



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**SUELEN DE OLIVEIRA CAVALCANTE**

**ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO NO MUNICÍPIO DE RIO  
BRANCO-ACRE: INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL**

**RIO BRANCO  
2009**

**SUELEN DE OLIVEIRA CAVALCANTE**

**ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO NO MUNICÍPIO DE RIO  
BRANCO-ACRE: INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa:  
Processo Saúde-Doença:  
Epidemiologia e Atenção a Saúde

Orientadores:  
Profa. Dra. Leila Maria Geromel Dotto  
Prof. Dr. Sergio Koifman

**RIO BRANCO**

**2009**

Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade Federal do Acre

C376a CAVALCANTE, Suelen de Oliveira. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério no município de Rio Branco-Acre:** inquérito de base populacional. 2009. 93f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, 2009.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Leila Maria Geromel Dotto

1. Cuidado pré-natal, 2. Gestantes, 3. Complicações na gravidez, 4. Parto normal, 5. Cesárea, 6. Período pós-parto, I. Título.

CDU 618.438

*Aos meus pais: Raimundo e Sebastiana*

*Ao meu marido: Djailson*

*Ao meu irmão: Railson*

*Dedico*

## *Agradecimentos*

*Ao Mestre dos mestres e Senhor dos senhores, meu Deus todo poderoso e dono de toda a sabedoria, por ter me concedido a vida, a saúde, a inteligência e a oportunidade de cursar esse mestrado, por ser o meu sustento e minha fortaleza, sem ele nada posso, mas com ele, acredito no incrível e realizo o impossível. Te amo.*

*À minha orientadora, Leila, que passou a ser uma amiga e confidente durante a construção desse trabalho, pelo seu amor a saúde da mulher, pelos seus ensinamentos, paciência, por está sempre presente e disponível em todos os momentos, por suas palavras tranquilizadoras e encorajadoras que me impulsionaram a nunca desistir de concluir este mestrado. Agradeço de todo o coração.*

*Ao orientador, Sérgio, que mesmo à distância e com vários compromissos, sempre mostrou interesse com a construção dessa dissertação e disponibilizou seus conhecimentos em epidemiologia e estatística para a correção e análise dos dados.*

*À minha tutora, Margarida, pelo incentivo e dedicação.*

*Aos meus pais, por terem me mostrado a importância do conhecimento e me proporcionarem acesso a educação, sempre de forma amorosa e acolhedora.*

*Ao meu marido, por ter me apoiado na decisão de cursar esse mestrado e em muitas outras, por ter me ensinado a matéria da prova de seleção, por seu amor incondicional que suportou e compreendeu a minha ausência, noites em claras e finais de semana passados na frente do*

*computador, mesmo estando recém casados, e por me ajudar até o último momento com a formatação do trabalho.*

*Ao meu irmão, por seu amor, dedicação e ajuda com os programas de computação e formatação e por conseguir resgatar o projeto que eu tinha esquecido de salvar, e pelas apresentações em Power point.*

*À minha prima e amiga Fernanda por sempre está presente na minha vida e me ajudar e acalmar nos momentos mais difíceis.*

*À minha sogra, Valdenira, pelo carinho com que me acolheu em sua família e pelo incentivo e interesse pela minha ascensão profissional.*

*Às enfermeiras da Unidade de terapia intensiva da FUNDHACRE, pelas muitas trocas de plantões e por terem substituído a minha ausência e, em especial para minha amiga Luciana, que além de tudo isso, fez o abstract dessa dissertação.*

*À gerente de enfermagem da FUNDHACRE e a supervisora da UTI e diretora administrativa do hospital, Florisa e Celiane, por me apoiarem e incentivarem, sempre estando dispostas a conciliarem a minha escala de trabalho com as disciplinas do mestrado.*

*À chefe da UTI, Dr. Rejane, por ter preenchido a liberação do empregador para eu poder cursar esse mestrado.*

*À minha colega e enfermeira do Departamento de ações básicas de saúde, Emanuelle, por ter disponibilizado os dados referentes à mortalidade materna e o número de consultas pré-natais realizadas pelas gestantes do Estado do Acre no ano de 2008.*

*Aos meus colegas de mestrado, que passaram a fazer parte de uma outra família, por nos ajudarmos e compartilharmos dúvidas, aflições e alegrias.*

*A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFAC e Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente - ENSP/FIOCRUZ, por transmitirem seus conhecimentos e nos ensinarem a importância da pesquisa para a sociedade.*

*A todos os funcionários da coordenação do Programa de pós-graduação em saúde coletiva, por nos acolherem, nos informar e disponibilizar a sala de informática e nos dá todo suporte técnico necessário.*

*À todas as pessoas que cruzaram o meu caminho ao longo desses dois anos e que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse sonho. O meu muito obrigada.*

## RESUMO

**Introdução:** Em todas as culturas, gravidez e nascimento representam mais do que simples eventos biológicos, já que são integrantes da importante transição do status de “mulher” para o de “mãe”. Embora a fisiologia da gravidez e parto seja a mesma universalmente, a prática da atenção à mulher no processo do nascimento é realizada de modos diversos por diferentes grupos de pessoas. Anualmente, ocorrem em todo o mundo cerca de 120 milhões de gravidezes, sendo que mais de meio milhão de mulheres morrem vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, sobretudo em países em desenvolvimento. Sabe-se que mais de 90% destas mortes poderiam ser evitadas, com medidas preventivas básicas, como a identificação precoce de complicações, a realização de uma assistência pré-natal e ao parto de qualidade, entre outras.

**Objetivo:** Determinar o perfil epidemiológico da atenção à gestação e ao parto e seus determinantes no município de Rio Branco-Acre. **Metodologia:** Nesta dissertação, são apresentados dois artigos a partir de dados oriundos do “Inquérito de Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre”, estudo transversal de base populacional (inquérito de morbidade) realizado durante 2007-2008 através de amostragem populacional por conglomerados em duas etapas (sorteio de setores censitários e entrevista dos residentes nos domicílios sorteados atendendo os critérios de inclusão estabelecidos), sendo entrevistadas 648 mães de crianças de zero a cinco anos. O primeiro artigo avalia a cobertura e a qualidade do pré-natal e o segundo descreve as características dos partos e nascimentos em Rio Branco em relação aos aspectos demográficos, sociais e de atenção à saúde da população estudada. **Resultados:** Cerca de 97,6% das mães relataram ter realizado pré-natal. As prevalências mais elevadas de relatos da realização de 6 ou mais consultas pré-natal foram observadas em mães na faixa etária  $\geq 35$  anos (68,8%), com 10-14 anos de escolaridade (78,00%), solteiras (65,87%), de cor branca (72,50%), mães de 1 a 2 filhos (67,50%), e residentes na zona urbana do município (72,79%). Em relação à precocidade na realização das consultas (primeiro trimestre da gestação), foi verificada uma maior prevalência nas mulheres com maior escolaridade, de maior faixa etária, maior paridade e que realizaram seis ou mais consultas. As principais complicações vivenciadas na gestação foram anemia (44,4%), hipertensão (18,2%) e hemorragia (9,1%). Quanto à qualidade do pré-natal observou-se que em 99% das gestações, foi relatada a aferição da pressão arterial e verificado o peso das gestantes em todas as consultas. Quanto à história reprodutiva das entrevistadas, a maioria das mães entrevistadas era constituída por múltiparas (79,6%). A média de idade da primeira gravidez em residentes na zona urbana foi de 18,9 anos (DP = 6,3), sendo de 18,0 anos (DP = 3,6) na zona rural ( $p = 0,321$ ). A prevalência de partos domiciliares foi de 1,7% (3,0% na zona rural do município e de 5,9% nas mulheres com menor escolaridade). O parto cesárea ocorreu em 38,4% dos partos ocorridos na área urbana e 28,5% daqueles em área rural. Na área urbana, cerca de 70% das gestações ocorreram em menores de 20 anos, e 10,4% das entrevistadas mencionaram a ocorrência de óbito em filho menor de cinco anos. Na área rural, estas prevalências foram, respectivamente, de 65,0 e 20,9%. A prevalência de parto cesárea em mulheres com menos de 5 anos de escolaridade foi de 25,6%, sendo da ordem de 48,3% naquelas com 10-15 anos ( $p = 0,001$ ), sendo similar segundo estratos de consultas pré-natal (32,1% com 1 a 3 consultas e 37,5% com 6 ou mais consultas). Sua distribuição segundo paridade revelou prevalências da ordem de 43,5% em mães com 1 a 2 filhos, 29,7% naquelas com 3-4 filhos, e 11,9% nas mães com 5 ou mais filhos ( $p$  tendência  $< 0,001$ ), sendo a razão de prevalências ajustada em mães com 5 ou mais filhos, versus aquelas com 1-2 filhos, de 0,25 (95% IC 0,77-0,86). O relato de hipertensão arterial no puerpério foi observado em 71,1% dos partos cesáreos e 28,9% dos partos normais ( $p = 0,0001$ ). A prevalência de hospitalização no puerpério foi relatada

por 9,5% das mulheres com menos de 25 anos, 4,2% naquelas com 25 a 34 anos, e 21,2% nas mães com 35 anos ou mais de idade ( $p = 0,05$ ). **Conclusões:** Neste estudo observou-se uma boa cobertura de pré-natal, aproximadamente 98%, porém a qualidade das consultas pode ser questionada devido à prevalência de hipertensão encontrada (18,2%) e em 39,3% das grávidas não realizaram o número mínimo de consultas preconizadas. O nível educacional materno mostrou forte associação para o início precoce e a realização de um maior número de consultas pré-natal, ao passo que a paridade mostrou uma relação inversa. A elevada prevalência de gravidez na adolescência revela que o programa de planejamento familiar deve ser enfatizado em Rio Branco. O estudo revela também a necessidade de aprofundamento do debate sobre a realização de partos cesárea, cuja distribuição em Rio Branco é muito mais elevada do que aquela preconizada pela Organização Mundial da Saúde. A manutenção deste quadro acarreta a distribuição de importantes intercorrências no pós-parto, tais como a hospitalização de puérperas, elevando os custos da atenção e acarretando danos controláveis para a saúde da população de gestantes, como aqueles descritos nesta investigação.

*Palavras-chaves:* cuidado pré-natal, gestantes, complicações na gravidez, parto normal, cesárea, período pós-parto.

## ABSTRACT

**Introduction:** In all cultures, pregnancy and birth are than mere biological events, since they are important members of the transitional status of “woman” to “mother”. Although the physiology of pregnancy and childbirth is the same universally, the practice of health care for woman in the birth process is performed in different ways by different groups of people. Annually occur in all the world approximately 120 million pregnancies, of wich more than half a million woman die of complications related to pregnancy and postpartum, especially in developing countries. It is know more than 90% of these deaths could be prevented with basic preventive measures such as early identification of complications, making a prenatal care and belivery of quality, among others.

**Objective:** to determine the epidemiological profile in the care of pregnancy and childbirth and its determinants in the municipality of Rio Branco-Acre. **Methodology:** in this thesis are present two articles based on data from the “Survey of Health an Nutrition of Children and adults of Rio Branco-Acre”, a cross-sectional population (morbidity survey) carried out during 2007-2008 by sampling population cluster in two stages (lots of tracts and interviewed of residents in selected households given the inclusion criteria), and interviewed 648 mothers of children aged zero to five years. The first article examines the coverage and quality of prenatal care and the second describes the characteristics of births and births in Rio Branco in relation to demographic, social and health care for the population studied. **Results:** about 97.60% of mothers reported having received prenatal care. The higher prevalence of reports to the completion of 6 or more prenatal visits were observed in mothers aged  $\geq 35$  year (68.80%) with 10-14 year of education (78.00%) single (65.87), white (72.50%), mothers from 1 to 2 children (67.50%), and residents in the urban area of the municipality (72.79%). In relation to earliness in consullations (first trimester of gestation), there was a higher parity and had six or more visits. The major complications experienced during pregnancy were anemia (44.40%), hypertension (18.20%) and hemorrhage (9.10%).The quality of prenatal care showed that 99% of pregnancies, was reported to evaluate blood pressure and checked the weight of pregnant women in all queries. The reproductive history of the women, most of the mothers interviewed consisted of multiparous (79.60%). The mean age of first pregnancy in the urban area was 18.90 years (SD= 6.30), being 18.00 year (SD= 3.60) in the rural area ( $p=0.321$ ). The prevalence of home births was 1.70% (3.0% in the rural area municipality and 5.90% I women with less education). The cesarean delivery occurred in 38.40% of deliveries occurred in urban areas and 28.50% of those in rural areas. In urban areas about 70% of pregnancies occurred in less than 20 years, and 10.40% of the interviewed mentioned the occurence of death in child und five years. In the rural areas, these prevalence were, respectively, 65.0% and 20.90%. The prevalence of cesarean delivery in women with less than five years of schooling was 25.60%, amounting to 48.30% in those with 10-15 years ( $p= 0.001$ ), similar second strata of prenatal care (32.10% with 1 to 3 consullations and 37.50% with 6 or more visit). His distribution showed prevalence rates of around 43.50% in mothers with 1 to 2 children, 29.70% in those with 3 to 4 children and 11.90% in mothers with 5 or more children ( $p$  trend  $< 0.001$ ) and the adjusted prevalence ratio in the mother with 5 or more children, versus those with 1-2 children, 0.25 (95% CI 0.77-0.86). The report of hypertension in the puerperium was observed in 71.10% of cesarean deliveries and 28,90% for vaginal deliveries ( $p= 0.0001$ ). The prevalence of postpartum hospitalization was reported by 9.50% of women under age of 25, 4.20% in those with 25 to 34 years, and 21,20% in mothers age 35 or older ( $p= 0.05$ ).

**Conclusions:** In this study we observed there was good coverage of prenatal care, approximately 98%, but the quality of consullation can be questioned due to the prevalence of hypertension (18,20%) and 39.30% of pregnant women did not perform the minimum number of visits

recommended. The maternal education level showed strong association to the early and made a greater number of prenatal visits, while the parity showed an inverse relationship. The high prevalence of teenage pregnancy shows that the family planning program should be emphasized in Rio Branco. The study also reveals the need to deepen the discussion on the performance of cesarean sections, the distribution in Rio Branco is much higher than that recommended by the World Health Organization. The maintenance of this framework entails the distribution of major interferences in the postpartum period such as hospitalization of mothers, raising the cost care and causing damage controllable health of the pregnant women, such as those described in this investigation.

**Keywords:** prenatal care, pregnant women, pregnancy complications, vaginal delivery, cesarean section, postpartum period.

## **SUMÁRIO**

<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>xiii</b>
<b>LISTA DE TABELAS, QUADRO E FIGURAS.....</b>	<b>xiv</b>
<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Mortalidade Materna e Perinatal como Problema de Saúde Pública</b>	
<b>2.2- Atenção ao Ciclo Gravídico Puerperal</b>	
<b>3. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>34</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1 Objetivo geral</b>	
<b>4.2 Objetivos específicos</b>	
<b>5. METODOLOGIA .....</b>	<b>38</b>
<b>6. ARTIGO 1.....</b>	<b>41</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>43</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>44</b>
<b>Metodologia.....</b>	<b>46</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>48</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>54</b>
<b>Referências bibliográficas (artigo 1).....</b>	<b>58</b>
<b>7. ARTIGO 2.....</b>	<b>60</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>62</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>63</b>
<b>Metodologia.....</b>	<b>65</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>67</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>72</b>
<b>Referências Bibliográficas (artigo 2).....</b>	<b>75</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (Dissertação).....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento .....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>85</b>

<b>ANEXOS .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO A – Aprovação no CEP .....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO B – Metodologia .....</b>	<b>90</b>

**LISTA DE ABREVIATURAS**

**CID** - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde

**DABS** - Departamento de Ações Básicas de Saúde

**DHEG** - Distúrbio Hipertensivo da Gravidez

**MS** - Ministério da Saúde

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PAISM** - Assistência Integral a Saúde da Mulher

**PHPN** - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

**PNDS** - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

**RMM** - Razão de Mortalidade Materna

**SIM** - Sistema de informação sobre mortalidade

**SINASC** - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

**WHO** - World Health Organization

## LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

### ARTIGO 1

**Tabela 1** - Prevalência de relatos de realização de consultas pré-natal segundo características sócio-demográficas, mães de crianças menores de cinco anos, município de Rio Branco, Acre 2007-2008.

