência no atendimento a gestantes de alto risco da macro-região Noroeste do Paraná e para gestantes de baixo e alto risco atendidas em quatro unidades básicas de saúde do município. O hospital 2, credenciado pelo SUS, é um hospital geral, beneficente, sem fins lucrativos e é referência para atendimento hospitalar ao parto para gestantes de baixo e alto risco atendidas em 19 unidades básicas de saúde do município.

Para a obtenção da amostragem, realizou-se o levantamento do número de partos SUS ocorridos no período de março/2004 a fevereiro/2005, por meio dos dados contidos no livro de registro de nascidos vivos dos dois hospitais. Este procedimento permitiu projetar o tamanho da amostra, calculado com 95% de confiança e erro máximo de 5%. Estimou-se uma amostra para cada hospital, estratificada por tipo de parto e mês, que totalizou 569 mulheres, sendo 259 no hospital 1 (136 partos cesáreos e 123 partos vaginais) e 310 no hospital 2 (160 partos cesáreos e 150 partos vaginais).

Cinco entrevistadoras aplicaram o questionário no alojamento conjunto de cada hospital, entre o primeiro e terceiro dia de puerpério, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A primeira parte do questionário objetivou a transcrição de informações demográficas, sociais e história reprodutiva, constantes no prontuário hospitalar. A segunda englobou questões que

apontaram a existência de práticas humanizadas na assistência no trabalho de parto e durante o parto, cujas respostas foram obtidas pela técnica da entrevista estruturada. No transcorrer do trabalho de campo, 37 mulheres sorteadas como sujeitos de pesquisa não foram entrevistadas pelos seguintes motivos: ocorrência do parto fora do ambiente hospitalar (2), ocorrência de óbito fetal (3), recusa em participar da pesquisa (9) e puérpera menor de 18 anos sem acompanhante que autorizasse a realização da entrevista (23).

Foram utilizados sete indicadores de processo da qualidade na assistência ao parto humanizado, sendo quatro relacionados ao trabalho de parto e três ao parto (Quadro 1). A seleção destes indicadores foi baseada na Categoria A das Recomendações da OMS sobre tecnologia apropriada no parto e nascimento, que enumera 22 práticas classificadas como claramente úteis e que devem ser encorajadas na atenção obstétrica⁽¹⁰⁾.

Para estabelecer os critérios de qualidade na assistência ao parto, utilizou-se escala de escores, com variação de 0 a 4 pontos, segundo a adequação na realização de cada indicador de processo da qualidade. Para o indicador três, o escore total foi determinado pela soma dos escores de cada item. Para analisar a qualidade da assistência em cada hospital, foram considerados todos os escores e calculada a somatória obtida individualmente em cada item, que variou de um escore mínimo de zero até um escore máximo possível de 16. Sendo assim, determinaram-se quatro níveis de qualidade, conforme as escalas somadas de classificação: Insatisfatória: 0 a 4 pontos; Regular: 5 a 8 pontos; Boa: 9 a 12 pontos; Excelente: 13 a 16 pontos.

Os dados foram digitados no MS Access e analisados com ajuda dos programas MS Excel e Statistica 6.0. O teste *T-Student* foi aplicado para verificar diferenças entre as populações dos dois hospitais. A associação entre as características sociais, características demográficas, a história reprodutiva e indicadores de qualidade da atenção ao parto foi pesquisado pelo teste Qui-quadrado, para associação entre duas variáveis. Adotou-se o nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá e da Universidade Estadual de Campinas.

RESULTADOS

Caracterização demográfica, social e história reprodutiva

Na Tabela 1, observa-se que a maioria das mulheres (69%) estava na faixa etária de 20 a 35 anos. A média de idade foi 25 anos (desvio-padrão de 6,4), variando de 12 a 46 anos. Nas faixas etárias extremas do período reprodutivo, encontravam-se 176 mulheres (31%), sendo 138 (24,3%) adolescentes e 38 (6,7%) no extremo superior do período reprodutivo.

Na distribuição das mulheres quanto a procedência, verificou-se que grande parte (76,4%) residia em Maringá. Contudo, ao se verificar a procedência por hospital, observa-se que o hospital 2 apresentou proporção maior de mulheres residentes em Maringá (99%).

