

Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001

Factors associated with perinatal morbidity and mortality in a sample of public and private maternity centers in the City of Rio de Janeiro, 1999-2001

Maria do Carmo Leal ¹
 Silvana Granado Nogueira da Gama ¹
 Mônica Rodrigues Campos ¹
 Luciana Tricai Cavalini ²
 Luciana Sarmento Garbayo ³
 Carla Lopes Porto Brasil ⁴
 Célia Landmann Szwarcwald ⁵

Abstract

This study compares socio-demographic factors, mothers' biological characteristics, and quality of care at maternity hospitals in the City of Rio de Janeiro, Brazil. A sample of 10,072 post-partum women in 47 hospitals was selected. Data were collected by interviewing mothers in the immediate post-partum and from medical records. The χ^2 test was used to analyze homogeneity of ratios. Significant differences were found between patients in public and private hospitals in relation to family support, healthy habits during pregnancy, reproductive history, access to and satisfaction with prenatal care and delivery, and particularly adverse effects in the newborns. Private maternity hospitals showed better results, although they displayed excessive cesarean and neonatal inter-hospital transfer rates. The stratum consisting of public Federal and State maternity hospitals received women with greater morbidity, had lower neonatal transfer rates, and received a more positive assessment by clients of the Unified National Health System (SUS). Private maternity centers contracted out by the SUS were the ones that most refused treatment to patients, leading to delays in patient care for delivery.

Health Care Quality; Access and Evaluation; Infant Mortality; Consumer Satisfaction

Introdução

A queda da taxa de mortalidade infantil observada no Município do Rio de Janeiro na década de 80, decorrente sobretudo do descenso do componente pós-neonatal ¹, foi seguida de uma relativa estabilização desse coeficiente na primeira metade dos anos 90, cujos óbitos passaram a se concentrar predominantemente no período do pós-parto imediato. Nesse contexto, emergem também como problema de saúde pública os óbitos fetais tardios, considerados como o componente invisível da mortalidade infantil, na medida em que partilham com os óbitos neonatais precoces os mesmos determinantes e soluções ².

A excessiva prevalência de partos prematuros, em torno de 10% dos nascimentos, e a ocorrência de óbitos fetais e neonatais com peso adequado para a idade gestacional denunciavam falhas no acompanhamento tanto pré-natal (PN), quanto intra-parto. Estudos realizados no Município do Rio de Janeiro, já no final dos anos 80, apontavam esses problemas ³.

Em meados da década de 90, iniciou-se uma nova organização da assistência materno-infantil no Município do Rio de Janeiro em virtude do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). Deu-se grande prioridade ao parto na reestruturação da atenção hospitalar, levando a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a assumir compromissos assis-

¹ Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Boston University, Boston, E.U.A.

⁴ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵ Centro de Informação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

Maria do Carmo Leal
 Rua Leopoldo Bulhões 1480,
 Rio de Janeiro, RJ
 21041-210, Brasil.
 duca@ensp.fiocruz.br

tenciais com essa modalidade de atendimento, através da municipalização de um número expressivo de hospitais federais que prestavam assistência à gestante e ao recém-nascidos (RN).

Esse movimento implicou não apenas a expansão da rede física e instalação de equipamentos para atendimento do cuidado intensivo dos RN e puérperas, mas também o treinamento técnico dos profissionais de saúde para uma nova filosofia de assistência ao parto que acarretasse um maior acolhimento das gestantes e seus familiares.

Todo esse esforço para redução da mortalidade infantil no Município do Rio de Janeiro obteve alguns resultados, tendo a taxa, que se encontrava estabilizada no patamar de 22 óbitos por mil nascidos vivos nos primeiros cinco anos da década de 90, baixado para 15,3 no ano de 2001 (<http://www.saude.rio.rj.gov.br>).

Ainda assim, o valor atual é muito elevado, considerando-se os resultados alcançados em outras cidades com o mesmo nível de desenvolvimento econômico e social que o Município do Rio de Janeiro ⁴. Além disso, continuam ocorrendo óbitos por causas evitáveis em RN com boas condições de viabilidade, como os nascidos a termo e com peso adequado. Acresce-se a isso a alta prevalência de gravidez na adolescência verificada na cidade ⁵.

Diante do quadro atual, a SMS em convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e o Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) desenharam um projeto de investigação denominado “*Estudo da Morbi-mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro*”, com o objetivo de conhecer melhor os determinantes da morbi-mortalidade no município, em particular as características das mães adolescentes, e avaliar aspectos tanto dos sistemas de informação, quanto da qualidade da assistência que vem sendo prestada. O projeto propunha-se a identificar os problemas pendentes e avaliar procedimentos assistenciais, com o intuito de proceder a modificações no cenário atual da mortalidade infantil no Município do Rio de Janeiro. Neste artigo será apresentado o perfil das puérperas quanto às suas características sócio-demográficas, suporte familiar, comportamentos de risco, antecedentes obstétricos, acesso e satisfação com o atendimento e resultados adversos no recém-nascido, segundo tipos de maternidades.

Metodologia

Plano amostral

Foi feita uma amostra estratificada proporcional, na qual os estabelecimentos de saúde foram agrupados segundo a proporção de baixo peso ao nascer em três estratos: (1) estabelecimentos municipais e federais; (2) estabelecimentos privados conveniados com o SUS, militares, estaduais e filantrópicos; (3) estabelecimentos privados.