**Tabela 2** – Distribuição do período gestacional que as mães de crianças menores de cinco anos realizaram a primeira consulta, segundo escolaridade, idade materna, paridade e número de consultas pré-natal realizadas, no município de Rio Branco, Acre. 2007-2008.

**Tabela 3** - Distribuição das frequências de mães de crianças menores de cinco anos que apresentaram hipertensão durante a gestação, segundo variáveis selecionadas, município de Rio Branco, Acre. 2007-2008.

**Tabela 4** – Razão de prevalência de realização de menos de 6 consultas no pré-natal segundo características sócio-demográficas selecionadas, mães de crianças menores de cinco anos no município de Rio Branco, Acre 2007-2008.

### ARTIGO 2

**Tabela 1** - Distribuição de variáveis reprodutivas e assistenciais durante a gestação segundo zona de moradia, Rio Branco, AC, 2007-2008.

**Tabela 2** – Prevalência de parto normal e cesárea segundo variáveis maternas selecionadas, município de Rio Branco, AC, 2007-2008.

**Tabela 3** - Distribuição de complicações pós-parto selecionadas, segundo tipo de parto, Rio Branco, AC, 2007-2008.

**Tabela 4** - Distribuição de frequências de complicações pós-parto, segundo as variáveis maternas selecionadas, Rio Branco, AC, 2007-2008.

**Tabela 5** – Prevalência de relato de hipertensão durante o puerpério segundo variáveis maternas selecionadas, Rio Branco, AC, 2007-2008.

## ***Introdução***

---

## ***1- INTRODUÇÃO***

Em todas as culturas, gravidez e nascimento representam mais do que simples eventos biológicos, já que são integrantes da importante transição do status de “mulher” para o de “mãe”. Embora a fisiologia da gravidez e parto seja a mesma universalmente, a prática da atenção à mulher no processo do nascimento é realizada de modos diversos por diferentes grupos de pessoas (BRASIL, 2008a).

O cuidado pré-natal compreende um conjunto de atividades no transcurso da gravidez que requerem vários investimentos tanto por parte da mulher, como de profissionais e de instituições que se dedicam à oferta desse cuidado. A atenção pré-natal é utilizada como um indicador de boa prática, assim como uma medida de qualidade de cuidados clínicos e de saúde pública (VICTORA; BARROS, 2001).

Os objetivos do atendimento pré-natal são muito bem delimitados e são similares em todo o mundo, contudo há ainda uma enorme variação na prática dessa atenção entre países, regiões de um mesmo país, comunidades, instituições e profissionais, o que resulta em questionamentos sobre a efetividade e segurança dos vários elementos que o constituem (ENKIN, 1992).

O acompanhamento pré-natal tem impacto na redução da morbimortalidade materna e perinatal. A assistência pré-natal com suas ações, orientações e prevenções assegura a evolução normal da gravidez, buscando minimizar os riscos ou identificando-os o mais precoce possível. Uma gestação que recebe acompanhamento de qualidade, com eficiência e eficácia de suas ações, visa reduzir morbidades que podem acompanhar as mulheres mesmo após o parto, como também evitar mortes maternas, baixo peso ao nascer, retardo de crescimento intra-uterino e muitos outros transtornos que podem acometer a mulher e a criança neste processo do nascimento (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005; GONÇALVES et al., 2008).

O indicador de mortes materna que é mais utilizado é a Razão de Mortalidade Materna (RMM) que é obtida pelo quociente entre o número de mortes maternas e o número de nascidos vivos em determinado período, multiplicado por 100.000 (SOUSA et al., 2007).

Estima-se que 536.000 mortes maternas ocorrem todos os anos no mundo, sendo que 99% dos óbitos (533.000) ocorrem nos países em desenvolvimento. A África subsaariana é responsável por um pouco mais da metade destas mortes (270.000), seguida do sul da Ásia com 188.000 óbitos, que juntas representam 86% das mortes maternas global (WHO, 2005).

A RMM nos países em desenvolvimento (África) chega a 900 por 100.000 nascidos vivos, enquanto que nos países desenvolvidos (Estados Unidos e Canadá) não ultrapassa nove. As regiões de países em desenvolvimento que possuem índices mais altos são a África subsaariana (900), seguido pelo Sul da Ásia (490), Oceania (430), Sudeste da Ásia (300), Oeste Ásia (160), Norte da África (160), América Latina e Caribe (130) e Ásia (50) (WHO, 2005).

Por outro lado, outros países em desenvolvimento, como Chile, Cuba, Costa Rica e Uruguai, apresentam Razões de Mortalidade Materna em torno de 40 por 100 mil nascidos vivos; números bem inferiores, demonstrando que a morte materna pode ser reduzida com determinação política e garantia de serviços de saúde à população, incluindo, especialmente, a assistência pré-natal de qualidade (BRASIL, 2002).

A mortalidade materna é um indicador de desenvolvimento humano e sócio-econômico de um país. Ao morrer uma mulher grávida, no parto ou no puerpério, houve falhas nas diretrizes políticas, nos profissionais de saúde e na sociedade como um todo (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

A morbimortalidade materna e neonatal vem ocorrendo mesmo com todo o avanço tecnológico ocorrido na obstetrícia moderna e da implantação e implementação

de uma série de políticas voltadas para a melhoria da saúde materna e do neonato, apesar de muitas destas mortes poderem ser plenamente evitáveis com uma atenção ao ciclo gravídico puerperal de qualidade (WHO, 1999).

Desde a segunda metade da década de 40 houve um declínio contínuo da mortalidade materna nos países desenvolvidos tornando-se até mesmo um evento raro em muitos deles (WHO, 1999). Entretanto, é ainda um problema importante e aparentemente de difícil resolução nos países em desenvolvimento, sendo que no Brasil ainda se constitui um grave problema de saúde pública.

Em virtude de tal problemática, este tema foi adotado, em 2000, na Declaração do Milênio, que foi um acordo entre as nações que inclui oito objetivos para combater a pobreza e acelerar o desenvolvimento humano (WHO, 2005). O quinto objetivo da Declaração do Milênio visa melhorar a saúde materna e reduzir a razão de mortalidade materna em 75% entre 1990 e 2015, ou seja, um declínio anual de 5,5% na razão de mortalidade materna a partir de 1990 (WHO, 2005). Porém, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, a razão da mortalidade materna vem diminuindo em nível global a uma média de menos de 1% anualmente entre 1990 e 2005. A região que mais se aproxima da meta é a Ásia Oriental que apresenta um declínio anual em sua RMM de 4,2% (WHO, 2005).

A realização desta meta exigirá maior atenção e melhoria dos cuidados de saúde à mulher, incluindo a prevenção de gestações não planejadas e abortos inseguros e prestação de serviços de elevada qualidade durante o ciclo gravídico-puerperal (WHO, 2005).

Nas capitais brasileiras, para o ano de 2002, a RMM foi de 53,6 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, sendo que a região Nordeste teve o maior índice 60,8, seguido da região Centro-Oeste com 60,3, região Sul com 56,6, região Norte com 53,2 e a região Sudeste, onde foi encontrado o menor índice: 45,9 (BRASIL, 2004).

No Brasil, em 2005, 1619 mulheres morreram por causas ligadas ao ciclo gravídico puerperal, e o mais alarmante é que a grande maioria foram mortes evitáveis. Neste mesmo ano a RMM no país, corrigida, foi de 74,7 por 100.000 nascidos vivos. E a principal causa direta de morte materna continua sendo os transtornos maternos hipertensivos (BRASIL, 2007).

Em relação ao Estado do Acre, em 2008, a RMM foi de 39,4. Analisando por município, observa-se grande diferença entre a RMM da capital, Rio Branco, que em 2008 foi de 23,6, comparada a de outros municípios, a exemplo de Brasiléia e de Feijó cujas RMM foram 298,5 e 200,8, no mesmo ano, respectivamente (RIO BRANCO- AC, 2008a).

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, o percentual de gestantes que realizaram o mínimo de seis consultas de pré-natal, conforme preconiza o Ministério da Saúde, foi observado em 77% das gestações. Sendo o maior percentual encontrado na região Sudeste (84,7%) e o menor na Região Norte (61%), na região Norte também foi encontrado o maior percentual de gestantes sem consulta de pré-natal (3,9%) (BRASIL, 2008b).

De acordo com dados do Sistema Nacional de Nascidos vivos (SINASC), a proporção de nascidos vivos de mães residentes no estado do Acre com quatro a seis consultas de pré-natal no ano de 2008, foi de 40,3%, sendo que no município de Rio Branco essa proporção, para o mesmo ano, foi de 42,7%. Para as mães com nenhuma consulta pré-natal, no Estado, encontrou-se 7,1% e no município de Rio Branco foi de 3,5% (RIO BRANCO-AC, 2008b; RIO BRANCO –AC, 2008c).

No Brasil, no ano de 2006, a PNDS encontrou que 89% dos partos foram assistidos por médicos e 8,3% por enfermeiras obstétricas. Porém, ainda se observa um percentual de mulheres sem acesso à assistência qualificada, totalizando quase 8% das mães que tiveram nascidos vivos nos últimos cinco anos na região Norte, e mais de 13%

daquelas sem escolaridade. Na região Norte e Nordeste os partos assistidos por parteiras leigas representam, respectivamente, 5,8% e 3,6% dos nascidos vivos (BRASIL, 2008b).

A PNDS revelou também as altas taxas de cesariana praticadas no país. No total, 44% dos partos foram cirúrgicos, sendo esta taxa maior nas regiões Sudeste (52%) e Sul (51%), dentre as mulheres com mais de 35 anos (61%) e entre as brancas (49%). Este estudo observou também que 83% das mulheres com 12 anos ou mais de estudo foram submetidas ao parto cesárea, e no sistema de saúde privado ou suplementar foi encontrado que um total de 81% dos partos foram cirúrgicos (BRASIL, 2008b).

A cesariana, recurso idealizado para resolver situações de risco materno e fetal, ao final dos anos 60, quando indicada de forma correta e com o grau de segurança adquirido, poderia ser apontada como uma das mais importantes conquistas da obstetrícia moderna pela capacidade de garantir às mulheres e aos seus recém-nascidos que suas chances de morrer durante o trabalho de parto e parto tinham sido drasticamente reduzidas (BRASIL, 2008a).

Contudo, desde a década de 70, a cesariana passou a ser utilizada de forma abusiva, voltando-se contra os objetivos para os quais foi idealizada, ocasionando, pelo seu uso indiscriminado, aumento nos riscos de morbi-mortalidade materna e perinatal (VISCO et al., 2006)

Um estudo sobre as taxas de partos cesárea e resultados na gravidez, realizado em alguns países da América Latina, sendo incluído o Brasil, observou que o aumento das taxas de partos cesárea está associado com uso aumentado de antibióticos pós-parto, aumento de morbidade e mortalidade materna e neonatal (VILLAR et al., 2006).

No Brasil, a atenção ao pré-natal e nascimento ampliou-se com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em meados da década de 80. Desde esse período, têm ocorrido mudanças significativas quanto ao aumento da

cobertura e da média do número de consultas, bem como quanto ao início mais precoce do pré-natal. Contudo, os indicadores de saúde relativos à morbidade e à mortalidade materna e perinatal, embora venham apresentando melhoras continuam insatisfatórios (CARVALHO; NOVAES, 2004).

Diante da necessidade de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil, o Ministério da Saúde vem tentando implantar e implementar ações na busca pela melhora das condições de saúde da mulher e do neonato.

No final da década de 90, no Brasil, evidenciavam-se muitos problemas a serem enfrentados no que tange a saúde materna-infantil. Reconhecendo a necessidade de estabelecer nova estratégia para a atenção nessa área, o Ministério da Saúde, instituiu em junho de 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), tendo por objetivos reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

O PHPN fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento pré-natal, ao parto e puerpério (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

A humanização compreende a convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer a adoção de atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor, e a implementação de condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher durante o processo de parturição. A humanização refere-se também à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que não beneficiam a

mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (GONÇALVES et al., 2008).

Vivenciar uma maternidade sem risco é fundamental na busca dos direitos reprodutivos das mulheres. A gravidez e o parto são as causas principais de incapacidade e morte entre as mulheres de 15 e 49 anos, sendo que os programas e estratégias para atingir uma maternidade segura são indispensáveis para a saúde e sobrevivência da mulher (SAFE MOTHERHOOD, 1998).

Este estudo buscou conhecer a história das gestações e partos vivenciados nos últimos cinco anos pelas mulheres do município de Rio Branco, Acre. Investigar a atenção ao pré-natal recebida tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo, assim como identificar os profissionais que realizaram estes partos, e as principais morbidades ligadas à gestação, parto e puerpério, possibilitaram responder a seguinte pergunta de pesquisa: Qual é o padrão atualmente existente quanto à atenção à gestação e ao parto no município de Rio Branco?

## ***Referencial Teórico***

---

## **2 – REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 - Mortalidade Materna e Perinatal como Problema de Saúde Pública**

As mortes maternas são evitáveis em sua quase totalidade, por uma boa assistência pré-natal, perinatal e pós-natal imediata, sendo que atualmente já se dispõe de conhecimento e de meios necessários para remover o risco relacionado à concepção, de forma que nenhuma mulher deveria morrer por complicações associadas à gravidez, parto e puerpério (COSTA et al., 2002).

Segundo, o Ministério da Saúde a cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade é adequada e estima que a subenumeração de óbitos não exceda a 20%. Contudo, o que se observa é que essa cobertura pode ser considerada boa nas capitais e nas cidades de médio e grande porte, enquanto que no Norte e Nordeste há uma subinformação e um sub-registro das declarações de óbitos dificultando o monitoramento do número real de óbitos materno (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000).

Durante pesquisa realizada nas capitais brasileiras em 2002, observou-se que pelas estatísticas oficiais o número de mortes maternas era de 144 situando-se, em termos de ordenação, na décima posição. Após a investigação, as mortes por causas maternas compreenderam um total de 239 casos, passando para a oitava posição, com ganho de 66% na informação (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000).

Vale salientar, que também persiste a preocupação em termos de saúde pública, com a adequada assistência à mulher, voltada para as que apresentam morbidade grave durante a gravidez, parto ou puerpério, mesmo em países com baixíssimas razões de morte materna, uma vez que para cada óbito materno ocorrido, um considerável número de mulheres desenvolve morbidade grave e apresenta seqüelas permanentes desde então. Esse interesse em quadros de complicação severa em obstetrícia propiciou a adaptação, para as ciências médicas do conceito de “near miss” materna ou “quase-

*perda*”, e faz referência à situação onde mulheres que apresentam complicações potencialmente letais durante a gravidez, parto ou puerpério, somente sobrevivem devido ao acaso ou ao cuidado hospitalar, ou seja, a morbidade materna grave que representa o estágio imediatamente anterior a ocorrência do óbito (CECATTI; CALDERÓN, 2005b; SOUZA et al ., 2006).

A mortalidade perinatal também constitui um grave problema de saúde materno-infantil no Brasil, e é indicador da qualidade da assistência materna e neonatal, sendo que a adoção de medidas mais apropriadas de atenção às gestantes no pré-natal, e aos recém-nascidos são ferramentas importantes na redução das altas taxas de mortalidade fetal, neonatal e perinatal (AQUINO et al., 2007).

Estudo realizado em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte evidencia o fato de que grande parte dos óbitos perinatais ocorreram em crianças com peso ao nascer acima de 1500 gramas e sem malformações congênitas grave ou letal, bem como a existência de associação entre a morte perinatal com as doenças da gravidez (como a hipertensão, DHEG, diabetes e hemorragias), o que sinaliza que tais óbitos poderiam ser evitáveis pelo acesso oportuno a serviços qualificados de atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (LANSKY et al., 1999).

A principal causa de mortalidade neonatal e também pelas mortes que ocorrem ao longo do primeiro ano de vida no Brasil são as afecções perinatais. Elas são responsáveis por 48,5% das mortes de crianças menores de cinco anos (LANSKY et al., 1999).