Grande parte das mulheres (74,8%) tinha parceiro, unidas por casamento ou consensualmente; 23,7% eram

Quadro 1 - Indicadores e escores do processo da qualidade na assistência ao parto humanizado

Indicadores	Escore
1. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejassem no trabalho de parto	- Sim: 2 - Em parte: 1 - Não: 0
2. Presença do acompanhante no trabalho de parto	- Mais da metade do tempo do trabalho de parto: 2 - Metade do tempo do trabalho de parto ou menos: 1 - Não: 0
3. Uso de métodos não-invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto: massagens, banho de chuveiro, música e exercícios de respiração	- Uso de quatro métodos: 4 - Uso de três métodos: 3 - Uso de dois métodos: 2 - Uso de um dos métodos: 1 - Nenhum método: 0
4. Oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto	- Sim: 2 - Não: 0
5. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejassem no parto	- Sim: 2 - Em parte: 1 - Não: 0
6. Presença do acompanhante no parto	- Sim: 2 - Não: 0
7. Contato pele a pele entre mãe e filho na sala de parto	- Contato pele a pele entre mãe e filho por trinta minutos ou mais: 2 - Contato pele a pele entre mãe e filho por tempo menor que trinta minutos: 1 - Apresentação/não apresentação: 0

solteiras, 1,1% divorciadas/desquitadas e 0,4% viúvas.

Quanto à escolaridade, 28,8% das mulheres freqüentaram o ensino fundamental, 65,9% cursaram o ensino médio completo, 4,4% estudaram até o nível superior e 0,9% foram classificadas como analfabetas. Encontrou-se associação entre escolaridade e procedência ($p < 0,001$), sendo que as parturientes residentes em Maringá tinham a média de 8,8 anos de estudo, em contraste com as procedentes de outros municípios, cuja média foi de 7,5 anos de estudo. Todas as mulheres com nível superior completo residiam em Maringá.

Mais da metade das mulheres (62,9%) não exercia atividade econômica, sendo 58,5% dona de casa. Entre as que exerciam atividade econômica, as principais atividades desempenhadas eram o de empregada doméstica, costureira, balconista e auxiliar de produção.

Em relação à história reprodutiva, 60,1% das mulheres eram multiparas, sendo 46,4% com um filho vivo; 31,3% dois e 22,3% tinham três ou mais filhos vivos. Registrou-se o percentual de 24,0% de mulheres com antecedentes de duas cesáreas ou mais. Considerando que 46,4% das mulheres eram primíparas e 24,3% adolescentes, ressalta-se a necessidade do trabalho efetivo da equipe de saúde no período do parto e puerpério para reduzir a freqüência do parto cirúrgico, evitar complicações e para propiciar

experiência positiva de parturição. Como resultado da gestação, encontrou-se 16,3% de abortamentos.

Ao comparar a história reprodutiva das mulheres atendidas nos dois hospitais, registrou-se que apresentaram características semelhantes em relação ao número de gestações ($p: 0,052$), antecedentes de partos vaginais ($p: 0,10$) e cesáreos ($p: 0,25$) e número de abortos ($p: 0,6$). Contudo, em relação às características sócio-demográficas, mulheres não residentes no município de Maringá eram mais jovens, de baixa escolaridade, sem atividade ocupacional remunerada, com maior número de gestações e filhos vivos.

Quanto à idade gestacional de ocorrência do parto, a maioria das mulheres (81,5%) teve o parto a termo, 16,7% corresponderam à condição de pré-termo e 1,8% foram classificadas como pós-termo. A época da ocorrência do parto variou de 25 a 42 semanas, com a média de 39,1 semanas de gestação (desvio-padrão de 1,08). A taxa de cesárea foi de 51% no hospital 1 e 52% no hospital 2.

Fatores associados à qualidade da assistência ao parto

Na classificação geral, 52,7% das mulheres tiveram atendimento considerado regular, 28,9% bom, 17,4% insatisfatório e 1,0% excelente. Na média geral de escores, o hospital 1 apresentou média superior (7,2) ao do segundo (6,7).