Em cada estrato foi selecionada uma amostra de, aproximadamente, 10% de parturientes do número previsto de partos em todos os hospitais de cada estrato, exceto naqueles com menos de 200 partos por ano (<http://www.saude.rio.rj.gov.br>).

O tamanho da amostra em cada estrato foi estabelecido com o objetivo de comparar proporções em amostras iguais no nível de significância de 5% e detectar diferenças de pelo menos 3% com poder do teste de 90% ⁶, baseando-se na proporção de baixo peso ao nascer. O tamanho calculado foi de 3.282 puérperas. Considerando-se a possibilidade de perdas, o total de cada estrato foi estabelecido em 3.500 puérperas.

No total, foram selecionadas 47 instituições, das quais 12 compuseram o primeiro estrato amostral, correspondendo a 34,8% dos partos; 10, o segundo estrato, correspondendo a 34,4% dos partos; 25, o terceiro, com 30,8% dos partos.

Questionários

Foram utilizados três tipos de questionários para todas as puérperas. O primeiro, aplicado à mãe no pós-parto imediato, era composto por variáveis de identificação materna e paterna, escolaridade e renda, local e condições de moradia, antecedentes obstétricos, dados antropométricos maternos, informações sobre a gestação em questão, assistência pré-natal, enfermidades e uso de medicamentos na gestação, trabalho de parto e avaliação da assistência prestada a ela e ao RN. Para avaliar a violência sofrida pela gestante durante a gravidez, foi utilizada a versão para a língua portuguesa do *Revised Conflict Tactics Scales*, adaptada por Moraes & Reichenheim ⁷. O segundo questionário foi preenchido com base em dados disponíveis no prontuário médico e inquiria acerca do pré-natal, sobre a admissão, pré-parto e parto, medicamentos e intervenções realizadas,

evolução da puérpera e do RN. O terceiro questionário levantava informações sobre as condições de alta ou óbito da mãe e do concepto.

No subconjunto das mães adolescentes, aplicou-se outro questionário perguntando sobre o motivo que a levou a engravidar, suas relações com o companheiro e com a família, o suporte familiar e social recebido durante a gestação, mudanças de comportamento, estilo de vida e humor, bem como os aspectos relacionados à auto-estima e suas expectativas para o futuro. Uma parte deste questionário foi traduzida do *Individual Protective Factors Index (IPFI): A Measure of Adolescent Resiliency*, de Springer & Phillips⁸. Além disso, avaliaram-se os hábitos alimentares por meio de um questionário reduzido de frequência de consumo de alimentos, validado por Rosely Sichieri em 1998 (dados não publicados).

Coleta de dados

A coleta de dados do estudo foi feita mediante questionários padronizados, aplicados por acadêmicos bolsistas de enfermagem e medicina devidamente treinados e qualificados, selecionados por concurso público pela SMS, com a supervisão de três pesquisadores de campo. As entrevistas eram realizadas diariamente, inclusive nos feriados e finais de semana. Nas instituições selecionadas, a equipe de campo permanecia durante o tempo necessário para completar o número de puérperas amostrado.

Durante o mês de junho de 1999, realizou-se um estudo-piloto do projeto na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com a finalidade de averiguar a logística do trabalho de campo e a adequação dos instrumentos de coleta de dados em condições reais de trabalho. Naquela oportunidade, testaram-se também as máscaras eletrônicas para digitação dos dados e os programas de restrição e coerência das informações. Após os ajustes necessários, o trabalho de campo iniciou-se em 30 de junho de 1999.

Em uma amostra aleatória de 2,5% das mães entrevistadas, os supervisores de campo fizeram uma replicação dos questionários preenchidos previamente.

Para os dois primeiros estratos amostrais, foi realizada observação do pré-parto em uma subamostra de 5% dos partos (diurnos e noturnos), para verificação de procedimentos padronizados do atendimento.

A validação das informações antropométricas maternas foi realizada em duas maternidades do estrato 1 do estudo, selecionadas pelo grande volume de partos. O peso e a estatura

foram mensurados por uma nutricionista devidamente treinada, na chegada da gestante à maternidade e no pós parto.

Análise dos dados

Neste artigo, a informação de prematuridade utilizada foi a avaliada pelo método de Capurro et al.⁹. A mortalidade perinatal foi calculada tendo como numerador os óbitos fetais tardios (22 semanas gestacionais ou com 500g ou mais) e os neonatais precoces (até o sétimo dia de vida) divididos pelo total de nascidos vivos e óbitos fetais tardios, multiplicados por mil. A prevalência de patologias na gestação foi informada pela puérpera no momento da entrevista. Considerou-se como portadora de hipertensão arterial toda gestante com diagnóstico anterior à gestação, as que desenvolveram a doença durante a gravidez e as que referiram um quadro de eclâmpsia. Da mesma maneira, a diabetes mellitus congregou os casos pré-gestacionais e gestacionais.

Os resultados do estudo serão apresentados de forma descritiva. A análise estatística consistiu em utilizar testes qui-quadrado (χ^2) para testar a hipótese de homogeneidade de proporções entre os três estratos amostrais.

Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, FIOCRUZ. A cada puérpera amostrada para participar do estudo, ou ao responsável por menores de idade, foi entregue um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual era exposto o objetivo da pesquisa e solicitada sua assinatura, caso concordasse em participar da investigação.