## **2.2- Atenção ao Ciclo Gravídico Puerperal**

O pré-natal destaca-se como sendo o primeiro alvo a ser atingido quando se busca reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, visto que o mesmo compreende um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde das mulheres

grávidas e dos recém-nascidos e o estabelecimento de ações adequadas à prevenção, ao diagnóstico e ao manuseio clínico de problemas obstétricos que venham a ocorrer, ou de enfermidades previamente existentes e, para tanto, a viabilização dos programas que exigem atuação profissional competente é imprescindível (CARVALHO; ARAÚJO, 2007; GONÇALVES et al., 2008).

Durante o pré-natal a gestante deve receber orientações sobre o processo gestacional, mudanças corporais e emocionais durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação. Tais conteúdos devem incluir orientações sobre anatomia e fisiologia maternas, os tipos de parto, as condutas que facilitam a participação ativa no nascimento, sexualidade e outras (BRASIL, 2001).

O pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna e perinatal, visando garantir a identificação precoce de todas as gestantes da comunidade e o pronto início do acompanhamento no primeiro trimestre da gravidez, bem como a operacionalização do sistema de referência e contra-referência, estabelecendo condições para uma assistência pré-natal efetiva objetivando garantir a continuidade da assistência em todos os níveis de atenção. É importante enfatizar que a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde depende da adesão das mulheres ao programa de pré-natal e que as características sócio-econômicas, culturais e demográficas destas mulheres têm papel fundamental para esta adesão. Observa-se que nos países em desenvolvimento, onde a assistência médica é precária, a atenção pré-natal representa a única oportunidade para as mulheres receberem assistência médica (GONÇALVES et al., 2008). É, portanto, de grande importância que tal oportunidade seja utilizada para

intervenções direcionadas à promoção da saúde da mulher como um todo (NEUMANN et al., 2003).

A PNDS observou que o acesso ao pré-natal aumenta com a progressão da escolaridade da mulher e tende a diminuir com o aumento do número de filhos. Chama a atenção a desigualdade entre o número de consultas realizadas nas gestações acompanhadas em serviços particulares ou subvencionadas por planos de saúde e nas usuárias do SUS: dentre as primeiras, 90% realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal, enquanto para as usuárias do SUS esta proporção foi de 74% (BRASIL, 2008).

Um estudo descritivo, populacional, realizado por Serruya e colaboradores (2004b), com informações referentes aos anos de 2001 e 2002 com o objetivo de avaliar a implementação do PHPN no Brasil, mostrou que apenas uma pequena parcela das gestantes cadastradas cumpriu integralmente os critérios estabelecidos em seus objetivos, sendo que a maioria apresentou assistência desarticulada e parcial e apenas 25% conseguiram o número de seis consultas ou mais, chamando atenção para as dificuldades em realizar os exames laboratoriais e a consulta puerperal (SERRUYA et al., 2004b).

Outros estudos, o primeiro realizado em Caxias do Sul (RS) no ano de 2002 e o segundo em Juiz de Fora (MG), no ano de 2003, destacam que a assistência ao pré-natal de baixo risco nestes municípios, apesar de apresentarem uma boa cobertura, observou-se um baixo cumprimento das normas do programa oficial, principalmente no que se relacionava à captação precoce para a primeira consulta e o não cumprimento do número estipulado de consultas e dos exames complementares recomendados. Os autores destes estudos enfatizaram também, a necessidade de rever qualitativamente a assistência oferecida, e promover avaliações periódicas, como instrumentos imprescindíveis para seu aperfeiçoamento (TREVISAN et al., 2002; COUTINHO et al., 2003).

Analisando o período de 2002 e 2004 verificou-se que ocorreu uma queda do número de gestantes brasileiras sem consulta de pré-natal de 22,5% quando analisado o país como um todo (BRASIL, 2006a).

Analisando por região encontrou-se que a região Nordeste apresentou a maior queda (33,7%), enquanto que a região Norte apresentou a menor queda no número de gestantes sem consulta pré-natal (7,0%) (BRASIL, 2006a).

De acordo com os dados da PNDS - 2006, o maior percentual de gestantes sem consulta de pré-natal foi encontrado na região Norte (3,9%), e o menor percentual no Sudeste (0,2%) (BRASIL, 2008).

Apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência ainda é precária, segundo a PNDS 2006, a cobertura da imunização antitetânica no Brasil, continua muito baixa (31%). A maior proporção de gestações adequadamente imunizadas (com três doses da vacina) foi encontrada nas gestações do primeiro filho nascido vivo (43%). Porém, esta proporção é insuficiente para erradicar o tétano neonatal do país, que ainda ocorre, mesmo que com pouca frequência (BRASIL, 2008).

Durante o parto e o puerpério a atenção dispensada no pré-natal deve continuar. Dados revelam que, no parto vaginal, o número de óbitos é de 24 para 100.000 nascidos vivos, enquanto que, no parto cesárea, é de três vezes mais. As principais causas de morte no parto compreendem a dequitação e as hemorragias (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

A taxa de cesárea recomendada pela OMS é em torno de 15%. Contudo, no Brasil em 2005, a taxa de cesárea chegou a 43%, ou seja, quase três vezes maior que a recomendada (BRASIL, 2006a).

Um grande e rigoroso estudo de base populacional, que teve início há mais de 25 anos, no município de Pelotas-RS, identificou uma forte associação entre o aumento de

nascimentos de bebês prematuros e o crescimento do número de partos cesárea desnecessários. Segundo o mesmo estudo, em 1982, a taxa de cesarianas era de 28% e a de crianças nascidas prematuras era de 6,3%. Já em 2004, a taxa de cesarianas subiu para 45% e a de prematuridade alcançou 14,7% (BARROS, 2008).

No Brasil, apesar da saúde materna-infantil estar sendo reconhecida como prioridade há algumas décadas, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático fazendo com que ainda ocorra um grande número de mortes de mulheres e crianças devido a complicações da gravidez e do parto. Por outro lado, sabe-se que os níveis de mortalidade materna e perinatal são diretamente influenciados pelas condições sócio-econômicas e pela qualidade da atenção obstétrica (SERRUYA et al., 2004; ARAÚJO; CARVALHO, 2007).

Não é apenas na esfera da saúde pública e dos programas populacionais que se podem recomendar intervenções com o objetivo de reduzir complicações associadas com a gravidez, parto e puerpério para evitar o óbito materno, mas também o adequado atendimento profissional à mulher durante a gestação e, principalmente, durante o parto, desempenha um papel fundamental na determinação de bons resultados de saúde neste momento, sendo que a melhoria da atenção profissional e institucional do parto é capaz de, por si só, reduzir significativamente a ocorrência de morbidade materna grave e de mortes maternas. A redução da morbimortalidade materna é possível com a utilização de intervenções benéficas para o parto que são recomendadas através de evidências científicas (CECATTI; CALDERÓN, 2005).

Entre as principais intervenções que devem ser revistas segundo as evidências científicas destacam-se a atenção institucional ao parto (parto atendido dentro de instalações de saúde), o atendimento por profissional capacitado, utilização de parteiras

tradicionais em determinados contextos (após treinamento), utilização do partograma, local do parto (pode ocorrer em casas de parto ou quarto PPP – de pré-parto, parto e puerpério), posição para o parto (incentivo às posições não supinas, de escolha da mulher), uso de episiotomia (uso restrito, não rotineiro), tipo de parto (normal evitando cesáreas desnecessárias), uso de ocitócicos na fase ativa do parto (não rotineiro), realização de esforços de puxo no período expulsivo (não utilizar em partos eutócicos), manejo da dequitação e profilaxia da hemorragia puerperal (utilizar manejo ativo) (CECATTI; CALDERÓN, 2005).

Porém, o que se observa é que a grande maioria dos profissionais de saúde é formada para desempenhar rotinas diárias e procedimentos técnicos como em uma linha de produção e visualizam a gestação e o parto de uma maneira biológica e até patológica, não avaliando cada caso de forma crítica e única (TEIXEIRA; CHANES, 2003).

Este modelo de organização da assistência ao parto é chamado de médico ou tecnológico, onde o parto é realizado em ambiente hospitalar, por um profissional médico que assiste a todos os tipos de parto (baixo ou alto risco), com utilização intensiva de novas tecnologias e altas taxas de cesariana além de outras intervenções (BRASIL, 2008a).

Existem mais duas formas ou modelos de assistência ao parto: modelo natural e modelo humanizado. No modelo natural o parto é visto como evento fisiológico sendo acompanhado no domicílio ou centros de parto por profissionais não médicos com o uso mínimo de intervenções, porém a equipe está alerta para atender qualquer complicação. Já no modelo humanizado os partos ocorrem geralmente em ambiente hospitalar, porém com a participação de profissionais não médicos na assistência aos partos de baixo risco (hierarquização do cuidado), com estímulo à participação ativa da mulher e seus

familiares, e com uso de intervenções médicas e de partos cesáreas apenas quando indicados (BRASIL, 2008a).

No Brasil, o modelo de assistência ao parto predominante é o médico ou tecnológico fato que pode ser constatado ao se avaliar as altas taxas de partos cesárea, que atualmente estão em torno de 40%, sendo que em algumas regiões ultrapassa os 80%. Os estados de São Paulo e Rio de Janeiro ocupam, respectivamente, o primeiro e segundo lugar, com taxas de cesariana em torno de 50% (BRASIL, 2008a).

Um parto cesárea pode causar complicações maternas como febre, perda maior de volume de sangue, até eventos maiores como lacerações acidentais de vísceras, infecções puerperais e acidentes anestésicos. Para os recém-nascidos as complicações decorrentes de cesarianas são uma maior frequência de prematuridade e síndrome de angústia respiratória. Além dos riscos à saúde de mulheres e recém-nascidos, as cesarianas desnecessárias geram gastos financeiros expressivos (BRASIL, 2008a).

Uma das justificativas utilizadas por obstetras para as altas taxas de cesarianas é que as mulheres em sua maioria optam por esse tipo de parto. Contudo, pesquisa realizada por Barbosa e colaboradores (2003) em duas maternidades do Município do Rio de Janeiro, entre setembro de 1998 e março de 1999, desmistificou a existência de uma “cultura de cesárea”, ou preferência por este tipo de parto entre as parturientes, pois ao serem indagadas se queriam que seu parto fosse cesárea, a maioria absoluta (75,5%) respondeu “não”, as razões principais foram: “recuperação mais difícil e lenta no parto cesárea” (39,2%) e “dor e sofrimento maior depois da cesárea” (26,8%).

Estudo realizado em duas unidades hospitalares do sistema de saúde suplementar do Rio de Janeiro evidenciou que apesar do desejo das mulheres pelo parto normal, ao longo da gestação e do pré-natal, onde é estabelecida uma relação entre a grávida e o profissional de saúde, as mulheres são convencidas da maior segurança da cesariana. Observou-se que, embora 70% das entrevistadas não relatassem preferência inicial pela

cesariana, 90% apresentaram esse tipo de parto. Verificou-se que, independente do desejo inicial da gestante, a interação com o serviço de saúde resultou na cesariana como via final de parto (DIAS et al., 2008).

Neste contexto, a OMS (1996) publicou um importante documento relativo aos cuidados de assistência prestado à mulher durante o trabalho de parto e parto. Nesse documento, um guia prático de assistência ao parto normal, foram avaliadas as mais variadas práticas obstétricas adotadas em todo mundo na assistência ao trabalho de parto e parto de baixo risco através de uma ampla revisão bibliográfica, onde foram identificadas as práticas mais comumente utilizadas durante o trabalho de parto e parto, e estabeleceu-se, com base em evidências científicas, as práticas consideradas boas, aquelas que não devem ser realizadas e aquelas que devem ser usadas com cautela para a condução do trabalho de parto sem complicações (BRASIL, 2008a).

Após a realização desse estudo, as práticas obstétricas foram classificadas em quatro categorias:

- A** - práticas que são reconhecidamente positivas e devem ser encorajadas;
- B** - práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes e devem ser abandonadas;
- C** - práticas para as quais ainda não existe conhecimento científico suficiente para que o seu uso possa ser recomendado com segurança e que devem ser usadas com cautela;
- D** - práticas que são utilizadas frequentemente de maneira inapropriada.

Contudo, apesar dessas recomendações e da ênfase crescente no uso da medicina baseada em evidências, muitas práticas consideradas desnecessárias continuaram sendo utilizadas, sem uma avaliação adequada de suas implicações para as mulheres e recém-natos.

Conforme estudo realizado em duas maternidades, sendo uma pública e a outra conveniada com o SUS, entre outubro de 1998 e março de 1999 no Rio de Janeiro, observou-se uma elevada ocorrência de práticas danosas durante o trabalho de parto e

que devem ser eliminadas, como uso de enema (realizado em 38,4%), tricotomia, hidratação venosa de rotina (realizadas em 88,8% dos partos), uso rotineiro de ocitocina (realizado em 64,4%), restrição ao leito durante o trabalho de parto (90,1%) e posição de litotomia (98,7%) para parto vaginal e em contra partida uma baixa frequência de algumas práticas que devem ser encorajadas, como presença de acompanhante (1% na maternidade conveniada, em ambos os tipos de parto), deambulação durante o trabalho de parto (9,6% das cesáreas na maternidade pública e 9,9% dos partos vaginais na conveniada) e aleitamento na sala de parto (6,9% das cesáreas na maternidade pública e 8,0% das cesáreas na conveniada). Foi verificado, portanto, que em muitos aspectos, as normas da boa prática obstétrica, não estavam sendo seguidas (D'ORSI et al., 2005).

Os profissionais de saúde devem compreender que a gestação, parto e puerpério constituem experiência humana das mais significativas e são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres, cabendo a tais profissionais participarem de tal processo com uma atuação coadjuvante e ao mesmo tempo de forma humanizada (BRASIL, 2001).

Como podemos observar as taxas de morbimortalidade materna e perinatal ainda permanecem como um desafio e sua redução dependem da qualidade da assistência pré-natal e ao parto que é prestada, pois ambas têm relação estreita com os níveis de saúde de mães, conceptos e recém-natos, promovendo uma maternidade sem risco (MOURA et al., 2003).

***Justificativa***

---

### **3 - JUSTIFICATIVA**

Apesar de muitas estratégias estarem sendo adotadas para reduzir a mortalidade materna e perinatal, suas taxas continuam elevadas e sua redução tem sido de forma lenta, se caracterizando como um problema de saúde pública. Uma atenção pré-natal e ao parto, com quantidade e qualidade, diminui as taxas de morbi-mortalidade materno-infantil, desde que as mulheres tenham acesso aos serviços, os quais devem ter qualidade suficiente para o controle dos riscos identificados.

Portanto, esse estudo busca avaliar a atenção à gestação e ao parto, recebida no município de Rio Branco, e seus resultados poderão subsidiar as políticas e diretrizes estratégicas traçadas no município, em busca da melhoria da qualidade da assistência. A realização desta pesquisa se justifica também pela escassez de estudo, de base populacional, que investigue esta temática no município de Rio Branco.

## ***Objetivos***

---

## **4 - OBJETIVOS**

### **4.1 - Objetivo Geral**

- ⇒ Determinar o perfil epidemiológico da atenção à gestação e ao parto e seus determinantes no município de Rio Branco-Acre.

### **4.2 - Objetivos Específicos**

- ⇒ Descrever o perfil de características sócio-demográficas (escolaridade, distribuição etária, estado civil, cor da pele e zona de moradia) no município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Avaliar a qualidade da assistência e a cobertura pré-natal recebida pela população no município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Determinar o padrão de morbidade referida na gestação e pós-parto pela população no município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Identificar os fatores comportamentais de risco selecionados (ingestão de álcool e tabagismo) durante a gravidez no município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Estimar a prevalência de parto normal e cesárea na população do município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Determinar o perfil de características reprodutivas na população no município de Rio Branco-Acre
- ⇒ Caracterizar o perfil de atenção ao parto no município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Determinar a associação entre variáveis sócio-econômicas e assistenciais no tipo de parto realizado no município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Determinar a associação entre variáveis sócio-econômicas e assistenciais com a ocorrência de problemas no puerpério no município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Determinar a associação entre variáveis sócio-demográficas e distúrbios no puerpério ocorridos na população do município de Rio Branco-Acre;

## ***Metodologia***

---

## **5- METODOLOGIA**

Esta dissertação foi estruturada sob a forma de dois artigos, cobrindo os objetivos específicos.