Tabela 1 - Caracterização demográfica e social de mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006

Variáveis	Hospital 1		Hospital 2		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idade (anos)						
12-19	79	30,5	59	19,0	138	24,3
20-25	68	26,3	117	37,7	185	32,5
26-30	61	23,6	65	21,0	126	22,1
31-35	36	13,9	46	14,8	82	14,4
Mais de 35	15	5,8	23	7,4	38	6,7
Procedência						
Maringá	128	49,4	307	99,0	435	76,4
Outros municípios	131	50,6	3	1,0	134	23,6
Situação conjugal						
Com companheiro	200	77,2	226	72,9	426	74,8
Sem companheiro	59	22,8	84	27,1	143	25,2
Tempo de estudo						
Nenhum	1	0,4	4	1,3	5	0,9
1-3 anos	7	2,7	13	4,2	20	3,5
4-7 anos	86	33,2	58	18,7	144	25,3
8-11 anos	154	59,5	221	71,3	375	65,9
12 e mais	11	4,2	14	4,5	25	4,4
Atividade econômica						
Do lar	172	66,4	161	51,9	333	58,5
Estudante	9	3,5	16	5,2	25	4,4
Empregada doméstica	20	7,7	30	9,7	50	8,8
Costureira	14	5,4	10	3,2	24	4,2
Balconista	5	1,9	10	3,2	15	2,6
Auxiliar de produção	3	1,2	11	3,5	14	2,5
Outras atividades	36	13,9	72	23,3	108	19,0
Total	259	45,5	310	55,5	569	100,0

Ambos obtiveram desempenho classificado como regular.

Conforme verifica-se na Tabela 2, a variável idade da parturiente apresentou associação estatisticamente significativa com a qualidade da atenção ao parto. Registrou-se que, quanto mais jovem a parturiente, melhor a qualidade da assistência recebida. Dentre as variáveis sócio-demográficas, a idade foi a única que apresentou associação estatisticamente significativa com o tipo de parto ($p < 0,0001$). Encontrou-se frequência maior da ocorrência do parto vaginal entre parturientes adolescentes (32,3%), quando comparado ao grupo de mulheres que tinham mais de 35 anos de idade (2,9%).

Apesar de não ter sido observada associação estatisticamente significativa entre a variável escolaridade com o tipo de parto, registrou-se associação com a qualidade da atenção ($p: 0,001$), que foi proporcional aos anos de estudo da mulher, ou seja, quanto maior a escolaridade, melhor a qualidade da atenção recebida. Observou-se que esta variável associou-se aos indicadores receber informações no trabalho de parto ($p: 0,01$), e no parto ($p: 0,001$) e no contato pele a pele mais prolongado com o recém-nascido em sala de parto ($p: 0,003$).

Observou-se associação entre antecedentes de parto cesáreo e qualidade da assistência ao parto ($p < 0,001$). As parturientes sem antecedentes de parto cesáreo apresentaram maior frequência de atendimento categorizado como bom e excelente (41,6%), em contraste com as mulheres com antecedentes de mais de três cesáreas, que apresentaram a maior proporção superior de atendimento insatisfatório (28,5%) e regular (68,7%).

Registrou-se associação entre antecedentes de partos vaginais e cesáreos e a ocorrência do parto vaginal ($p < 0,001$), sendo que mulheres com antecedentes de um a três partos vaginais e sem antecedentes de cesáreas foram submetidas ao parto vaginal com maior frequência. Também foi observada associação entre antecedentes de partos cesáreos com a utilização de métodos não-farmacológicos de alívio da dor ($p < 0,001$) e com o oferecimento de líquidos via

oral ($p < 0,001$). Parturientes sem história de cesárea anterior foram as que receberam, com maior frequência (49%), entre 2 a 4 métodos não-farmacológicos de alívio da dor e líquidos via oral no trabalho de parto (60,8%). As multiparas com antecedentes de partos vaginais (4 a 5 partos) também receberam, com maior frequência, líquidos via oral (67,7%). Observou-se, nos dois hospitais, associação entre receber líquidos via oral e a ocorrência do parto vaginal ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

A amostra de mulheres entrevistadas foi representativa da população para o período do estudo. As mulheres eram caracteristicamente jovens, de baixo nível sócio-econômico, com perfil semelhante e esperado para usuárias de serviços do SUS.