Resultados

Os resultados deste estudo serão apresentados segundo os estratos amostrais da investigação, que reproduzem a forma como está estruturado o sistema de saúde do Município do Rio de Janeiro.

O primeiro estrato congrega estabelecimentos de saúde públicos que dispõem de serviços de alta tecnologia para a atenção perinatal, constituindo-se, na sua grande maioria, em serviços de referência para gestações de alto risco. O segundo, formado por instituições filantrópicas e privadas conveniadas com o SUS, acrescido dos hospitais estaduais e militares, não oferecem atendimento especializado para gestantes e recém-natos de risco. O terceiro

reúne hospitais privados que tornam disponíveis serviços de variável complexidade, diferenciando-se dos demais pelas características sociais da clientela que atende.

O bom desempenho do trabalho de campo permitiu que as perdas fossem pequenas, correspondendo a 4,5% para o total da amostra, sendo 2,8% no primeiro estrato amostral, 1,6% no segundo e 9,3% no terceiro. Os principais motivos dessas perdas foram a alta precoce da mãe, para os dois primeiros, e recusa em participar da pesquisa, no terceiro. Maiores detalhes sobre a qualidade dos dados deste estudo ver em Campos et al.¹⁰.

Na Tabela 1, pode-se verificar que 88,5% dos partos ocorridos no município foram de residentes e 11,5% vieram de municípios vizinhos. O setor privado é o que menos importa nascimentos, ao passo que o público municipal/federal é o que mais recebe mães de fora do município.

Quase 70% dos partos ocorreram em mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos, consideradas de menor risco gestacional; as adolescentes corresponderam a 19,5%. Quando se fez a análise por estrato, observou-se uma concentração cinco vezes maior de mães adolescentes nos estratos 1 e 2, em relação ao 3. O contrário se verificou em relação àquelas com mais de 35 anos, prevalentes no estrato 3.

Quanto à escolaridade, observou-se que 8,8% das puérperas não tinham sequer a quarta série do ensino fundamental completa, e que apenas 7,8% completaram o nível superior. A proporção de mães do estrato 1 analfabetas ou com o primário incompleto foi 18 vezes maior que no estrato 3, e essa diferença cresceu para quase 50 vezes quando se considerou o terceiro grau completo.

A cor da pele, tomada neste estudo valendo-se de uma autoclassificação das entrevistadas, foi categorizada em branca e preta (parda + preta). Seguindo a mesma lógica, houve diferenciais importantes por estrato amostral. Foi mais homogênea a disponibilidade de água da rede pública, por ser este um benefício social muito ofertado à população carioca.

Na Tabela 2, verifica-se que, nos estratos 1 e 2, o percentual de mães não casadas e mulheres chefes de família, que vivem sós com os filhos, foi maior do que o do 3. Por outro lado, neste último, foi maior a proporção das que referiram sentir-se apoiadas pelo pai do recém-nato. Quase 3% das gestantes reportaram ter sofrido agressão física por parte de familiares durante a gestação, e nos estratos 1 e 2 as proporções encontradas foram oito vezes maiores. A tentativa de interromper a gestação atual foi

referida por 5,2% das mulheres, com diferenças também marcantes entre os estratos.

As mães, em sua maioria (82,1%), chegaram à maternidade de carro particular, táxi ou ambulância, mas 17,9% vieram de trem, metrô, ônibus ou a pé. Como pode ser visto, é no estrato 1 que se encontram as maiores proporções de mães que utilizaram transporte coletivo, chegando a ser quatro vezes mais do que no estrato 3. Quase 90% das mulheres chegaram à maternidade acompanhadas do companheiro ou dos pais e outros familiares, mas 13,6% delas vieram sozinhas ou com vizinhos e amigos, ocorrência mais freqüente entre as mães do primeiro estrato amostral.

Como mostra a Tabela 3, é grande o acesso das gestantes à assistência ao pré-natal no Município do Rio de Janeiro, pois apenas 3,8% das mães entrevistadas neste estudo ficaram desassistidas. A maioria, 71,8%, iniciou o acompanhamento no primeiro trimestre da gestação e somente 3,0% no terceiro. Observa-se que a proporção de mães que começaram no terceiro trimestre, nos estratos 1 e 2, é seis vezes maior que no estrato 3. Quanto ao número de consultas, verifica-se que 61,5% das mães do Município do Rio de Janeiro fizeram sete ou mais consultas, número considerado adequado pelo Ministério da Saúde¹¹; no estrato 3 este valor sobe para 95,4%.

Ao serem perguntadas sobre as informações recebidas no pré-natal quanto aos sinais do parto e a importância do aleitamento materno, relataram que não tinham sido informadas pelo profissional que as atendeu no pré-natal 28,4% (estrato 1) e 23,2% (estrato 2) das mães, em ambas situações, com expressivas diferenças a favor do estrato 3. A vacina antitetânica, ao contrário, foi mais aplicada nas mães dos estratos 1 e 2.

Comportamentos de risco, como ingerir bebida alcoólica, fumar e consumir drogas ilícitas durante a gestação, foram referidos pelas mulheres em diferentes intensidades no Município do Rio de Janeiro, respectivamente, 19,1%, 13,3% e 0,5%. Também aqui as freqüências de consumo foram menores nas mães do estrato 3.