**1º ARTIGO** - Atenção Pré-Natal no Município de Rio Branco-Acre: Inquérito de Base Populacional, 2007-08.

- ⇒ Descrever o perfil de características sócio-demográficas (escolaridade, distribuição etária, estado civil, cor da pele e zona de moradia) no município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Avaliar a qualidade da assistência e a cobertura pré-natal recebida pela população no município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Determinar o padrão de morbidade referida na gestação pela população no município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Identificar os fatores comportamentais de risco selecionados (ingestão de álcool e tabagismo) durante a gravidez no município de Rio Branco-Acre;

**2º ARTIGO** - Atenção ao Parto e Puerpério no Município de Rio Branco-Acre: Inquérito de Base Populacional, 2007-08

- ⇒ Descrever o perfil de características sócio-demográficas (escolaridade, distribuição etária, estado civil, cor da pele e zona de moradia) no município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Determinar o padrão de morbidade referida no pós-parto pela população no município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Estimar a prevalência de parto normal e cesárea na população do município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Determinar o perfil de características reprodutivas na população no município de Rio Branco-Acre

- ⇒ Caracterizar o perfil de atenção ao parto no município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Determinar a associação entre variáveis socioeconômicas e assistenciais no tipo de parto realizado no município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Determinar a associação entre variáveis socioeconômicas e assistenciais com a ocorrência de problemas no puerpério no município de Rio Branco-Acre;
- ⇒ Determinar a associação entre variáveis sócio-demográficas e distúrbios no puerpério ocorridos na população do município de Rio Branco-Acre;

A metodologia utilizada está integralmente apresentada no corpo desses dois artigos e para maiores detalhes no Anexo B.

O projeto “Inquérito de Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre”, que é a base das informações desta dissertação de mestrado, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, sob o protocolo 2307.001150/2007-22, sendo aprovado em 14 de outubro de 2008.

***Artigo 1***

---

**6- ARTIGO 1****ATENÇÃO PRE-NATAL NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO-ACRE:  
INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL, 2007-08**

Autores:

Suelen de Oliveira Cavalcante \*

Leila Maria Geromel Dotto\*

Sérgio Koifman\*\*

Margarida de Aquino Cunha\*

Pascoal Torres Muniz\*

\* Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UFAC

\*\* Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente - ENSP/FIOCRUZ

## **Resumo**

**Introdução:** Anualmente, ocorrem em todo o mundo cerca de 120 milhões de gravidezes, sendo que mais de meio milhão de mulheres morrem vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, sobretudo em países em desenvolvimento. Sabe-se que mais de 90% destas mortes poderiam ser evitadas, com medidas preventivas básicas, como a identificação precoce de complicações, a realização de uma assistência pré-natal de qualidade, entre outras. **Objetivo:** Determinar a cobertura e a qualidade da assistência prestada às gestantes no município de Rio Branco-Acre. **Metodologia:** Estudo transversal de base populacional (inquérito de morbidade) realizado durante 2007-2008 através de amostragem populacional por conglomerados em duas etapas (sorteio de setores censitários e entrevista dos residentes nos domicílios sorteados atendendo os critérios de inclusão estabelecidos), sendo entrevistadas 648 mães de crianças de zero a cinco anos. **Resultados:** Cerca de 97,6% das mães relataram ter realizado pré-natal. As prevalências mais elevadas de relatos da realização de 6 ou mais consultas pré-natal foram observadas em mães na faixa etária  $\geq$  35 anos (68,8%), com 10-14 anos de escolaridade (78,00%), solteiras (65,87%), de cor branca (72,50%), mães de 1 a 2 filhos (67,50%), e residentes na zona urbana do município (72,79%). Em relação à precocidade na realização das consultas (primeiro trimestre da gestação), foi verificada uma maior prevalência nas mulheres com maior escolaridade, de maior faixa etária, maior paridade e que realizaram seis ou mais consultas. As principais complicações vivenciadas na gestação foram anemia (44,4%), hipertensão (18,2%) e hemorragia (9,1%). Quanto à qualidade do pré-natal observou-se que em 99% das gestações, foi relatada a aferição da pressão arterial e verificado o peso das gestantes em todas as consultas. **Conclusão:** O município de Rio Branco possui uma boa cobertura populacional de consultas pré-natal, e constatou-se que as mulheres da zona urbana, solteiras, com maior escolaridade, de cor branca, com menor paridade e de maior faixa etária realizaram um maior número de consultas.

Palavras Chaves: cuidado pré-natal, gestantes, complicações na gravidez.

## INTRODUÇÃO

Estima-se que 536.000 mortes maternas ocorrem todos os anos no mundo, sendo que 99% dos óbitos nos países em desenvolvimento. A África subsaariana é responsável por um pouco mais da metade destas mortes (270.000), seguida do sul da Ásia com 188.000 óbitos, que juntas representam 86% do conjunto de mortes maternas<sup>1</sup>.

O indicador de mortes materna mais utilizado é a Razão de Mortalidade Materna (RMM), obtido através da razão entre o número de mortes maternas e o número de nascidos vivos em determinado período, multiplicado por 100.000<sup>2</sup>.

A magnitude da RMM nos países em desenvolvimento chega a 450, enquanto que nos países desenvolvidos não ultrapassa a nove. Nas regiões de países em desenvolvimento, a África subsaariana tem o índice mais elevado (900 óbitos/ 100 mil nascidos vivos), seguido pelo Sul da Ásia (490), Oceania (430), Sudeste da Ásia (300), Oeste Ásia (160), Norte da África (160), América Latina e Caribe (130) e Ásia (50)<sup>1</sup>.

Nas capitais brasileiras, para o ano de 2002, a RMM foi de 53,6 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, sendo que a região Nordeste teve o maior índice (60,8), seguido da região Centro-Oeste com 60,3, região Sul com 56,6, região Norte com 53,2 e a região Sudeste, onde foi encontrado o menor índice: 45,9<sup>3</sup>.

No Brasil em 2005, 1619 mulheres morreram por causas ligadas ao ciclo gravídico puerperal, sendo em sua grande maioria constituída por mortes evitáveis. Neste mesmo ano a RMM no país, corrigida, foi de 74,7 por 100.000 nascidos vivos, sendo a principal causa direta de morte materna constituída pelos transtornos maternos hipertensivos<sup>4</sup>.

Em relação ao Estado do Acre, a RMM em 2008 foi de 39,4. Analisando a distribuição geográfica deste indicador nos municípios do Estado, observa-se grande diferença entre a RMM da capital, Rio Branco, que em 2008 foi de 23,6, comparada a

de outros municípios, a exemplo de Brasília e de Feijó cujas RMM foram, respectivamente, de 298,5 e 200,8 no mesmo ano<sup>5</sup>.

O acompanhamento pré-natal tem impacto na redução da mortalidade materna e perinatal. A assistência pré-natal com suas ações, orientações prestadas e medidas de prevenção adotadas, assegura a evolução normal da gravidez, buscando minimizar os riscos ou identificando-os o mais precoce possível. Uma gestação que recebe acompanhamento de qualidade, com eficiência e eficácia de suas ações, visa reduzir morbidades que podem acompanhar as mulheres mesmo após a gestação, como também evitar mortes maternas, baixo peso ao nascer, retardo de crescimento intra-uterino e muitos outros transtornos que podem acometer a mulher e a criança neste processo do nascimento<sup>6,7</sup>.

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, o percentual de gestantes com a realização de um mínimo de seis consultas de pré-natal, conforme preconiza o Ministério da Saúde, ocorreu em 77% das gestações. O maior percentual encontrado foi observado na região Sudeste (84,7%) e o menor na Região Norte (61%), na qual observou-se igualmente o maior percentual de gestantes sem consulta de pré-natal (3,9%)<sup>8</sup>.

De acordo com dados do Sistema Nacional de Nascidos vivos (SINASC), a proporção de nascidos vivos de mães residentes no Estado do Acre com quatro a seis consultas de pré-natal foi de 40,3% em 2008, sendo que no município de Rio Branco essa proporção para o mesmo ano, foi de 42,7%. Para as mães com nenhuma consulta pré-natal, esta foi de 7,1% no Estado e de 3,5% no município de Rio Branco<sup>9,10</sup>.

No período 2007-2008, foi realizado um inquérito de morbidade de base populacional no município de Rio Branco, AC, tendo o presente trabalho sido realizado com o objetivo de determinar as características da atenção pré-natal prestada naquela população.

## **METODOLOGIA**

Os dados analisados neste trabalho fazem parte do “Inquérito de Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre”, um estudo transversal, de base populacional, realizado no município de Rio Branco-Acre. A coleta de dados foi realizada no período de 2007 a 2008, com 648 mulheres, mães de crianças de zero a cinco anos.

O modelo de amostragem adotado foi o de uma amostra por conglomerados com dois estágios de seleção. Os setores censitários utilizados foram os 250 setores elaborados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o censo do ano 2000, utilizados na PNAD 2006, os quais incluem áreas de zona urbana e rural do município de Rio Branco, sendo selecionados aleatoriamente 35 setores censitários.

Em cada setor censitário foram sorteados 25 domicílios, totalizando 875 domicílios a serem pesquisados, sendo elegíveis para participação na pesquisa todas as mães de crianças de zero a cinco anos de idade que habitassem no domicílio sorteado e que aceitassem participar do estudo, por meio de adesão ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Porém, foi observado que apenas 40% dos domicílios tinham crianças menores de 60 meses, levando à necessidade de sorteio de mais duas amostras de igual tamanho.

### **Aspectos Éticos**

Foram observados os princípios éticos de pesquisa, de acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa só foi iniciada com a aprovação do projeto, sob o processo nº 23107.00115=2007-22 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre.

### **População de Estudo**

Foram sorteados um total de 2.622 domicílios, dos quais 97,5% (2114 domicílios) aceitaram participar da investigação. Em apenas 26,1% dos domicílios

foram encontrado crianças menores de cinco anos, sendo elegíveis 723 domicílios e destes, 97% das respectivas mães concordaram em participar da pesquisa.

Como o objetivo do trabalho era o de investigar a atenção à gestação e ao parto, foram elegíveis os questionários respondidos pelas mães das crianças, totalizando uma amostra com 648 participantes.

### **Instrumento e Coleta de dados**

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário estruturado e pré-codificado, através do qual as mães de crianças menores de cinco anos nos domicílios participantes foram entrevistadas.

O inquérito incluiu a coleta de informações sobre diversas variáveis, entre as quais: assistência à gestação (realização de consultas de pré-natal, mês de início e número total de consultas realizadas), procedimentos técnicos realizados durante as consultas ( aferição da pressão arterial e verificação do peso), recebimento de orientação sobre amamentação e planejamento familiar, e informações sobre variáveis sócio-demográficas (idade e escolaridade da mãe), e variáveis comportamentais (fumo ou bebida durante a gestação).

### **Análise de Dados**

A cobertura e a qualidade do pré-natal foram determinadas pelo número de consultas realizadas adotando o critério proposto pela a OMS (igual ou superior a seis consultas) e o início do acompanhamento pré-natal que de acordo com o critério da OMS é até 120 dias da gravidez.

As seguintes variáveis foram analisadas como variáveis preditoras: idade materna; escolaridade (anos de estudo com aprovação); cor da pele auto-referida (branca, negra, ou parda), paridade, estado civil, número de consultas pré-natal; trimestre de início do acompanhamento pré-natal, e zona de moradia (urbana ou rural).

O banco de dados foi construído utilizando o pacote estatístico Epi Info 6.0 para a entrada dos dados e o pacote estatístico STATA para a realização das análises estatísticas. Foi realizada análise descritiva dos dados para a caracterização da ocorrência dos eventos estudados, seguida pela estimação das razões de prevalência de interesse através do emprego da regressão de Poisson. Inicialmente, realizou-se o modelo de regressão de Poisson univariada para selecionar as variáveis que deveriam compor o modelo múltiplo e, por conseguinte, as variáveis associadas ao evento de interesse foram incluídas no modelo múltiplo. Na análise dos dados foi utilizada a ferramenta Svy ou módulo Survey do programa STATA para correção dos resultados obtidos considerando-se o processo amostral realizado por conglomerados.

## **RESULTADOS**

Em relação às características sócio-demográficas, a média de idade das mães entrevistadas foi de 26,7 anos (desvio padrão DP=6,77), com predomínio das faixas etárias de 25-34 anos (45,8%) e de 14-24 anos (42,6%). Cerca de 73% viviam com um companheiro e 65,8% eram donas de casa. Em relação à escolaridade, 42,7% das mulheres tinham entre 5-9 anos de estudo, 32,8% entre 10-15 anos, e 24,6% com menos de cinco anos. Quanto à cor da pele, 67,5% se definiram como pardas, 18,0 % como negras e 14,5% como brancas.

Do total de 648 mulheres estudadas, 97,6% relataram ter realizado pré-natal. Ao estratificar por números de consultas realizadas durante a(s) gestação(ões) do(s) filho(s) menores de cinco anos, 60,7% relataram ter realizado seis ou mais consultas, 30,5% de 4-5 consultas, e 8,8% realizaram 1-3 consultas.

**Tabela 1** – Prevalência de relatos de realização de consultas pré-natal segundo características sócio-demográficas, mães de crianças menores de cinco anos, município de Rio Branco, Acre. 2007-2008

Variáveis	Números de Consultas de Pré-natal			Razão de Prevalência	
	1-3 consultas (%)	4-5 consultas (%)	6 ou mais consultas (%)	RP bruta (< 6 consultas)	RP Ajustada* (< 6 consultas)
<b>Idade materna (anos)</b>					
<b>14-24</b>	13,1	26,1	60,8	0,94 (0,51-1,74)	1,13 (0,62-2,06)
<b>25-34</b>	6,7	34,8	58,5	1,00	1,00
<b>≥ 35</b>	1,9	29,4	68,8	0,75(0,45-1,24)	0,80 (0,52-1,25)
<b>Escolaridade materna (anos)</b>					
<b>0-4</b>	18,9	40,2	40,9	2,69 (1,91-3,79)	2,03 (1,43 – 2,88)
<b>5-9</b>	7,8	33,5	58,7	1,88 (1,41-2-52)	1,49 (1,16-1,93)
<b>10-15</b>	2,0	20,0	78,0	1,00	1,00
<b>Cor da pele materna</b>					
<b>Branca</b>	3,7	23,7	72,5	1,00	1,00
<b>Negra</b>	23,0	44,6	32,4	2,45 (1,30-4,65)	1,42 (0,66-3,10)
<b>Parda(amarela,indígena)</b>	6,2	28,0	65,8	1,24 (0,68-2,26)	0,93 (0,59-1,46)
<b>Estado civil materno</b>					
<b>União conjugal</b>	8,3	32,5	59,2	1,00	1,00
<b>Solteira</b>	11,0	23,2	65,9	0,83 (0,61-1,14)	0,99 (0,69-1,42)
<b>Número de filhos</b>					
<b>1-2</b>	9,8	22,7	67,5	1,00	1,00
<b>3-4</b>	10,1	33,9	56,1	1,35 (1,09-1,67)	1,49 (1,16 – 1,94)
<b>≥5</b>	4,0	49,3	46,7	1,63 (1,18-2,27)	1,49 (0,92 – 2,42)
<b>Local de moradia</b>					
<b>Zona urbana</b>	7,8	19,4	72,8	1,00	1,00
<b>Zona rural</b>	10,4	44,7	45,1	2,01 (1,66-2,45)	1,52 (1,20 – 2,05)

\*RP: razão de prevalência ajustada pelas demais variáveis apresentadas.

No grupo com seis ou mais consultas de pré-natal, as maiores prevalências de sua realização foram observadas nas mães com 35 ou mais anos de idade, de cor branca,

solteiras, com um a dois filhos, escolaridade elevada e que moravam na zona urbana de Rio Branco (Tabela 1).

Comparativamente com as mães com escolaridade de 10-15 anos, aquelas com menos de cinco anos de escolaridade apresentaram um risco 2,69 vezes maior para a realização de menor número de consultas pré-natal, sendo este da ordem de 1,88 pra as mães com 5-9 anos de estudo (Tabela 1).