Quanto à escolaridade, os dados refletem as conclusões obtidas em pesquisas nacionais, que registram a ocorrência do fenômeno de expansão da escolaridade das mães das mulheres a partir da década de noventa⁽¹¹⁾. Observou-se que as multigestas foram as que apresentaram menor grau de escolaridade e que não exerciam atividade econômica remunerada.

Observaram-se algumas características distintas entre as mulheres atendidas nos dois hospitais, em função da procedência das mesmas, que podem nortear as ações da equipe multiprofissional para a atenção individualizada no parto. As mulheres procedentes de outros municípios (hospital 1) eram mais jovens, de baixa escolaridade, sem atividade ocupacional remunerada, com maior número de gestações e filhos vivos. Portanto, caracterizaram-se como sendo de maior risco social e reprodutivo. Além disso, chegavam sozinhas ao hospital ou, quando acompanhadas, o acompanhante permanecia por período menor de tempo. Esta informação sugere que este grupo de mulheres pode exigir maior atenção da equipe de saúde, pelo fato de permanecerem mais sozinhas no trabalho de parto. Nesta

Tabela 2 – Variáveis associadas à qualidade da assistência ao parto em mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao SUS Maringá-PR, março/2005 a fevereiro/2006

Variáveis	Boa/excelente		Regular		Insatisfatória		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	
Idade							0,009
12 a 19 anos	54	39,2	66	47,8	18	13,0	
20 a 25 anos	62	33,5	95	51,4	28	15,1	
26 a 30 anos	33	26,2	68	54,0	25	19,8	
31 a 35 anos	16	19,5	45	54,9	21	25,6	
Mais de 35 anos	5	13,2	26	68,4	7	18,4	
Escolaridade							0,001
0 a 7 anos de estudo	36	21,3	91	53,8	42	24,9	
8 a 15 anos de estudo	134	33,5	209	52,3	57	14,2	
Antecedentes de cesárea							<0,0001
Nenhum	102	41,6	109	44,5	34	13,9	
1 a 3	67	22,1	177	58,4	59	19,5	
Mais que 3	1	4,8	14	66,7	6	28,5	

situação, o apoio emocional no trabalho de parto também poderia ser alcançado mediante a presença de doulas, o que constitui uma recomendação especialmente útil para o hospital 1. As ações educativas de planejamento familiar para este grupo de mulheres devem ser uma das prioridades na assistência, mediante a orientação sobre contracepção no puerpério e/ou encaminhamento a serviços de referência, por apresentarem maior número de filhos e menor escolaridade.

O que chamou atenção no estudo foi a ocorrência de desigualdades no acesso à atenção mais qualificada ao parto, influenciadas por fatores individuais, contextuais, mas, especialmente, relacionados às práticas assistenciais, ou seja, oferta desigual de práticas comprovadamente benéficas que podem qualificar a assistência e contribuir para a evolução do parto vaginal.

Se a existência de um sistema formalizado de referência hospitalar ao parto no município constitui um importante elemento organizador da assistência e indica avanço na qualidade da atenção devido à garantia da vaga hospitalar, pode traduzir uma situação de iniquidade determinada por fatores contextuais (normativos institucionais e políticos), à medida que nega à parturiente dois direitos: o de escolher o local e o médico que a assistirá no parto.

Em relação aos fatores individuais, observou-se que as variáveis idade e escolaridade associaram-se à qualidade da assistência ao parto, sendo que as adolescentes e parturientes com ensino médio completo obtiveram melhor qualidade da atenção. Quanto mais jovem a parturiente, maior a possibilidade de receber os métodos não-farmacológicos de alívio da dor e de tempo maior de contato pele a pele da mãe com o recém-nascido na sala de parto. Este fato pode ser explicado, entre outros, pela percepção dos profissionais de saúde sobre a vulnerabilidade das adolescentes, o conhecimento dos riscos biológicos e sociais, que faz dessa faixa etária merecedora de atenção especial nos serviços de saúde. Outro motivo pode ser atribuído aos aspectos jurídicos e legais envolvidos na atenção a esta faixa etária, que lhes garante medidas específicas de proteção, incluindo a garantia da presença do acompanhante no trabalho de parto e parto⁽¹²⁻¹³⁾.