Na Tabela 4, analisa-se o acesso da gestante ao atendimento recebido no momento do parto e sua satisfação com ele. Verifica-se que 23,9% das mulheres do Município do Rio de Janeiro não conseguiram ser atendidas no primeiro hospital procurado, sendo obrigadas a se deslocar para outras instituições de saúde. A procura por um outro hospital foi maior no estrato 2. Ficar acompanhada de familiares ou amigos na hospitalização para o parto foi permitido

Tabela 1

Características sócio-demográficas de puérperas atendidas em maternidades públicas, conveniadas e privadas. Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999-2001.

Variáveis de investigação	Estrato			Total		p valor
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	n	%	
Residente no Município do Rio de Janeiro						
Sim	86,1	88,7	91,1	8.875	88,5	0,000
Faixa etária (anos)						
Até 14	1,2	0,8	0,2	75	0,7	0,000
15-19	25,6	24,0	5,3	1.893	18,8	
20-34	63,0	67,4	76,4	6.908	68,6	
35 e mais	10,2	7,8	18,1	1.189	11,8	
Escolaridade						
Primário incompleto	14,4	10,4	0,8	888	8,8	0,000
Primário completo	45,4	41,6	4,9	3.171	31,6	
Ens. fundamental completo	25,9	29,0	12,8	2.304	23,0	
Ensino médio completo	13,7	18,3	57,6	2.890	28,8	
Superior completo	0,5	0,8	23,9	784	7,8	
Cor da pele						
Branca	42,1	40,7	71,7	5.110	50,7	0,000
Não branca	57,9	59,3	28,3	4.962	49,3	
Local de residência						
Área urbanizada	71,9	82,0	97,7	8.349	83,3	0,000
Aglomerados subnormais	28,1	18,0	2,3	1.671	16,7	
Emprego materno						
Sim	29,5	26,0	62,7	3.878	38,5	0,000
Emprego paterno						
Sim	81,8	84,3	94,1	8.518	86,5	0,000
Fonte de abastecimento de água						
Água encanada em casa	92,8	93,4	99,0	9.530	94,9	0,000
Água encanada fora de casa	4,1	4,0	0,4	294	2,9	
Sem água encanada	3,1	2,6	0,6	219	2,2	
Residência próxima a valão						
Sim	29,0	27,4	9,0	2.241	22,3	0,000
Destino do lixo doméstico						
Recolhido pelo lixeiro	83,9	85,9	97,1	8.898	88,6	0,000
Colocado em caçamba	12,4	10,4	2,2	861	8,6	
Outro	3,7	3,7	0,7	282	2,8	

Tabela 2

Situação conjugal e de suporte familiar na gestação de puérperas atendidas em maternidades públicas, conveniadas e privadas. Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999-2001.

Variáveis de investigação	Estrato			Total		p valor
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	n	%	
Situação conjugal						
Solteira	21,3	18,2	8,5	1.640	16,3	0,000
Casada	76,4	80,7	90,8	8.286	82,3	
Separada ou viúva	2,3	1,1	0,6	141	1,4	
Com quem mora						
Com companheiro	76,6	80,6	91,3	8.276	82,5	0,000
Com pai e mãe	15,1	13,8	6,8	1.211	12,1	
Só, com ou sem filhos	3,9	2,8	1,1	270	2,7	
Outros familiares ou amigos	4,4	2,7	0,8	272	2,7	
Apoio do pai						
Sim	85,9	87,0	96,6	8.991	89,6	0,000
Pai falecido	0,4	0,3	0,0	23	0,2	
Agressão física						
Sim	4,9	4,5	0,6	347	3,5	0,000
Satisfação da mãe com a gravidez						
Sim	88,4	85,8	95,9	9.023	89,8	0,000
Satisfação do pai com a gravidez						
Sim	89,0	88,6	96,4	9.083	91,1	0,000
Pai falecido	0,5	0,4	0,1	34	0,3	
Tentativa de aborto						
Sim	7,4	6,8	1,0	527	5,2	0,000
Como chegou à maternidade						
Carro	74,5	79,4	93,7	8.268	82,1	0,000
Transporte coletivo ou a pé	25,5	20,6	6,3	1.804	17,9	
Com quem veio à maternidade						
Companheiro	47,9	51,6	77,9	5.864	58,4	0,000
Pais ou familiares	32,7	34,0	15,8	2.807	28,0	
Vizinho ou amigos	14,5	11,6	3,0	1.003	10,0	
Sozinha	4,8	2,8	3,3	365	3,6	

somente a 36,9% das gestantes do estudo. No estrato 3, o percentual sobe para 67,7%; no 1 permanece em torno da média, com 40,4% e o estrato 2 fica em pior situação, com 6,1%.

Quanto ao tipo de parto, observa-se que há um equilíbrio entre a proporção de parto normal, 50,1%, e cesariano, 49,4%. Houve amplo predomínio de partos cesáreos, quase 90%, no estrato 3. O uso de anestésico no momento do parto foi referido por 91,4% das puérperas. O atendimento ao parto e ao RN foi, respectiva-

mente, considerado regular ou ruim apenas por 6,7% e 2,2% das mães no Município do Rio de Janeiro. A melhor avaliação efetuada foi a das mulheres que se hospitalizaram em instituições privadas, e a pior foi a das que utilizaram os estabelecimentos do estrato 2.