As entrevistadas que se definiram como de cor negra, apresentaram uma razão de prevalências 2,5 vezes maior para a realização de um menor número de consultas pré-natal, quando comparadas com as mulheres que se definiram de cor branca (Tabela 1).

As mães de crianças menores de cinco anos de idade, que residiam na zona rural e que possuíam cinco ou mais filhos apresentaram um risco de, respectivamente, 2,01 e 1,63, maior para a realização de menor número de consultas pré-natal comparativamente com aquelas residentes na zona urbana e que possuíam um ou dois filhos (Tabela 1).

Em relação à associação entre características sócio-econômicas e a realização de consultas pré-natal, foi encontrada associação preditiva para a realização de menos de seis consultas pré-natal através das razões de prevalência ajustadas das variáveis escolaridade, cor materna, número de filhos e local de moradia (Tabela1).

Analisando o início do acompanhamento pré-natal foram verificadas maiores prevalências de realização de consultas mais precocemente entre as mulheres com mais anos de estudo, com menor número de filhos, com 35 anos ou mais e que realizaram um maior número de consultas, sendo que esta última variável apresentou um p valor significativo (Tabela 2).

Quanto à atenção pré-natal recebida, aproximadamente 97% tiveram cartão pré-natal, 86% receberam orientação sobre aleitamento materno, 77% receberam orientação

sobre contracepção pós-parto, 99% tiveram a pressão arterial aferida e o peso verificado em todas as consultas.

**Tabela 2** – Distribuição do período gestacional que as mães de crianças menores de cinco anos realizaram a primeira consulta, segundo escolaridade, idade materna, paridade e número de consultas pré-natal realizadas, no município de Rio Branco, Acre. 2007-2008.

Variáveis	Período gestacional que realizou a primeira consulta						p-valor
	Primeiro Trimestre		Segundo Trimestre		Terceiro Trimestre		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
<b>Escolaridade materna</b>							
De 0 a 4 anos		37,4		55,2		7,4	P=0,008
De 5 a 9 anos		63,5		31,2		5,2	
De 10 a 15 anos		75,5		20,8		3,7	
<b>Grupo de idade materna</b>							
14-24 anos		64,4		29,0		6,6	P=0,125
25-34 anos		55,5		42,9		1,6	
≥35 anos		70,7		14,3		15,0	
<b>Número de filhos</b>							
1 -2 filhos		68,4		27,1		4,5	P=0,094
3 -4 filhos		59,0		38,0		3,0	
≥5 filhos		41,8		47,3		10,9	
<b>Número de consultas</b>							
1-3 consultas		12,4		70,0		17,6	p<0,001
4-5 consultas		46,1		53,1		0,7	
≥6 consultas		75,7		18,7		5,6	
<b>Total</b>		<b>437 (100,0)</b>		<b>166 (100,0)</b>		<b>45 (100,0)</b>	<b>648</b>

Em relação aos comportamentos de risco, ingestão de álcool e fumo durante a gravidez, encontramos que aproximadamente 8% referiu ingestão de álcool durante a gravidez e 9% fumou durante a gestação.

Quanto às complicações vivenciadas na gravidez, 65,49% das mulheres relataram ter tido inchaço nas pernas, 44,44% anemia, 18,20% hipertensão e 9,12% hemorragia.

**Tabela 3** – Distribuição das frequências de mães de crianças menores de cinco anos que apresentaram hipertensão durante a gestação, segundo variáveis selecionadas, município de Rio Branco, Acre. 2007-2008.

Variáveis	Categorias	N	%
<b>Nº de consultas</b>			
	1-3	06	3,0
	4-5	25	21,5
	≥6	99	75,5
<b>Início do Pré-natal</b>			
	Primeiro trimestre	86	53,8
	Segundo trimestre	32	34,5
	Terceiro trimestre	12	11,6
<b>Escolaridade materna</b>			
	0-4 anos	23	29,1
	5-9 anos	52	37,8
	10-15 anos	55	33,1
<b>Idade materna</b>			
	14-24 anos	45	31,9
	25-34 anos	62	53,1
	≥35 anos	23	15,0
<b>Número de filhos</b>			
	1-2 filhos	66	51,2
	3-4 filhos	46	21,6
	≥5 filhos	18	27,2
<b>Tipo de parto</b>			
	Normal	55	43,6
	Cesárea	75	56,4
<b>Profissional que realizou o parto</b>			
	Médico	102	75,7
	Enfermeira	19	6,9
	Parteira	09	17,4
<b>TOTAL</b>		<b>130</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 4** – Razão de prevalência de realização de menos de 6 consultas no pré-natal segundo características sócio-demográficas selecionadas, mães de crianças menores de cinco anos no município de Rio Branco, Acre 2007-2008.

<b>Modelo de Regressão Multivariada de Poisson</b>						
	<b>Modelo 1</b>		<b>Modelo 2</b>		<b>Modelo 3</b>	
	<b>RP</b>	<b>95% IC</b>	<b>RP</b>	<b>95%IC</b>	<b>RP</b>	<b>95% IC</b>
<b>Escolaridade</b>						
0-4 anos	2,41	1,65-3,59	1,97	1,37-2,83	1,68	1,11-2,53
5-9 anos	1,70	1,16-2,48	1,69	1,25-2,29	1,52	1,04-2,27
10-15 anos	1,00		1,00		1,00	
<b>Início pré-natal</b>						
3° trimestre			1,20	0,52-2,79	1,23	0,53-2,88
2° trimestre			2,33	1,78-3,05	2,21	1,67-2,92
1° trimestre			1,00		1,00	
<b>Cor materna</b>						
Negra	1,91	0,97-3,77				
Parda	1,05	0,66-1,68				
Branca	1,00					
<b>Zona residência</b>						
Rural					1,51	1,19-1,91
Urbana					1,00	

RP: razão de prevalência ajustada pelas demais variáveis apresentadas.

Das mulheres que referiram ter tido hipertensão durante a gravidez, destas aproximadamente 76% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, 54% iniciaram o acompanhamento pré natal no primeiro trimestre da gravidez, 38% tinham entre cinco e nove anos de estudo, 53% tinham entre 25 e 34 anos de idade, 51% referiram ter um ou dois filhos, todas relataram que sua pressão arterial foi medida em alguma das consultas de pré natal, 57% relataram ter tido parto cesárea e 76% que seus partos foram realizados por médicos (Tabela 3).

No modelo final de regressão de Poisson, as variáveis que melhor se ajustaram ao modelo mostrando haver uma associação preditiva para a realização de um menor número de consultas pré-natais, foram: a escolaridade, o início do acompanhamento do pré-natal e o local de moradia (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo explorar as características relativas à história da gestação das mulheres de Rio Branco como ponto de partida para a análise da assistência de saúde oferecida às gestantes neste município. Portanto o presente estudo tem como objetivo determinar o perfil epidemiológico e avaliar a cobertura e a qualidade da assistência prestada às gestantes no município de Rio Branco-Acre.

Os resultados obtidos através do inquérito populacional realizado em Rio Branco no período 2007-2008 revelam a existência de uma boa cobertura de pré-natal, tendo aproximadamente 98% das entrevistadas respondido haver realizado alguma consulta pré-natal durante sua gestação. Esta alta cobertura encontrada é semelhante àquelas relatadas na literatura nacional, como em estudo realizados em Caxias do Sul, RS (95,4%), em Pernambuco (96,1%), e em Juiz de Fora, MG (99%)<sup>11, 12, 13</sup>. O percentual de gestantes que não realizou nenhuma consulta pré-natal foi de aproximadamente 2%, similar aquele observado na Região Norte pela PNDS, 3,9%.

A realização de seis ou mais consultas de pré-natal ocorreu em 60,7% das gestações, sendo inferior a encontrada pela a PNDS, que foi de 77% das gestações ocorridas no Brasil, e em Caxias do Sul-RS, que foi de 90,3%, sendo semelhante com a encontrada na região Norte, 61%<sup>13</sup>.

A OMS preconiza que o número de consultas pré-natal não deva ser inferior a seis. Portanto, ainda existe uma importante parcela da população de gestantes em Rio Branco (39,3%) que não realizou o mínimo de consultas adequado para um bom acompanhamento da gestação.

Aproximadamente 61,0% das entrevistadas iniciaram o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre (33,0% durante o segundo trimestre), e apenas 5,3% o iniciaram no terceiro trimestre. A porcentagem das gestantes que iniciou o pré-natal no primeiro trimestre da gestação foi inferior à nacional (83%) e aquela observada na

região Norte (74%)<sup>8</sup>. Um estudo realizado por Gonçalves e colaboradores (2008)<sup>7</sup> no município da grande São Paulo evidenciou que 82% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, percentual superior ao encontrado em Rio Branco.

A realização de maior frequência de consultas ocorreu na zona urbana (72,8%) que na zona rural, tendo 45,1% das primeiras relatado a realização de 6 ou mais consultas. Tal resultado encontra-se em consonância com o achado pela PNDS no Brasil, sendo de 80% para zona urbana e de 66% para zona rural no país.

Neste estudo foi igualmente observado que o acesso ao pré-natal aumenta com a progressão da escolaridade da mulher, e tende a diminuir com o aumento do número de filhos<sup>8, 13</sup>.

A escolaridade materna interferiu significativamente na qualidade da assistência pré-natal: quanto maior a escolaridade, mais precoce foi à procura pelo acompanhamento pré-natal e maior o número de consultas. A paridade materna, de outra forma, associou-se inversamente com a realização do acompanhamento pré-natal, iniciando-se mais tardiamente. Por outro lado, a idade materna apresentou uma associação positiva com a precocidade e a frequência do pré-natal.

Vários autores correlacionam o risco da morte materna à escolaridade da mulher gestante. O baixo nível de escolaridade está associado desfavoravelmente à precocidade do início do pré-natal, assim como à adesão e à concentração ou número de consultas na atenção ao pré-natal<sup>6</sup>.

A paridade, hipertensão arterial durante a gravidez, anemia e os extremos na idade reprodutiva da mulher (abaixo de 18 e acima de 35 anos) também são considerados fatores de risco para a gestação. Muitas dessas situações associadas ao risco são passíveis de alguma intervenção por parte dos serviços de saúde<sup>6</sup>.

Grande parcela das mães entrevistadas (42,6 %) tinha entre 14 e 24 anos, sendo este percentual de mulheres jovens corroborado com pesquisas realizadas em outras

regiões do país, como no Maranhão (Silva et al., 1998) Carvalho e Araújo (2004)<sup>12</sup> em Recife, Trevisan et al. (2001)<sup>13</sup> em Caxias do Sul, e Coutinho et al. (2002)<sup>11</sup> em Minas Gerais.

Quanto à história reprodutiva, a maioria das entrevistadas eram múltíparas (79,6%). Tal achado é corroborado pelo encontrado na PNDS em 2006, onde a região Norte apresentou a maior taxa de fecundidade do país que foi 2,28 filhos por mulher, sendo ainda maior nas mulheres com nenhum ano de estudo (acima de quatro filhos por mulher) e nas que se declararam pardas ou negras (níveis maiores de 1,98).

Quando indagadas sobre a idade na primeira gravidez, esta variou de 7 a 37 anos, com prevalência acentuada de gravidez na adolescência (67,8% tinham entre sete e dezenove anos). Essa alta prevalência é corroborada por dados do SINASC de 2001 que registrou um total de 3.106.525 nascidos vivos, sendo 723.070 (23,3%) filhos de mães adolescentes (10-19 anos), e a região Norte apresentou a maior proporção (1,4%)<sup>14</sup>.

Quanto à cor da pele, foi observado que as mulheres que se designaram como sendo de cor branca realizaram um maior número de consultas e iniciaram mais precocemente o acompanhamento pré-natal, se comparadas com as pardas ou negras. Achado semelhante foi encontrado por Leal e seus colaboradores<sup>15</sup> no Rio de Janeiro em 2005, onde foi observadas desigualdades tanto no acesso ao pré-natal quanto no parto.

Vale destacar a prevalência de hipertensão na gravidez encontrada nesta pesquisa (18,20%), quando comparada com as prevalências encontrada em outros estudos realizados em São Paulo que foi de 13,9%, 10,3% no Rio de Janeiro e 10% nos Estados Unidos<sup>16</sup>.

Das 130 mulheres que apresentaram hipertensão, 99 (75,5%) realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, e 86 (53,8%) iniciaram o acompanhamento pré-natal no

primeiro trimestre da gravidez. Esta assistência é de suma importância na prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal e quanto mais precocemente diagnosticada a hipertensão arterial, maiores são as possibilidades de se conduzir uma gestação sem complicações para a mãe e seu concepto<sup>16</sup>.

O tema mais abordado nas consultas foi o aleitamento materno e em menor proporção os métodos contraceptivos. Todas as entrevistadas referiram que tiveram a pressão arterial e o peso verificados em alguma das consultas de pré-natal.

Neste estudo foi observado que o município de Rio Branco apresenta uma boa cobertura pré-natal. Ainda que em pequena proporção, entretanto, ainda existem mulheres sem acesso ao pré-natal ou sem realização do número mínimo de consultas preconizadas, sobretudo para aquelas mais jovens, com um menor grau de escolaridade, negras, com um maior número de filhos e da zona rural. Todos esses fatores, isolados ou em conjunto, se relacionam com uma menor adesão a assistência pré-natal e consequentemente a um aumento da morbimortalidade materno-fetal<sup>11</sup>.

Vale ressaltar que o número de consultas pré-natais não garante a qualidade do cuidado e que a lei dos cuidados inversos, assim como em outros estudos, foi evidenciada nesta pesquisa. Assim, verificou-se que as mães com melhores condições sócio-econômicas são também as que realizam um maior número de consultas durante a gestação.

A variável escolaridade materna foi a que mais se associou com o desfecho freqüência de consultas pré-natal. Tal achado é preocupante ao observarmos que entre 10% e 30% das mulheres de 15 a 49 anos completaram apenas até a quarta série do ensino fundamental, o que é considerado como analfabetismo funcional<sup>17</sup>.

Finalmente cabe destacar que a elevada prevalência de gravidez na adolescência revela que o programa de planejamento familiar deve ser enfatizado em Rio Branco.

## CONCLUSÃO

Neste estudo observou-se uma boa cobertura de pré-natal, aproximadamente 98%, porém a qualidade das consultas pode ser questionada devido a prevalência de hipertensão encontrada (18,2%) e em 39,3% das grávidas não realizaram o número mínimo de consultas preconizadas.

O nível educacional materno mostrou forte associação para o início precoce e a realização de um maior número de consultas pré-natal, ao passo que a paridade mostrou uma relação inversa.

Finalmente cabe destacar que a elevada prevalência de gravidez na adolescência revela que o programa de planejamento familiar deve ser enfatizado em Rio Branco.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement. Geneva: WHO; 2005.
2. Sousa, MH. et al. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. Rev. Saúde Pública 2007; 41 (2): 181-9. 01/10/2008
3. Brasil, Ministério da saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Informe da atenção básica. Brasília, ano 5, mai.- jun. 2004. 23/11/2008
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Painel de Indicadores do SUS N<sup>o</sup> 2. Temático Saúde da Mulher. Brasília: MS; 2007. 24p.
5. Rio Branco. Departamento de Ações Básicas de Saúde-DABS. Razão de mortalidade materna do estado do Acre no período de 2001 a 2008. Rio Branco, out 2008. (Mimeografado).
6. Costa, AM, Guilhen, D.; Walter, MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública 2005; 39 (5): 768-74.
7. Gonçalves, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. Rev. Bras. de Enfermagem. Brasília 2008 maio – jun; 61(3): 349 – 53.
8. Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006. Brasília, 2008.
9. Rio Branco. Departamento de Ações Básicas de Saúde-DABS. Proporção de

- nascidos vivos de mães residentes no estado do Acre com 4 a 6 consultas de pré-natal no período de 2001 a 2008. Rio Branco, out 2008. (Mimeografado).
10. Rio Branco. Departamento de Ações Básicas de Saúde-DABS. Proporção de nascidos vivos de mães residentes no estado do Acre com nenhuma consulta de pré-natal no período de 2001 a 2008. Rio Branco, out 2008. (Mimeografado).
  11. Coutinho, T. et al. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre os usuários do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG. *RBGO* 25 (10):717-724, 2003.
  12. Carvalho, VCP, Araújo, TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife – PE. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 7 (3): 309-317, jul/set, 2007.
  13. Trevisan, MR. et al. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 293-299, jun. 2002.
  14. Sinasc – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Ministério da Saúde, Brasil; 2004 (disponível em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)).
  15. Leal, MC, Gama, SGN, Cunha, CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39 (1): 100-7.
  16. Chaim, SRP, Oliveira, SMJV, Kimura, AF. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. *Acta Paul Enferm* 2008; 21 (1): 53-8.
  17. Ibge – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Síntese de Indicadores Sociais 2006; Rio de Janeiro, 2006.