O grau de escolaridade associou-se aos indicadores “receber informações no trabalho de parto e no parto e contato pele a pele com o recém-nascido em sala de parto”. As parturientes com ensino fundamental incompleto receberam menos informações no trabalho de parto e no parto, e tiveram menos contato pele a pele com o recém-nascido em sala de parto, quando comparadas às mulheres com ensino médio completo e nível superior.

Estes dados são concordantes com os obtidos na literatura, de que o nível de escolaridade tem o potencial de qualificar o cuidado prestado pelo profissional de saúde⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. A alfabetização torna o indivíduo mais sensível às ações de educação saúde e é possível que os níveis crescentes de escolaridade atuem como fatores

protetores, devido à assimilação de informações sobre as diferentes alternativas disponíveis para a assistência à saúde, reivindicação de suas necessidades e, portanto, de maior grau de autonomia. Estas afirmações são aplicáveis ao cenário do parto e nascimento, já que a prática educativa propicia à mulher compreender suas transformações, preparar-se para o parto e puerpério e agir ativamente, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse e de decidir sobre sua saúde⁽¹⁶⁾.

No aspecto das relações interpessoais⁽¹⁷⁾, chamam atenção para as relações desiguais de poder entre médico-cliente, ao considerarem que as mulheres com menor grau escolaridade são incapazes de entender informações e, portanto, a tentativa de explicação seria infrutífera, ou seja, perda de tempo. Por outro lado, as mulheres com menor escolaridade são, frequentemente, as que mais desconhecem e, portanto, que menos reivindicam seus direitos.

Sobre este tema, um Autor⁽¹⁸⁾ complementa que a discussão sobre os modelos de assistência ao parto e sobre sua excessiva medicalização parece ser uma questão apenas para mulheres de maior nível econômico e cultural. Em pesquisa realizada em maternidade pública no Rio de Janeiro, verificou que o conceito de humanização da assistência ao parto era desconhecido para as mulheres entrevistadas.

Sendo assim, a pior qualidade da atenção recebida entre as menos instruídas pode ser vista como expressão da desigualdade do tratamento oferecido pelos serviços de saúde para os grupos mais desfavorecidos socialmente. Se, no caso das adolescentes, a qualidade da atenção pode ser justificada pela sua condição de vulnerabilidade, no caso das mulheres com maior grau de escolaridade, possivelmente, relaciona-se à reivindicação de atendimento a suas necessidades, exigindo da equipe de saúde atenção mais individualizada. Ou seja, constituíram-se em parturientes que cobraram melhor desempenho da equipe de saúde.

Outra informação relevante refere-se à associação observada entre antecedentes reprodutivos e tipo de parto, que aponta para a importância da decisão do tipo de parto fundamentada nos antecedentes obstétricos e a cesárea prévia como fator de risco para nova cesárea. Estudo⁽¹⁹⁾, realizado em duas maternidades conveniadas ao SUS no Rio de Janeiro, registrou que as múltiparas, cujo último parto foi cesárea, tiveram maior chance de cesárea do que as múltiparas cujo último parto foi vaginal. Portanto, as informações obtidas no estudo corroboram as idéias da autora⁽¹⁹⁾, de que a elevada proporção de cesárea no Brasil constitui reflexo de três fatores: características das mulheres, práticas dos obstetras e forma de organização da prática obstétrica, da qual a afirmação, preconizada por Cragin em 1916, “uma vez cesárea, sempre cesárea”, ainda constitui regra⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assinalam-se três características que compõem o perfil

da parturiente que se beneficiou de atenção mais qualificada no parto pelo SUS, no município de Maringá: ter menos de 19 anos, ensino médio completo e não ter antecedentes de parto cesáreo. Por outro lado, ter 35 anos de idade ou mais, ser multigesta, ter baixa escolaridade e antecedentes de cesariana constituíram possíveis fatores predisponentes a iniquidades na assistência ao parto.