A Tabela 5 apresenta os antecedentes obstétricos e a morbidade referida das mulheres do estudo. A maioria delas é primigesta, 40,4%; as múltíparas se concentram mais no estrato 1 e as primíparas e secundíparas, no 3.

Tabela 3

Atenção pré-natal, consumo de bebidas e cigarros na gestação de puérperas atendidas em maternidades públicas, conveniadas e privadas. Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999-2001.

Variáveis de investigação	Estrato			Total		p valor
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	n	%	
Trimestre de início do pré-natal						
1º trimestre	57,9	64,4	94,4	6.933	71,8	0,000
2º trimestre	37,9	31,6	4,9	2.428	25,2	
3º trimestre	4,2	4,1	0,7	293	3,0	
Número de consultas no pré-natal						
0-3	18,8	12,4	0,7	1.040	10,8	0,000
4-6	40,2	37,3	3,9	2.662	27,7	
7 e mais	41,0	50,3	95,4	5.905	61,5	
Informação sobre sinais do parto no pré-natal						
Sim	60,2	59,4	86,0	6.812	67,9	0,000
Não fez pré-natal	6,6	4,1	0,3	379	3,8	
Informação sobre o aleitamento materno no pré-natal						
Sim	68,7	65,6	86,2	7.328	73,0	0,000
Não fez pré-natal	6,6	4,1	0,3	379	3,8	
Tomou antitetânica						
Sim	81,9	81,7	65,5	6.901	76,6	0,000
Ingestão de bebida alcoólica na gravidez						
Sim	20,5	23,2	12,8	1.916	19,1	0,000
Tabagismo durante a gravidez						
Sim	19,2	14,5	5,2	1.335	13,3	0,000
Uso de drogas ilícitas durante a gravidez						
Sim	0,9	0,3	0,1	47	0,5	0,000

A hipertensão arterial e diabetes mellitus foram referidas por 10,1 e 1,7% das mães, respectivamente, sendo também mais freqüentes no primeiro estrato e menos no terceiro. A anemia foi informada por mais de um terço das puérperas e a infecção urinária por 19,2% delas. Para ambas as doenças, verificaram-se menores proporções no estrato 3. Já a sífilis foi a menos prevalente, atingindo 1,5% das entrevistadas, com marcante concentração dos casos no estrato 1.

A Tabela 6 mostra que mais de 98,4% dos partos são únicos, 1,1% gemelar e 0,5% tríplex ou mais. Para análise das demais variáveis que compõem esta tabela foram incluídos apenas os nascimentos únicos.

O peso ao nascer menor do que 1.500g e 2.500g são mais freqüentes nos RN do estrato 1, representando 2,9% e 14,8% dos nascimentos, enquanto nos demais estratos o valor é de 1,1% e 5% a 6%, em média. A idade gestacional no momento do nascimento surpreende, já que nos estratos 1 e 3 encontraram-se valores semelhantes, 12,8% e 14,2%, quase três vezes maiores que o referido para o segundo estrato, 5,3%. Na medida do Apgar no quinto minuto, observa-se maior concentração de asfixia moderada e grave (Apgar < 7) nos filhos das mulheres do primeiro estrato; neste grupo também foi maior a utilização de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A transferência de RN após o nascimento para outro estabele-

Tabela 4

Acessibilidade e grau de satisfação das puérperas atendidas em maternidades públicas, conveniadas e privadas. Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999-2001.

Variáveis de investigação	Estrato			Total		p valor
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	n	%	
Tentou fazer o parto em outro lugar						
Sim	28,8	37,0	3,8	2.405	23,9	0,000
Pôde ficar com acompanhante						
Sim	40,4	6,1	67,7	3.707	36,9	0,000
Tipo de parto						
Normal	68,0	65,0	13,1	5.030	50,1	0,000
Cesáreo	31,3	34,3	86,7	4.958	49,4	
Fórceps	0,7	0,6	0,3	53	0,5	
Tomou anestesia						
Sim	86,7	88,9	99,6	9.116	91,4	0,000
Atendimento ao parto regular e ruim						
Sim	6,3	12,3	1,0	678	6,7	0,000
Atendimento ao recém-nascido regular e ruim						
Sim	1,9	3,6	0,8	209	2,2	0,000

cimento hospitalar, no entanto, foi maior no estrato 3.

A taxa de mortalidade perinatal do estudo foi de 16%. Quando se desagrega por estrato, observa-se uma proporção de óbitos bem mais elevada no primeiro estrato, com 29% sendo mais de sete vezes maior do que no terceiro, com 4%.

Discussão

Analisar as características das gestantes e dos RN com base no recorte da organização financeiro-administrativa dos prestadores de assistência médica do Sistema de Saúde do Município do Rio de Janeiro mostrou-se adequado para diferenciar a população em estudo, evidenciando que, no nosso contexto, a assistência médica reproduz as desigualdades sociais, ao invés de atenuá-las¹².

É importante destacar que diferenças significativas entre os estratos da amostra também foram encontradas em relação aos indicadores de apoio familiar, hábitos saudáveis, história reprodutiva e, principalmente, quanto aos efeitos adversos nos RN.