***Artigo 2***

---

## **7 - ARTIGO 2**

### **ATENÇÃO AO PARTO E PUERPÉRIO NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE: INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL, 2007-08**

Autores:

Suelen de Oliveira Cavalcante\*

Leila Maria Geromel Dotto

Sérgio Koifman\*\*

Margarida de Aquino Cunha\*

Pascoal Torres Muniz\*

\* Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFAC

\*\* Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente - ENSP/FIOCRUZ

## **Resumo**

**Introdução:** Uma adequada assistência à mulher durante o parto e puerpério é de fundamental importância na determinação de bons resultados durante este processo e é capaz de reduzir a ocorrência da morbimortalidade materna. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivo descrever as características dos partos e nascimentos em Rio Branco em relação aos aspectos demográficos, sociais e de atenção à saúde da população estudada. **Metodologia:** Estudo transversal de base populacional (inquérito de morbidade) realizado durante 2007-2008 através de amostragem populacional por conglomerados em duas etapas (sorteio de setores censitários e entrevista dos residentes nos domicílios sorteados atendendo os critérios de inclusão estabelecidos), sendo entrevistadas 648 mães de crianças de zero a cinco anos. **Resultados:** Foi observada a universalização da assistência hospitalar e qualificada do parto no município de estudo. Por outro lado, evidenciou haver uma prevalência significativa de partos domiciliares e realizados por parteiras. A prevalência de cesarianas foi de 38,4% nas mães da zona urbana e de 28,5 % nas que moravam na zona rural, sendo maior nas mulheres assistidas em hospitais ou maternidades privadas, que se auto definiram como de cor branca e com maior nível educacional. Quanto às complicações vivenciadas no período puerperal, houve uma maior prevalência de transtornos mentais, seguido por febre, hemorragia e hipertensão. As mulheres que foram submetidas à partos cesáreas apresentaram uma maior prevalência de febre e hipertensão. **Conclusão:** Os achados do presente estudo indicam que o risco para realização de parto cesárea foi maior para as mulheres que utilizaram hospitais ou maternidades particulares, para aquelas com melhor nível educacional, que se auto-definiram como de cor branca, que moravam na zona urbana e com idade superior a 25 anos e que as mulheres submetidas a partos Cesárea também apresentaram um maior risco de complicações no puerpério.

Palavras Chaves: parto normal, cesárea, período pós-parto.

## INTRODUÇÃO

O parto é um acontecimento anunciado e esperado para a gestante e seus familiares, repleto de significados culturais, que mesmo tendo sofrido transformações ao longo das gerações, ainda é comemorado como um dos fatos marcantes da vida da mulher<sup>1, 2, 3</sup>.

Atualmente, tem aumentado a preocupação com os problemas que atingem as mulheres e crianças em nosso país, sobretudo no que diz respeito ao parto e nascimento. Contudo, a qualidade da atenção obstétrica continua sendo um ponto crítico da assistência à saúde da mulher<sup>4, 5</sup>.

No Brasil, no ano de 2006, a PNDS encontrou que 89% dos partos foram assistidos por médicos e 8,3% por enfermeiras obstétricas. Porém, ainda se observa um percentual de mulheres sem acesso à assistência qualificada, totalizando quase 8% das mães que tiveram nascidos vivos nos últimos cinco anos na região Norte, e mais de 13% daquelas sem escolaridade. Na região Norte e Nordeste os partos assistidos por parteiras leigas representam, respectivamente, 5,8% e 3,6% dos nascidos vivos<sup>6</sup>.

A PNDS revelou também as altas taxas de cesariana praticadas no país. No total, 44% dos partos foram cirúrgicos, sendo esta taxa maior nas regiões Sudeste (52%) e Sul (51%), dentre as mulheres com mais de 35 anos (61%) e entre as brancas (49%). Este estudo observou também que 83% das mulheres com 12 anos ou mais de estudo foram submetidas ao parto cesáreo, e no sistema de saúde privado ou suplementar foi encontrado que um total de 81% dos partos foram cirúrgicos<sup>6</sup>.

A cesariana, recurso idealizado para resolver situações de risco materno e fetal, ao final dos anos 60, quando indicada de forma correta e com o grau de segurança adquirido, poderia ser apontada como uma das mais importantes conquistas da obstetrícia moderna pela capacidade de garantir às mulheres e aos seus recém-nascidos

que suas chances de morrer durante o trabalho de parto e parto tinham sido drasticamente reduzidas<sup>7</sup>.

Contudo, desde a década de 70, a cesariana passou a ser utilizada de forma abusiva, voltando-se contra os objetivos para os quais foi idealizada, ocasionando, pelo seu uso indiscriminado, aumento nos riscos de morbi-mortalidade materna e perinatal<sup>8</sup>.

As cesáreas desnecessárias acarretam um maior risco de infecção puerperal, mortalidade e morbidade materna, aumento dos riscos de prematuridade e mortalidade neonatal e recuperação mais lenta da mãe<sup>5</sup>.

O adequado atendimento profissional à mulher durante a gestação e, principalmente durante o parto, desempenha um papel fundamental na determinação de bons resultados durante este processo, sendo capaz de reduzir a ocorrência de morbidade materna grave e as mortes maternas<sup>10</sup>.

A correta indicação de cesárea e o adequado acompanhamento do trabalho de parto podem contribuir para a redução da alta mortalidade neonatal precoce ainda existente no Brasil. Em países como a Holanda e o Japão, a grande maioria dos partos de baixo risco são realizados nos domicílios e em casas de parto, respectivamente, sendo a taxa de mortalidade neonatal da ordem de 1,3 por 1000 nascidos vivos, bem inferior a nacional, 10,7 por 1000 nascidos vivos<sup>11</sup>.

Este estudo foi realizado tendo como objetivo descrever as características da atenção ao parto no município de Rio Branco considerando-se os aspectos sócio-demográficos e de atenção à saúde da população estudada.

## **METODOLOGIA**

Os dados analisados neste trabalho fazem parte do “Inquérito de Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre”, um estudo transversal, de base populacional, realizado no município de Rio Branco-Acre. A coleta de dados foi realizada no período de 2007 a 2008, com 648 mulheres, mães de crianças de zero a cinco anos.

O modelo de amostragem adotado foi por conglomerados e com dois estágios de seleção. Os setores censitários utilizados foram os 250 setores elaborados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o censo do ano 2000, utilizados na PNAD 2006, os quais incluem áreas de zona urbana e rural do município de Rio Branco, sendo selecionados aleatoriamente 35 setores censitários, sendo 31 setores urbanos e 04 rurais.

Em cada setor censitário, utilizando como unidade primária de amostragem (UPA), foram sorteados 25 domicílios, totalizando 875 domicílios a serem pesquisados, sendo elegíveis para participação na pesquisa todas as mães de crianças de zero a cinco anos de idade que habitassem no domicílio sorteado e que aceitassem participar do estudo, por meio de adesão ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Porém, foi observado que apenas 40% dos domicílios tinham crianças menores de 60 meses, levando à necessidade de sorteio de mais duas amostras de igual tamanho.

### **Aspectos Éticos**

Foram observados os princípios éticos de pesquisa, de acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa só foi iniciada com a aprovação do projeto, sob o processo nº 23107.00115=2007-22 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre.

### **População de Estudo**

Foram sorteados um total de 2.622 domicílios, dos quais 97,5% (2114 domicílios) aceitaram participar da investigação. Contudo, em apenas 26,1% domicílios (552) foram encontradas crianças menores de cinco anos, sendo elegíveis 723 crianças menores de cinco anos e destas, 97% dos respectivos responsáveis pelos menores concordaram em participar da pesquisa.

Como o objetivo do trabalho era o de investigar a atenção à gestação e ao parto, foram elegíveis os questionários respondidos pelas mães das crianças, totalizando uma amostra com 648 participantes.

### **Instrumento e Coleta de dados**

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário estruturado e pré-codificado, através do qual as mães de crianças menores de cinco anos nos domicílios participantes foram entrevistadas.

O inquérito incluiu a coleta de informações sobre diversas variáveis, entre as quais, aquelas relacionadas à assistência ao parto (via do parto, tipo de profissional que o realizou, e natureza da instituição de sua ocorrência), complicações no período puerperal e variáveis sócio-demográficas relacionadas a mãe (idade e escolaridade da mãe).

### **Análise de Dados**

As condições associadas à realização do parto em Rio Branco foram analisadas inicialmente de forma descritiva, e buscando-se posteriormente determinar os principais fatores de risco associados à realização do parto cesárea. As seguintes variáveis foram analisadas como variáveis preditoras da realização de parto cesárea: cor da pele, idade e escolaridade materna, número de consultas pré-natal, zona de moradia (urbano/rural),

local do parto (hospital público, privado, ou domiciliar), intercorrências na gravidez (febre, hemorragia, hipertensão arterial e distúrbio mental).

O banco de dados foi construído utilizando o pacote estatístico Epi Info 6.0 para a entrada dos dados e o pacote estatístico STATA para a realização das análises estatísticas. Foi realizada análise descritiva dos dados para a caracterização da ocorrência dos eventos estudados, seguida pela estimação das razões de prevalência de interesse através do emprego da regressão de Poisson. Inicialmente, realizou-se o modelo de regressão de Poisson univariada para selecionar as variáveis que deveriam compor o modelo múltiplo e, por conseguinte, as variáveis associadas ao evento de interesse foram incluídas no modelo múltiplo. Na análise dos dados foi utilizada a ferramenta Svy ou módulo Survey do programa STATA para correção dos resultados obtidos considerando-se o processo amostral realizado por conglomerados

## **RESULTADOS**

Em relação às características sócio-demográficas, a média de idade das mães entrevistadas foi de 26,7 anos (desvio padrão, DP=6,77), com predomínio das faixas etárias de 25-34 anos (45,8%) e de 14-24 anos (42,6%). Cerca de 73% viviam com um companheiro e 65,8% eram donas de casa. Em relação à escolaridade, 42,7% das mulheres tinham entre 5-9 anos de estudo, 32,8% entre 10-15 anos, e 24,6% com menos de 5 anos. Quanto a cor da pele, 67,5% se definiram como pardas, 18,0% como negras e 14,5% como brancas.

Quanto à história reprodutiva das entrevistadas, a maioria das mães entrevistadas era constituída por múltiparas (79,6%). A média de idade da primeira gravidez em residentes na zona urbana foi de 18,9 anos (DP = 6,3), sendo de 18,0 anos (DP = 3,6) na zona rural ( $p=0,321$ ).

**Tabela 1:** Distribuição de variáveis reprodutivas e assistenciais durante a gestação segundo zona de moradia, Rio Branco, AC, 2007-2008.

Variáveis	Zona Urbana		Zona Rural		p-valor
	N	(%)	N	(%)	
<b>Local de nascimento</b>					
Hospital público	540	90,0	45	96,9	0,066
Hospital privado	58	9,3	-		
Residência	04	0,7	01	3,1	
<b>Tipo de parto</b>					
Normal	361	61,6	33	71,5	
Cesárea	240	38,4	13	28,5	0,008
<b>Quem realizou o parto</b>					
Médico	419	70,0	27	64,6	
Enfermeira	117	17,6	06	11,9	
Parteira	65	12,4	13	23,5	0,171
<b>Atividade</b>					
Não remunerada	384	63,8	42	94,3	0,015
Remunerada	217	36,2	04	5,7	
<b>Número Filhos</b>					
1-2	340	55,0	25	55,6	0,039
3-4	190	33,6	10	17,5	
≥5	72	11,4	11	26,9	
<b>Idade na 1º gravidez</b>					
07-19	411	69,9	32	65,2	0,309
20-28	174	28,1	14	34,8	
29-37	15	2,0	-	-	
<b>Nº consultas pré-natal</b>					
1-3	42	7,8	06	10,2	0,001
4-5	120	19,4	20	44,7	
≥6	440	72,8	20	45,1	
<b>Óbito filho ≤5 anos</b>					
Sim	59	10,4	09	20,8	0,003
Não	541	89,6	37	79,2	
<b>Idade da última gravidez</b>					
13-20	168	26,7	14	34,2	0,008
21-28	277	46,4	20	42,8	
29-39	144	26,0	08	18,4	
40-46	10	0,9	02	4,6	

A prevalência de partos domiciliares em Rio Branco foi de 1,7%, sendo da ordem de 3,0% na zona rural do município, e de 5,9% nas mulheres com menor escolaridade. A realização do parto segundo tipo de profissional evidencia a realização dos mesmos com médicos em 70% dos partos na área urbana (64,6% na área rural),

A menção ao parto cesárea ocorreu em 38,4% dos partos ocorridos na área urbana e 28,5% daqueles em área rural (Tabela 1). O auxílio de parteiras foi

mencionado em, respectivamente, 12,4 e 23,5% das entrevistas, e o de enfermeiras, em 17,6 e 11,9% das mesmas.

Na área urbana, cerca de 70% das gestações ocorreram em menores de 20 anos, e 10,4% das entrevistadas mencionaram a ocorrência de óbito em filho menor de cinco anos. Na área rural, estas prevalências foram, respectivamente, de 65,0 e 20,9%.

**Tabela 2** – Prevalência de parto normal e cesárea segundo variáveis maternas selecionadas, município de Rio Branco, AC, 2007-2008.

Variáveis	Categorias	Parto normal		Parto cesárea		RP parto cesárea	RP ajustada*
		N	(%)	N	(%)		
<b>Escolaridade materna (anos)</b>	0-4	84	74,4	27	25,6	0,53(0,35-0,80)	0,85(0,60-1,21)
	5-9	186	71,9	77	28,1	0,58(0,42-0,79)	0,86(0,60-1,24)
	10-15	124	51,7	149	48,3	1,00	1,00
<b>Idade materna (anos)</b>	14-24	177	67,3	96	32,7	0,91(0,77-1,09)	0,63(0,47-0,83)
	25-34	171	64,4	116	35,6	1,00	1,00
	≥35	46	66,5	41	33,5	0,94(0,59-1,49)	1,00(0,79-1,25)
<b>Número de consultas</b>	1-3	36	67,9	12	32,1	0,85(0,36-2,01)	1,03(0,49-2,17)
	4-5	96	72,1	44	27,9	0,74(0,42-1,29)	0,97(0,50-1,85)
	≥6	262	62,5	197	37,5	1,00	1,00
<b>Cor pele</b>	Negra	47	69,3	23	30,7	0,54(0,35-0,82)	0,71(0,39-1,27)
	Parda	289	69,9	171	30,1	0,53(0,34-0,82)	0,62(0,38-1,01)
	Branca	58	43,4	58	56,6	1,00	1,00
<b>Zona de moradia</b>	Rural	33	71,5	13	28,5	0,74(0,60-0,90)	1,04(0,69-1,57)
	Urbana	361	61,6	240	38,4	1,00	1,00
<b>Local do parto</b>	Hospital público	376	67,8	208	32,2	1,00	1,00
	Em casa	05	100				
	Hospital particular	13	20,4	45	79,6	2,47(2,03-3,00)	1,77(1,41-2,21)
<b>Nº de filhos</b>	1-2	193	56,5	171	43,5	1,00	1,00
	3-4	137	70,3	62	29,7	0,68(0,49-0,93)	0,62(0,44-0,87)
	≥5	64	88,1	19	11,9	0,27(0,82-0,91)	0,25(0,77-0,86)

\*Razão de prevalência ajustada para idade, escolaridade, número de consultas pré-natal, cor materna, zona de moradia, local do parto e número de filhos.