Tomando-se por base a premissa de que os dois hospitais apresentaram população com características semelhantes, sugere-se que as práticas assistenciais foram os fatores determinantes para a qualidade da atenção, ou seja, o profissional de saúde tem grande poder para definir as práticas de atenção e, principalmente, o tipo de parto. Portanto, é necessário investir na sensibilização e educação permanente da equipe de saúde para implantação das práticas de humanização recomendadas pela OMS. Assinala-se a importância da prática educativa realizada desde o pré-natal, que pode conferir maior grau de autonomia à parturiente e a reivindicação de seus direitos sexuais e reprodutivos no parto e nascimento.

Cabe ressaltar as reflexões de um autor⁽²¹⁾, que descreve a necessidade de considerar as diferenças culturais, as emoções e os desejos distintos das mulheres na assistência, sob pena de que as medidas humanizadoras resultem em meros procedimentos técnicos isolados, produzindo efeitos tão deletérios quanto o tratamento tecnocrático que se pretende combater. As rotinas, quando flexibilizadas, podem

garantir o que talvez seja a grande contribuição do ideário da humanização do parto no campo da saúde reprodutiva, a saber, o respeito aos direitos das mulheres sobre seu próprio corpo e o direito à diferença.

Aponta-se, como limite do estudo, a não inclusão da variável raça como categoria analítica. Considerando a importância desta variável nos estudos sobre gênero e equidade e as dificuldades para obter dados confiáveis relacionados à classificação racial das mulheres atendidas nos dois hospitais, atribuídos aos seus vieses de categorização, colocam-se algumas tarefas e desafios para pesquisas futuras sobre o tema. Ao admitir-se o caráter polissêmico do termo raça, é necessário discutir seu conceito, a importância da classificação ser autodeclarada e a sensibilização de gestores e técnicos para a coleta da informação nos serviços de saúde. Recomenda-se, assim, a realização de estudos que abordem o tema raça e equidade em saúde no município de Maringá, a incorporação da equidade na avaliação de programas de saúde, e sugere-se a utilização de métodos de análise multivariada, de maneira a integrar e hierarquizar os efeitos das distintas variáveis sócio-econômicas, demográficas e reprodutivas como condicionantes das iniquidades em saúde.

Agradecimentos: ao Fundo de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade Estadual de Campinas (Faepex/Unicamp), pelo apoio financeiro por meio do auxílio linha-pesquisa e auxílio-ponte.

REFERÊNCIAS

1. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica = Rep Public Health*. 2002; 18(Supl): 203-11.
2. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006; 11(4): 975-86.
3. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971; 1(7696): 405-12.
4. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York; Oxford University Press; 2005.
5. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R, editors. *Health and social organization: towards a health policy for the twenty-first century*. London: Routledge; 1996. p.71-93.
6. Iniquidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença. *Radis*. 2006; 45(5): 25-7. [Documento apresentado no lançamento da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde do Brasil — Março 2006].
7. Diniz SG, Chacham AS. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*. 2006; 1(1): 80-91.
8. Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad Saude Publica = Rep Public Health*. 1997; 13(2): 325-30.
9. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. *Cad Saude Publica = Rep Public Health*. 2004; 20(Supl 2): 190-8.
10. Organização Mundial da Saúde. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Geneva: OMS; 1996.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Diretoria de Pesquisa. Departamento de População e Indicadores Sociais. Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro; IBGE; 2002. [Série: Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica; 8].
12. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Criança. *Projeto minha gente. Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
13. McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica = Rep Public Health*. 2006; 22(7): 1483-91.
14. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saude Publica = Rep Public Health*. 2004; 20(Supl 1): S52-S62.
15. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saude Publica = J Public Health*. 2005; 39(1): 100-7.
16. Moraes SA, Souza JMP. Efeito dose-resposta de fatores de risco para a doença isquêmica do coração. *Rev Saude Publica = J Public Health*. 1996; 30(5): 471-8.
17. Alves MTSSB, Silva AAM, organizadores. *Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde*. São Luís, Brasil: Núcleo de Pesquisa em Saúde Materno-Infantil, Departamento de Saúde Pública; 2000.
18. Dias MAB. *Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública [tese]*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira; 2006.
19. D’Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica = Rep Public Health*. 2006; 22(10): 2067-78.
20. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana entre primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica = J Public Health*. 2005; 39(5): 761-7.
21. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saude Publica = Rep Public Health*. 2003; 19(Supl 2): 419-27.