Não surpreende a presença marcante de puérperas adolescentes nos estratos 1 e 2, uma

vez que muitos estudos vêm mostrando que a gestação nessa faixa etária está associada à pobreza^{5,13}. Entretanto, as que têm 35 anos ou mais concentram-se no terceiro estrato, evidenciando o efeito do deslocamento da maternidade para idades mais tardias nos grupos sociais mais favorecidos, como vem sendo observado em diversas áreas do Brasil^{14,15}. Há também uma distinção na distribuição etária das puérperas entre os estratos 1 e 2. O primeiro, composto por maternidades públicas de referência para gestantes de alto risco, concentra mulheres em faixas etárias extremas, as adolescentes e as de 35 anos e mais.

Quase a metade das entrevistadas tinha o nível de instrução até a quarta série do ensino fundamental, mostrando a situação precária da escolaridade das mães deste estudo. As facilidades de saneamento básico, por outro lado, têm ampla cobertura, mesmo nos estratos de mais baixo nível sócio-econômico.

A cor da pele da mãe também se diferenciou segundo o prestador da assistência, predominando as pretas nos estratos 1 e 2 e as brancas, no 3. Ao contrário, o exercício do trabalho materno remunerado foi muito mais freqüente no terceiro estrato, bem como o emprego paterno. As desigualdades entre os estratos foram maio-

Tabela 5

Antecedentes obstétricos e morbidade referida pelas puérperas atendidas em maternidades públicas, conveniadas e privadas. Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999-2001.

Variáveis de investigação	Estrato			Total		p valor
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	n	%	
Quantas vezes esteve grávida?						
Primigesta	33,7	38,6	49,9	4.064	40,4	0,000
1 vez	27,1	27,8	30,9	2.869	28,5	
2 vezes	18,2	16,6	12,5	1.598	15,9	
3 vezes	10,0	8,1	4,6	773	7,7	
4 ou mais	11,0	9,0	2,1	762	7,6	
Hipertensão arterial						
Sim	12,8	9,9	7,3	1.018	10,1	0,000
Diabetes mellitus						
Sim	2,3	1,6	1,2	171	1,7	0,002
Anemia						
Sim	38,2	38,1	34,8	3.698	37,1	0,005
Infecção urinária						
Sim	20,1	21,6	15,6	1.917	19,2	0,000
Sífilis						
Sim	2,4	1,9	0,2	150	1,5	0,000

res para o acesso a emprego entre os homens, pais dos recém-nascidos, do que entre as mães, mas o desemprego entre as mulheres foi quase cinco vezes maior que entre os homens.

A relação entre condições de vida e estado de saúde está amplamente documentada na literatura científica¹⁶, bem como é reconhecida a associação entre acesso a serviços de saúde e o nível sócio-econômico das populações. A pesquisa sobre padrões de vida realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁷ mostrou que, no Brasil, é muito diferenciado o uso de serviços de saúde por quintil de renda, nível de instrução e área geográfica de residência, sendo mais elevado entre os de melhor condição social. Kawachi & Kennedy¹⁸ chamam alertam que, nos Estados Unidos, as relações de dependência entre renda e saúde são amplificadas pela discriminação racial, atuando sinergicamente tanto sobre os determinantes, quanto nos agravos à saúde.

Wilkinson¹⁹ tem destacado a importância do suporte familiar e social para melhores resultados em saúde. Os achados deste estudo apontam um apoio mais amplo para as mulheres do estrato 3, onde são observadas maiores proporções de puérperas com companheiro,

apoiadas por eles e que dispuseram da sua companhia na maternidade. Da mesma forma, verificou-se maior satisfação materna e paterna em relação à gravidez.

Manifestações de desinteresse e falta de acolhimento à mulher e seu filho foi expresso pela agressão física praticada contra a gestante, mais freqüente nos estratos 1 e 2. A prevalência da agressão física nas gestantes deste estudo foi similar ao descrito por Hedin & Janson²⁰ em gestantes suecas, mostrando que é grave o problema da violência doméstica contra a mulher e extrapola o nível de desenvolvimento econômico das sociedades.

Outro aspecto a destacar aqui é que as diferenças entre os estratos quanto à tentativa de aborto podem estar expressando apenas o maior insucesso desta prática nas mulheres de mais baixa renda e não as diferenças na prevalência deste problema entre os grupos. O planejamento e desejo da gestação é um preditor importante do cuidado futuro com o recém-nascido, como mostrou Kost et al.²¹, analisando os dados do inquérito nacional sobre a saúde materno-infantil nos Estados Unidos.

O desamparo à gestante pode também ser avaliado pela proporção de mulheres que che-

Tabela 6

Desfechos nos recém-nascidos por parto único atendidos em maternidades públicas, conveniadas e privadas. Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999-2001.