**Tabela 3:** Distribuição de complicações pós-parto selecionadas, segundo tipo de parto, município de Rio Branco, AC. 2007-2008.

Complicações	Parto Normal*		Parto Cesárea*		P valor
	N	%	N	%	
<b>Hemorragia</b>					
Sim	28	70,1	22	29,9	0,614
Não	360	65,4	228	34,6	
<b>Febre</b>					
Sim	43	63,6	28	36,4	0,549
Não	348	66,44	221	33,56	
<b>Convulsão</b>					
Sim	04	48,3	04	51,7	0,337
Não	386	65,9	246	34,1	
<b>Distúrbio psíquico</b>					
Sim	54	63,7	46	36,3	0,642
Não	336	66,2	204	33,8	
<b>Hipertensão</b>					
Sim	21	28,89	34	71,11	0,001
Não	370	68,04	216	31,96	
<b>Hospitalização</b>					
Sim	18	64,1	31	35,9	0,912
Não	372	66,0	218	34,0	

\*As diferenças nos valores absolutos das freqüências correspondem às perdas

A prevalência de parto cesárea (Tabela 2) em mulheres com menos de 5 anos de escolaridade foi de 25,6%, sendo da ordem de 48,3% naquelas com 10-15 anos ( $p=0,001$ ), sendo similar segundo estratos de consultas pré-natal (32,1% com 1 a 3 consultas e 37,5% com 6 ou mais consultas). Sua distribuição segundo paridade revelou prevalências da ordem de 43,5% em mães com 1 a 2 filhos, 29,7% naquelas com 3-4 filhos, e 11,9% nas mães com 5 ou mais filhos ( $p$  tendência  $< 0,001$ ), sendo a razão de prevalências ajustada em mães com 5 ou mais filhos, versus aquelas com 1-2 filhos, de 0,25 (95% IC 0,77-0,86). A prevalência de relatos de parto cesárea em instituições privadas foi de 79,6%, sendo de 32,2% em hospitais públicos, com uma razão de prevalências ajustada da ordem de 1,77 (95% IC 1,41-2,21).

**Tabela 4.** Distribuição de freqüências de complicações pós-parto, segundo as variáveis maternas selecionadas, Rio Branco, AC, 2007-2008.

Variáveis	Febre*		Hemorragia*		Hipertensão*		Distúrbio psíquico*		Hospitalização*	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>Escolaridade (anos)</b>										
0-4	15	9,6	10	3,7	09	3,3	12	7,6	10	3,5
5-9	28	6,5	16	6,3	18	2,9	52	16,6	19	13,4
10-15	29	8,9	24	8,3	28	11,1	37	17,6	20	5,6
<b>P valor</b>	<b>0,617</b>		<b>0,357</b>		<b>0,102</b>		<b>0,283</b>		<b>0,092</b>	
<b>Idade (anos)</b>										
14-24 anos	33	10,3	20	8,9	25	8,1	37	15,1	16	9,5
25-34 anos	35	7,5	24	4,5	23	3,7	47	13,8	23	4,2
≥35 anos	03	2,1	05	4,3	07	4,7	17	17,1	10	21,2
<b>P valor</b>	<b>0,066</b>		<b>0,241</b>		<b>0,186</b>		<b>0,796</b>		<b>0,050</b>	
<b>Nº de filhos</b>										
1-2	36	7,9	24	7,0	30	6,4	51	14,5	22	8,8
3-4	27	9,2	19	6,8	22	7,5	35	13,2	20	6,6
≥5	08	6,7	07	3,7	03	1,0	15	17,6	07	10,1
<b>P valor</b>	<b>0,807</b>		<b>0,609</b>		<b>0,037</b>		<b>0,742</b>		<b>0,522</b>	

\*As diferenças nos valores absolutos das freqüências correspondem às perdas

A prevalência de parto cesárea em mães com menos de cinco anos de escolaridade foi de 25,6%, sendo de 28,1% naquelas com cinco a 14 anos, e de 48,3% nas mães com 10 a anos ou mais de escolaridade (p tendencia < 0,001), (Tabela 2).

O relato de hipertensão arterial no puerpério foi observado em 71,1% dos partos cesáreas e 28,9% dos partos normais (p=0,0001, Tabela 3.). A prevalência de hospitalização no puerpério foi relatada por 9,5% das mulheres com menos de 25 anos, 4,2% naquelas com 25 a 34 anos, e 21,2% nas mães com 35 anos ou mais de idade (p = 0,05, tabela 4).

A presença de relatos de hipertensão arterial no puerpério foi de 71,1% nas mães que realizaram parto cesárea, e de 28,9% com parto normal, sendo observada uma razão de prevalência ajustada de 3,90,( 95% IC 2.00-7.61),(Tabela 5).

**Tabela 5** – Prevalência de relato de hipertensão durante o puerpério segundo variáveis maternas selecionadas, Rio Branco, AC, 2007-2008.

Variáveis	Categorias	Hipertensão		RP Hipertensão	RP ajustada* Hipertensão
		N	(%)		
<b>Tipo de parto</b>	Normal	21	28,9	1,00	1,00
	Cesárea	34	71,1	4,73(1,77-12,59)	3,90(2,00-7,62)
<b>Idade materna</b>	14-24 anos	25	60,3	2,18(0,76-6,24)	2,20(1,01-4,80)
	25-34 anos	23	30,1	1,00	1,00
	≥35 anos	07	9,6	1,26(0,39-4,05)	0,88(0,28-2,73)
<b>Cor materna</b>	Negra	06	5,8	0,11(0,11-1,07)	0,20(0,24-1,66)
	Parda	35	51,5	0,25(0,51-1,29)	0,40(0,12-1,29)
	Branca	14	42,7	1,00	1,00
<b>Zona de moradia</b>	Rural	01	23,9	1,00	1,00
	Urbana	54	76,1	2,45(0,80-7,49)	2,06(0,60-7,03)

\*Razão de prevalência ajustada para idade, tipo de parto, cor e zona de moradia

## DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo indicam que o risco para realização de parto cesárea foi maior para as mulheres que utilizaram hospitais ou maternidades particulares, para aquelas com melhor nível educacional, que se auto definiram como de cor branca, que moravam na zona urbana e com idade superior a 25 anos.

Foi encontrada uma prevalência de 34,1% de partos cesárea nas instituições públicas e de 65,9% nas particulares, proporções elevadas em relação ao parâmetro proposto pela OMS de 15%. Contudo, prevalências maiores foram encontradas em outros estudos. Em Santa Catarina foram encontradas prevalências de cesarianas de 61,3% em instituições públicas e 100% em instituições privadas<sup>9, 12</sup>.

A média encontrada em Rio Branco de 2,93 filhos é maior que a nacional e aquela da região Norte, respectivamente, de 1,8 filhos e de 2,28 filhos<sup>6</sup>.

Vale destacar a universalidade da assistência hospitalar do parto, onde 98,2% destes foram realizados em hospitais, sobretudo nos públicos, e apenas 1,7 % no domicílio, proporção esta inferior aquela encontrada na região Norte, de 7,5%<sup>6</sup>.

A grande maioria dos partos (82,8%) foi realizada por profissional qualificado, médico (67,6%) ou enfermeira (15,1%). Um percentual considerável de mulheres (17,2%), entretanto, teve seus partos assistidos por parteiras, sobretudo aquelas com menor grau de instrução, da zona rural do município, e que realizaram um menor número de consultas pré-natal. Esta prevalência foi maior que a encontrada na região Norte e Nordeste, respectivamente, 5,8 e 3,6%<sup>6</sup>.

Quanto às complicações no período puerperal apresentadas pelas mulheres estudadas, os transtornos psíquicos tiveram a maior prevalência. De acordo com a literatura, o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher e atinge 10 a 20% das puerpéras<sup>13</sup>. Estes transtornos são denominados de depressão materna ou pós-parto, e consistem em uma perturbação emocional, humoral e reativa, identificada durante o período de puerpério<sup>14</sup>.

A maior prevalência de febre ocorreu nas mulheres que tiveram partos cesáreas, e tal achado encontra-se em consonância com a literatura, uma vez que o risco de infecção puerperal é três vezes maior em pacientes submetidas à cesárea que naquelas submetidas ao parto vaginal<sup>15</sup>.

A prevalência de relatos de hipertensão no puerpério também foi mais elevada em mulheres que realizaram parto cesárea. Embora, não necessariamente a presença de hipertensão na gravidez implique na realização de um parto cesárea, diversos estudos mostram que a hipertensão é um dos motivos mais citados para a realização de partos cesárea, uma vez que as síndromes hipertensivas são a primeira causa de morte materna no Brasil, sendo responsável por 15% dos óbitos<sup>16</sup>.

A associação entre idade avançada e cesárea que são encontradas em diversos estudos, como em Santa Catarina, não foi encontrada neste inquérito, onde houve uma maior prevalência de cesárea em mulheres jovens<sup>9, 17</sup>.

Contudo, uma maior prevalência de partos assistidos por parteiras ocorreu nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos. Tal dado é preocupante, pois é sabido que a gestação nessa faixa etária é considerada de risco, pois está associada com uma maior ocorrência de complicações maternas (maior ganho de peso, obesidade, diabetes gestacional, hipertensão arterial e pré-eclâmpsia)<sup>16</sup>.

A associação entre maior nível de escolaridade e cesariana, encontrada no presente estudo, está em consonância com outros achados da literatura, com estudos realizado no Chile e em Santa Catarina<sup>9, 17</sup>.

A maioria dos partos ocorreu em instituições públicas (98,3%). As maiores prevalências de realização de parto em instituições públicas foram observadas em gestantes com idade entre 14 e 24 (94,7%), com menor escolaridade (93,6%), de cor negra (98,6%), que residiam na zona rural do município (97,0 %), e que realizaram um menor número de consultas de pré-natal (98,8%).

Vale destacar a prevalência observada de 1,7% de partos domiciliares na amostra estudada, sendo estes mais frequentes na zona rural do município (3,0%) e nas mulheres com menor escolaridade (5,9%).

## CONCLUSÃO

Em conjunto, os resultados observados neste trabalho indicam, por um lado, ao importante avanço na realização de partos em ambiente hospitalar no Município de Rio Branco, constituindo sua maioria. Por outro lado, o estudo revela a necessidade de aprofundamento do debate sobre a realização de partos cesárea, cuja distribuição em Rio Branco é muito mais elevada do que aquela preconizada pela Organização Mundial da Saúde. A manutenção deste quadro acarreta a distribuição de importantes intercorrências no pós-parto, tais como a hospitalização de puérperas, elevando os custos da atenção e acarretando danos controláveis para a saúde da população de gestantes, como aqueles descritos nesta investigação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dias, MAB, Deslandes, SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os debates de uma política pública de humanização da assistência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (12): 2647-2655, dez, 2006.
2. Domingues, RMSM, Santos, EM, Leal, MC. 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.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
4. Ângulo- Tuesta, A. et al. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (5): 1425-1436, set- out, 2003.
5. Hotimsky, SN, et al. O parto como eu vejo... ou como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (5):1303- 1311, set- out, 2002.
6. Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006. Brasília, 2008.
7. Brasil. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: Cenários e perspectivas. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

8. Visco AG. et al. Cesarean Delivery on Maternal Request: maternal and Neonatal Outcomes. *Obstet Gynecol (Washington)* 2006; 108 (6): 1517-29.
9. World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. *Lancet*; 2(84532): 436-67, 1985.
10. Cecatti JG. Saúde da mulher: Enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. *Ver. Bras. Saúde Matern. Infant.* , Recife 5 (1) : 9- 11, jan- mar. 2005.
11. D'orsi, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39 (4): 646-54.
12. Bofante, TM. et al. Fatores associados à preferência pela operação cesariana entre puérperas de instituição pública e privada. *Arquivos Catarinenses de Medicina* Vol.38, nº1, 2009.
13. Féliz, GMA, Gomes, APR, França, PS. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. *Com. Ciências da Saúde*. 2008; 19 (1): 51-60.
14. Holmes, DS. *Psicologia dos transtornos mentais* (2a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed, 2001.
15. Alban, ES. et al. Cesárea eletiva: Complicações maternas e fetais. *Arquivos Catarinenses de Medicina* Vol.38, nº1, 2009.
16. Queiroz MVO. et al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseado na satisfação de puérperas. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2007 jul-set; 16 (3): 479-87.
17. Potter JE, Berquó E, Souza, MR et al. Unwalted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*. 2001; 232(11): 1155-58.

## ***Considerações Finais***

---

## **8- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta dissertação teve como objetivo determinar o perfil epidemiológico e avaliar a cobertura e a qualidade da assistência prestada às gestantes durante a gravidez e parto no município de Rio Branco-Acre.

Os resultados obtidos através do inquérito populacional realizado em Rio Branco no período 2007-2008 revelam a existência de uma boa cobertura de pré-natal e a prevalência dos partos em instituições hospitalares e por profissional qualificado.

Contudo, ainda existe uma parcela de mulheres desprovidas dessa assistência, sobre tudo as com menor nível educacional, com maior número de filhos, que auto definiram-se como de cor negra e da zona rural do município.

Foi identificado nesta investigação uma alta prevalência de gravidez na adolescência e ao mesmo tempo uma proporção de mulheres que relataram não ter tido informações sobre planejamento familiar.

Uma prevalência de parto cesárea elevada também foi observada neste trabalho, sobretudo nas mães com maior escolaridade, da zona urbana e que tiveram assistência em hospitais particulares, sendo que para estas houve um maior risco de complicações pós-parto, sobretudo febre e hipertensão.

Os transtornos psíquicos foi a complicação pós-parto de maior prevalência referida pelas entrevistadas.

Dessa maneira, os achados desta dissertação apontam para a necessidade de intervenção no nível educacional das mulheres de Rio Branco, com ênfase nas adolescentes, com o objetivo de melhorar o acesso aos serviços de saúde e a informação durante a vida reprodutiva das mesmas, com o objetivo de garantir uma maternidade segura.

## ***Referencias Bibliográficas***

---

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO**

AQUINO, T. A; et al. **Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (12): 2853- 2861, dez, 2007.

BARBOSA, G. P. et al. **Parto Cesárea? Quem deseja? Em quais circunstâncias?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (6): 1611-1620, Nov. –dez. , 2003.

BARROS, C. F. et al. **Prematuridade, baixo peso ao nascer e restrição do crescimento intrauterino em três coortes de nascimentos no Sul do Brasil: 1982, 1993 3 2004**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 3: S390- S398, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e obstetrícia- FEBRASCO. Associação Brasileira de obstetras e enfermeiras obstetras- ABENFO. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de comitês de Mortalidade Materna**. 2 ed. Brasília: MS, 2002.

BRASIL, Ministério da saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Informe da atenção básica. Brasília, ano 5, mai.- jun. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de saúde. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de Indicadores do SUS N<sup>o</sup> 2. Temático Saúde da Mulher**. Brasília: MS; 2007. 24p.

BRASIL. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: Cenários e perspectivas**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008a.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006**. Brasília, 2008b.

CARVALHO, D. S. ; NOVAES, H. M. D. **Avaliação da implantação de Programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: um estudo de coorte de primigesta**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: 5220-5230, 2004.

CARVALHO, V.C.P, ARAÚJO, T.V.B. **Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do**

**Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife – PE.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., 7 (3): 309-317, jul/set, 2007.

CECATTI, J. G. ; CALDERON, I de M. P. **Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet, 27 (6): 357-65, 2005.

COSTA , A. A. R. et al. **Mortalidade materna na cidade do Recife.** RBGA, Recife, v. 24, n<sup>o</sup>7, 2002.

COSTA, A.M, GUILHEN, D.; WALTER, M. I. M. T. **Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde.** Rev. Saúde Pública 2005; 39 (5): 768-74.

Coutinho, T. et al. **Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre os usuários do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG.** RBGO 25 (10):717-724, 2003.

DIAS, M. A. B. et al. **Trajetória das mulheres na definição pelo parto Cesárea: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro.** Ciência e saúde Coletiva, 2008.

D'ORSI, E. et al. **Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro.** Rev. Saúde Pública, 39 (4): 646-54, 2005.

ENKIN M. **Randomized controlled trial in the evaluation of antenatal care.** Int Jechmol Assess Health Care 1992; 8 Suppl 1:40-5.

GONÇALVES, R. et al. **Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo.** Rev. Bras. de Enfermagem. Brasília 2008 maio – jun; 61(3): 349 – 53.

LANSKY, S. et al. **Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em Maternidades do Sistema único de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999.**

LAURENTI, R; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. **Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna.** Cad. saúde Pública, Rio de Janeiro, 16 (1): 23-30, jan- mar, 2000.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA JR, F. ; RODRIGUES, M. S. P. **Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (6): 1791-1799, nov – dez, 2003.

NEUMANN, N. A. et al. **Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil.** Rev. Bras. Epidemiol. ; São Paulo, v.6, n.4, p. 307- 318, dez. 2003.

RIO BRANCO. Departamento de Ações Básicas de Saúde-DABS. **Proporção de nascidos vivos de mães residentes no estado do Acre com 4 a 6 consultas de pré-natal no período de 2001 a 2008.** Rio Branco, out 2008b. (Mimeografado).

RIO BRANCO. Departamento de Ações Básicas de Saúde-DABS. **Proporção de nascidos vivos de mães residentes no estado do Acre com nenhuma consulta de pré-natal no período de 2001 a 2008.** Rio Branco, out 2008c. (Mimeografado).

RIO BRANCO. Departamento de Ações Básicas de Saúde-DABS. **Razão de mortalidade materna do estado do Acre no período de 2001 a 2008.** Rio Branco, out 2008a. (Mimeografado).

RIQUINHO, D. L. ;CORREIA, S. G. **Mortalidade materna: perfil sócio-econômico e causal.** Rev. Bras. De enfermagem. Brasília 2006 maio- jun; 59 (3): 303-7.

SAFE MOTHERHOOD. *The safe motherhood initiative.* New York: Family Care International, 1998. Disponível em: <<http://www.safemotherhood.org>>. Acesso em: 11 abr. 2009.

SERRUYA S. J, LAGO T. G, CECATTI J.G. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Prénatal e Nascimento.** Rev Bras Saude Mater Infant. 2004; 4: 269-79.

SOUZA, J. P. et al. **Revisão Sistemática sobre mortalidade materna near miss.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (2): 255-264, fev. ,2006.

TEIXEIRA, G. G; CHANES, M. **Estratégias de humanização da assistência ao parto utilizadas por hospitais ganhadores do prêmio Galba de Araújo: Ações de mérito, ações premiadas.** O mundo da saúde, ano 27, n. 2 abr. / jun. 2003.

TREVISAN, M. R. et al. **Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 293-299, jun. 2002.

VICTORA C.G, BARROS F. C. **Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions.** São Paulo Med J 2001;119(1):33-42. World Health Organization. **Reduction of maternal mortality: a joint WHO/ UNFPA/ UNICEF/ World Bank Statement.** Geneva: WHO; 1999.

VILLAR J. et al. **Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America.** Lancet (London) 2006; 367(9525): 1819–29.

VISCO A.G. et al. **Cesarean Delivery on Maternal Request: Maternal and Neonatal Outcomes.** Obstet Gynecol (Washington) 2006; 108(6):1517-29.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement.** Geneva: WHO; 2005.

## ***Apêndices***

---

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA:

**DIAGNOSTICO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS E ADULTOS DE RIO BRANCO (AC).**

**Durante a leitura do documento abaixo fui informado que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com o objetivo de tirar dúvidas e o meu melhor esclarecimento.**

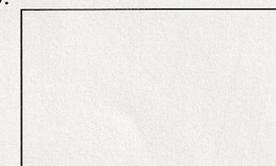
Eu, \_\_\_\_\_ (nome e sobrenome) concordo em participar do “DIAGNÓSTICO EM SAÚDE E NUTRIÇÃO DE CRIANÇAS E ADULTOS DE RIO BRANCO (AC)”, que tem por objetivo principal elaborar diagnóstico, de base populacional, da situação de saúde e nutrição da população residente em Rio Branco (AC). Esta pesquisa é composta de dois sub-projetos primeiro o “Estudo de prevalência dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no município de Branco, que envolve responder um questionário sobre os fatores de risco e medidas de pressão arterial, peso e altura. Estou ciente também que será coletada uma amostra de sangue para análise de colesterol e glicose, o segundo sub-projeto é o” Estudo da situação de saúde e nutrição de crianças menores de cinco anos de idade, “que incluem tomadas de medidas de peso e altura, coleta de sangue para avaliação de hemoglobina e coleta de informações sobre o pré-natal, parto, doenças e assistência à saúde da (as) criança (as). Caso seja verificado que eu ou outro membro da minha família, residente neste domicílio necessitem de cuidados médicos, seremos orientados para recebermos atendimento na unidade de saúde mais próximo à minha residência. Recebi suficiente informação sobre o estudo e me foi garantido que todas as informações colhidas serão sigilosas. Fui esclarecido que:

- 1 - Posso desistir de participar do estudo quando queira,
- 2 - Sem ter que dar explicações ou justificativa.

**COMO TENHO DIFICULDADE PARA LER [SIM( ) NÃO( )] O ESCRITO ACIMA, ATESTO TAMBÉM QUE O DR. PASCOAL (OU MEMBRO DA SUA EQUIPE) LEU PAUSADAMENTE ESSE DOCUMENTO E ESCLARECEU AS MINHAS DÚVIDAS, E COMO TEM A MINHA CONCORDÂNCIA PARA PARTICIPAR DO ESTUDO, COLOQUEI ABAIXO A MINHA ASSINATURA ( OU IMPRESSÃO DIGITAL).**

Rio Branco - Acre \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável



IMPRESSÃO DATILOSCÓPICA  
(quando se aplicar)

ou

\_\_\_\_\_  
Pascoal Torres Muniz

\_\_\_\_\_  
Membro da Equipe

**Documento em duas (2) vias, uma para ser entregue a pessoa (ou responsável) que vai participar da pesquisa.**

Coordenador da Pesquisa: Prof. Dr. Pascoal Torres Muniz, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Acre. (68) 3901-2648

**APÊNDICE B**  
**QUESTIONÁRIO**

GESTAÇÃO

**1. A SENHORA FEZ PRÉ-NATAL DURANTE A GESTAÇÃO DE (NOME DA CRIANÇA)?**

- (1) sim (9) não lembra/não sabe  
(2) não (**passa Q 23**) (8) não se aplica

**2. QUE MÊS DA GESTAÇÃO FEZ O PRIMEIRO EXAME PRÉ-NATAL?**

\_\_\_\_\_mês (9) não lembra/não sabe (8) não se aplica

**3. QUANTAS CONSULTAS FEZ DURANTE A GRAVIDEZ?**

\_\_\_\_\_consultas (9) não lembra/não sabe (8) não se aplica

**4. TEVE CARTÃO DE PRÉ-NATAL (DA GESTANTE)?**

- (1) sim (9) não sabe/não lembra  
(2) não (8) não se aplica

**5. DURANTE O PRÉ-NATAL, SUA PRESSÃO ARTERIAL FOI MEDIDA?**

- (1) sim , em todas as consultas (9) não sabe/não lembra  
(2) sim, apenas em algumas (8) não se aplica  
(3) não, em nenhuma das consultas

**6. DURANTE O PRÉ-NATAL SEU PESO FOI MEDIDO?**

- (1) sim, em todas as consultas (9) não sabe/não lembra  
(2) sim, apenas em algumas (8) não se aplica  
(3) não, em nenhuma das consultas

**7. DURANTE A GESTAÇÃO RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO ?**

- (1) sim (9) não lembra/ não sabe  
(2) não (8) não se aplica

**8. DURANTE A GESTAÇÃO RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE COMO EVITAR FILHOS APÓS O PARTO?**

- (1) sim            (9) não lembra/ não sabe  
(2) não            (8) não se aplica

**9. DURANTE ESTA GRAVIDEZ, A SENHORA APRESENTOU ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS DE SAÚDE?**

- |                               |         |         |
|-------------------------------|---------|---------|
| a) hemorragia                 | (1) sim | (2) não |
| b) inchaço nas pernas         | (1) sim | (2) não |
| c) pressão alta               | (1) sim | (2) não |
| d) anemia                     | (1) sim | (2) não |
| e) diabetes                   | (1) sim | (2) não |
| f) internação qualquer motivo | (1) sim | (2) não |
| g) malária                    | (1) sim | (2) não |
| h) dengue                     | (1) sim | (2) não |

**10. A SENHORA FUMOU DURANTE A GESTAÇÃO ?**

- (1) sim, sempre  
(2) sim, algumas vezes  
(3) fumava antes mas não fumou durante a gravidez  
(4) não fuma  
(9) não lembra/ não sabe

**11. A SENHORA TOMOU BEBIDA ALCOÓLICA DURANTE A GESTAÇÃO?**

- (1) sim, sempre  
(2) sim, algumas vezes  
(3) bebia antes mas não bebeu durante a gravidez  
(4) não bebe  
(9) não lembra/ não sabe

**Vamos agora falar sobre o parto de (nome da criança)**

**12. ONDE (NOME DA CRIANÇA) NASCEU ?**

- (1) em hospital ou maternidade público
- (2) em hospital ou maternidade particular ou convênio
- (3) em casa
- (9) não sabe / não lembra

**13. COMO FOI O PARTO DE (NOME DA CRIANÇA) ?**

- (1) natural
- (2) cesárea
- (3) fórceps (tirado a ferro)
- (8) não se aplica
- (9) não sabe/não lembra

**14. (NOME DA CRIANÇA) É GÊMEO ?**

- (1) sim
- (2) não

**15. QUEM FEZ O PARTO DE (NOME DA CRIANÇA) ?**

- (1) médico
- (2) enfermeira
- (3) auxiliar de enfermagem
- (4) parteira
- (5) pariu sozinha
- (6) outra pessoa(não profissional ou parteira)
- (9) não sabe / não lembra

**16. DURANTE O PARTO OU LOGO DEPOIS (ATÉ 45 DIAS) A SENHORA APRESENTOU ALGUM PROBLEMA:**

- |                                  |         |         |              |
|----------------------------------|---------|---------|--------------|
| a) hemorragia                    | (1) sim | (2) não | (9) não sabe |
| b) febre                         | (1) sim | (2) não | (9) não sabe |
| c) convulsão                     | (1) sim | (2) não | (9) não sabe |
| d) problema mental/emocional     | (1) sim | (2) não | (9) não sabe |
| (muita tristeza, perda do juízo) |         |         |              |
| e) pressão alta                  | (1) sim | (2) não | (9) não sabe |
| f) internação qualquer motivo    | (1) sim | (2) não | (9) não sabe |

***Anexos***

---

## ANEXO A



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE-UFAC

**DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO DE  
PESQUISA**

O Projeto: *“Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre”*, protocolado sob o nº. 23107.001150/2007-22, do Pesquisador *Pascoal Torres Muniz*, após ter sido submetido a este Comitê foi categorizado como **APROVADO** na reunião do dia 22/02/2007, considerando que está de acordo com as exigências constantes na Resolução 196/96 do MS/CONEP.

Rio Branco-Acre, 14 de outubro de 2008.

  
Enock da Silva Pessoa  
Coordenador do CEP - UFAC

## ANEXO B

### METODOLOGIA

Os dados analisados neste trabalho fazem parte do “Inquérito de Saúde e Nutrição de Crianças e Adultos de Rio Branco-Acre”, um estudo transversal, de base populacional, realizado no município de Rio Branco, capital do Estado do Acre.

#### **Características do Estudo, Amostragem e Sujeitos da Pesquisa**

Este é um estudo do tipo observacional exploratório e transversal, de base populacional, realizado no município de Rio Branco-Acre no período de novembro de 2007 a outubro de 2008.

O modelo de amostragem adotado foi o de uma amostra por conglomerados com dois estágios de seleção, composta por setores censitários e domicílios. Os setores censitários utilizados foram os 250 setores elaborados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o censo do ano 2000, utilizados na PNAD 2006, os quais incluem áreas de zona urbana e rural do município de Rio Branco, sendo selecionados aleatoriamente 35 setores censitários, sendo 31 setores urbanos e 04 rurais.

Em cada setor censitário, utilizando como unidade primária de amostragem (UPA), foram sorteados 25 domicílios, totalizando 875 domicílios a serem pesquisados, sendo elegíveis para participação na pesquisa todas as mães de crianças de zero a cinco anos de idade que habitassem no domicílio sorteado e que aceitassem participar do estudo, por meio de adesão ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Porém, foi observado que apenas 40% dos domicílios tinham crianças menores de 60 meses, resultando em uma amostra pequena tornando-se necessário o sorteio de mais duas amostras de igual tamanho.

No final, após a seleção de três amostras, foram sorteados 2.622 domicílios, dos quais 97,5% (2.114) aceitaram participar da pesquisa.

Dos 2.114 domicílios, foi encontrado crianças menores de cinco anos em apenas 26,1% deles, sendo elegíveis para o estudo e concordaram em participar da pesquisa 648 mães de crianças de zero a cinco anos (60 meses).

Foram observados os princípios éticos, de acordo com a Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa só foi iniciada com a aprovação do projeto, sob o processo n° 23107.00115=2007-22 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre (ANEXO A).

### **Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2007 a outubro de 2008, sendo entrevistadas 648 mulheres, mães de crianças de zero a cinco anos.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário estruturado e pré-codificado aplicado às mães de crianças menores de cinco anos de idade em cada domicílio participante (APÊNDICE B).

Foram coletadas informações sobre as seguintes variáveis: assistência á gestação (realização de consultas de pré-natal, mês de início e número total de consultas realizadas), procedimentos técnicos realizados durante as consultas (pressão arterial e peso), orientação sobre amamentação e planejamento familiar, e informações sobre variáveis demográficas (sexo, idade), socioeconômicas (escolaridade da mãe), e variáveis comportamentais durante a gestação (tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas).

### **Análise de Dados**

A cobertura do pré-natal foi determinada pelo número de consultas realizadas e o início do acompanhamento pré-natal. Foi adotado o critério proposto pela a OMS com no mínimo seis ou mais consultas e o início do acompanhamento pré-natal em até 120 dias da gravidez.

Foram abordadas as seguintes variáveis preditoras:

- ✓ Idade: em anos completos na data da entrevista – categorização: “14 a 24 anos”; “25 a 34 anos”; “ $\geq 35$  anos”;
- ✓ escolaridade: em anos de estudo com aprovação – categorização: “0 a 4 anos”; “5 a 10 anos ”; “10 a 15 anos”;
- ✓ Cor da pele: a partir da auto definição das entrevistadas – categorização: “branca”; “negra ”; “parda”;
- ✓ Número de filhos – categorização: “1 a 2”; “3 a 4 ”; “5 ou mais”;
- ✓ Estado civil: – categorização: “casada”; “solteira ”
- ✓ Número de consultas pré-natal: – categorização: “1 a 3”; “4 a 5 ”; “6 ou mais”;
- ✓ Início do acompanhamento pré-natal: – categorização: “1º trimestre”; “2º trimestre”; “3º trimestre”;
- ✓ Zona de moradia: – categorização: “rural”; “urbana ”;

O banco de dados foi construído utilizando o pacote estatístico Epi Info 6.0. Para análise estatística foi utilizado o programa estatístico STATA 10.0. Foi realizada a análise descritiva das variáveis de interesse do estudo e determinadas medidas de associação através das razões de prevalências para as variáveis de estudo relativas à cobertura do pré-natal, tipo de parto, morbidades na gestação e pós-parto, e as variáveis sociais, demográficas, econômicas e reprodutivas. O teste de associação utilizado foi o Teste de Qui-quadrado de Pearson e a razão de prevalência foi estimada a partir do modelo de regressão multivariada de Poisson. Foram considerados estatisticamente significativos os valores de  $p < 0,05$  (IC 95%).

Foram calculados pesos amostrais para compensar diferentes probabilidades de inclusão dos indivíduos em cada unidade primária de amostragem. A análise foi ponderada, sendo utilizados comandos do módulo “svy” (*survey comand*s) do pacote estatístico STATA, que considera os pesos, estratos e unidades primárias de amostragem.