Variáveis de investigação	Estrato			Total		p_valor
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	n	%	
Tipo de Gestação						
Única	98,1	98,8	98,4	9.546	98,4	0,000
Dupla	1,9	0,3	1,1	105	1,1	
Tríplice e +	0,0	0,8	0,6	47	0,5	
Peso ao Nascer < 1.500g						
Sim	2,9	1,1	1,1	160	1,7	0,000
Peso ao Nascer < 2.500g						
Sim	14,8	5,4	6,2	826	8,8	0,000
Prematuridade						
Sim	12,8	5,3	14,2	694	10,8	0,000
Apgar no 5º min < 7						
Sim	5,2	3,2	1,2	286	3,3	0,000
Transferência do RN						
Sim	0,4	0,6	1,9	86	0,9	0,000
RN encaminhado UTI						
Sim	6,7	2,6	4,6	439	4,6	0,000
Óbito perinatal						
Sim	2,9	1,3	0,4	159	1,6	0,000

RN = recém nato; UTI = Unidade de tratamento intensivo.

garam à maternidade de transporte coletivo ou a pé. No primeiro estrato, corresponde a mais de um quarto do total, enquanto no terceiro resume-se a 6%. Estudos sobre coesão social vêm mostrando os benefícios que os vínculos afetivos de familiares, vizinhança, religião ou de outra natureza exercem sobre a saúde, inclusive sobre o cuidado e a percepção precoce dos problemas de saúde^{22,23}. Em particular, no período da gravidez e no momento do parto, tão singular e significativo para a vida da mulher e do seu conceito, a falta de acolhimento expresso pelos dados desta pesquisa merece uma grande reflexão das autoridades sanitárias do Município do Rio de Janeiro e de toda a sociedade.

A elevada cobertura do acompanhamento ao pré-natal no Município do Rio de Janeiro não vem se acompanhando do repasse de informações adequadas sobre o parto e puerpério durante o atendimento prestado. Como uma dimensão da qualidade da assistência, a apreensão diferenciada de informações nos estratos

deste estudo pode ser reflexo do tratamento desigual que os serviços de saúde proporcionam aos seus usuários, respondendo muito mais às características sócio-culturais da sua demanda do que às reais necessidades de saúde, reafirmando a lei da atenção inversa²⁴.

Por outro lado, o reforço da vacina antitetânica foi mais freqüente nos estratos 1 e 2, em consequência da normatização desta prática no pré-natal dos serviços públicos, freqüentados pela clientela desses estratos¹¹.

O hábito de fumar, ingerir bebidas alcoólicas e usar drogas ilícitas durante a gestação também foi mais presente nas clientes do SUS. Muito embora esse dado seja apenas qualitativo, sem precisar a quantidade da exposição, são comportamentos e hábitos de risco para a gestante e o RN. Hoogan & Park²⁵ discutem que a prática desses comportamentos de risco nos Estados Unidos está freqüentemente associada a outras características sociais e familiares, tais como ser pobre, pertencer a minorias étnicas e viver sem companheiro. Estudo reali-

zado em São Paulo mostrou um risco relativo de 1,7 para o baixo peso ao nascer entre mães que fizeram uso de cigarro na gestação, independente do grau de escolaridade ²⁶.

A ausência de um planejamento sistêmico para assistência ao nascimento no Município do Rio de Janeiro, articulado com a atenção ao pré-natal, tem levado a uma grande mobilidade das gestantes atendidas pelo SUS no momento do parto, à procura de vagas nos serviços de saúde. Quase 40% das gestantes que procuraram as instituições do estrato 2 não foram recebidas, uma parte delas, por serem gestantes de risco e demandarem serviços especializados, ausentes nessas instituições. A falta de acolhimento institucional pode também ser verificada através das baixas proporções de gestantes que tiveram a oportunidade de ficar acompanhadas por familiares durante a hospitalização, sobretudo no estrato 2, que congrega instituições privadas conveniadas com o SUS e hospitais estaduais. Os hospitais municipais e federais têm se estruturado melhor para oferecer esta oportunidade à sua clientela, atingindo proporções de cobertura mais próximas ao patamar do sistema privado.

O parto operatório foi mais comum nas instituições privadas, corroborando o que já foi descrito antes e verificado em outras áreas do Brasil ^{27,28}. Expressa o acesso diferenciado, por grupo social, à tecnologia médica, mesmo quando de uso prejudicial à saúde. É lastimável que no grupo de menor risco para a morbimortalidade perinatal, o estrato 3, a prática da cesárea atinja quase 90% das mulheres. Observa-se que o uso de anestésico durante o trabalho de parto está muito difundido, mesmo nos estabelecimentos do SUS, levando a desfazer o mito de que a opção pelo parto operatório se dá por medo da dor. Fatores ligados à decisão materna e dos profissionais de saúde sobre horário e dia convenientes para o atendimento ao parto talvez expliquem melhor estas cifras.

Joffe et al. ²⁹, analisando as conseqüências do parto cesáreo sobre a saúde materna e fetal em Londres, recomendam que as taxas de cesáreas para aquela cidade, em maternidades gerais, que não recebam população de alto risco, não sejam superiores a 12%.

Neste estudo, a grande maioria das puérperas considerou satisfatório o atendimento recebido por elas e por seus RN, mas, quando houve insatisfação, esta foi mais referida para as instituições do segundo estrato do que para o primeiro, e mais para este do que para o terceiro. Também foi distinta a avaliação das mães quanto à atenção dada a elas e aos seus RN, denotando a percepção de um maior cuidado da

equipe de saúde para com o conceito do que para com a genitora. O julgamento da clientela sobre o atendimento recebido constitui-se em um dos itens da avaliação da qualidade da atenção, sobretudo no que se refere à dimensão do aceitabilidade e humanidade do cuidado prestado ²³. Apesar de este tipo de avaliação não contemplar freqüentemente a adequação da atenção prestada, por impossibilidade de a clientela julgar com conhecimento técnico o que deveria ser corretamente feito, é ainda assim um importante componente da avaliação sob a ótica da satisfação do usuário, para quem os serviços são, afinal, destinados.

A grande maioria das mulheres que deram à luz no Município do Rio de Janeiro estava na sua primeira ou segunda gestação, mas as múltiplas de quatro ou mais filhos concentraram-se nas instituições públicas municipais e federais, constituindo-se em um grupo especial de risco para si e seus RN.

A prevalência de 10% de hipertensão arterial nas gestantes do Município do Rio de Janeiro foi semelhante à descrita para as gestantes dos Estados Unidos por Granger et al. ³⁰. A diabetes mellitus foi mais prevalente no primeiro estrato, bem como a ocorrência de sífilis, congregando patologias tanto crônicas, que demandam um monitoramento sistemático durante o pré-natal, quanto infecciosas, ligadas à pobreza e à prática do sexo desprotegido. Estas últimas são mais freqüentes em populações sem o devido acompanhamento ante natal, como mostraram Mathai et al. ³¹, estudando prontuários de gestantes VDRL positivas em maternidades da Índia. A anemia, descrita como a carência mais freqüente da gravidez, também o foi neste estudo, atingindo mais de um terço das mulheres grávidas. Ainda que a prevalência tenha sido diferente entre os estratos, constitui-se na variável que tem a distribuição mais homogênea dentre todas até então apresentadas. Na Suíça, um inquérito sorológico nacional em gestantes encontrou uma prevalência de 6% de anemia ³², enquanto na Índia, em uma área rural, o índice atingiu mais de 70% das gestantes ³³. Coerente com a literatura ³⁴, a infecção urinária foi o segundo problema de saúde mais referido e apresentou-se também muito menor no terceiro estrato.

Um aspecto a ser destacado é que as mães do terceiro estrato amostral têm a mais elevada cobertura de atendimento pré-natal e, portanto, têm maior probabilidade de fazer o diagnóstico de patologias ocorridas durante a gestação. As diferenças encontradas neste estudo provavelmente são conservadoras em relação às reais.

É ainda muito elevada, 9,4%, a proporção do BPN no Município do Rio de Janeiro, se comparado às estatísticas internacionais que giram em torno de 5% para os países desenvolvidos. Em São Paulo, Monteiro ³⁵, analisando uma amostra de nascimentos do município através de dados de prontuários hospitalares, encontrou 8,9% de baixo peso ao nascer; em Pelotas, Horta et al. ³⁶, em um censo dos nascimentos do município, identificou 9,8% no ano de 1993, ambos com taxas de mortalidade infantil e perinatal semelhantes à do Município do Rio de Janeiro.

As diferenças nas proporções de baixo peso ao nascer entre os estratos amostrais são reflexos das características das instituições que os compõem. O estrato 1, formado por serviços de alta complexidade, recebe mais gestantes e RN de risco, no entanto, quando analisado em relação à idade gestacional, verifica-se uma predominância de prematuros no estrato 3, onde o baixo peso ao nascer é menos da metade em relação ao primeiro. Ocorre o mesmo em relação aos RN de muito baixo peso, com menos de 1.500g. Esses dados denunciam uma maior presença de prematuros leves no estrato 3, fazendo supor que essa prematuridade pode estar sendo induzida pelo parto operatório. De fato, neste estrato são mais elevadas as proporções de prematuridade nos partos operatórios do que nos outros dois (dados não mostrados). A maior gravidade dos RN do estrato 1 pode também ser denotada pelas maiores proporções dos índices de Apgar menor que sete no quinto minuto.

Ao contrário do que se verificou para o acesso da gestante no momento do parto, o estrato 3, que menos recusa receber as mães, é o que mais transfere recém-nascidos. Como se trata do setor privado, que compete pela clientela

que paga o seguro saúde, não recusa cliente e como consequência necessita, com certa frequência, transferir o RN que demanda cuidados especiais, expondo-o ao risco de complicações.

É ainda muito elevada a taxa de mortalidade perinatal do Município do Rio de Janeiro, a qual atinge o valor de 16/mil. No mesmo período, o valor dos Estados Unidos era de 7,1/mil ³⁷ e, na Europa Ocidental, os países que tiveram menores coeficientes foram a Suécia e Finlândia, com 5,4/mil, sendo os mais elevados os da Grécia e da Irlanda do Norte, com 9,7/mil ³⁸.

Concluindo, os dados deste estudo mostraram que são diferenciadas as condições de parto e nascimento das crianças do Município do Rio de Janeiro, sendo de um modo geral mais favoráveis no grupo social que utiliza os serviços de saúde do terceiro estrato da amostra, embora persistindo ali práticas pouco recomendáveis à saúde da sua clientela, como a excessiva proporção de cesáreas e a transferência de recém-nascidos. O estrato 1, que congrega serviços de referência para o SUS, recebe a clientela materna e infantil com maior morbidade da cidade e de municípios vizinhos. Este grupo de maternidades tem oferecido a possibilidade de acompanhamento dos familiares durante a internação, passo importante na humanização do atendimento ao parto. Ainda que pareça superestimada, a clientela destes serviços vem reconhecendo esses esforços, na avaliação mais positiva da atenção recebida em relação ao outro segmento do SUS. As maternidades do estrato 2, representadas majoritariamente pelas instituições particulares conveniadas com o SUS, são as que mais recusam as parturientes, produzindo, assim, um retardo no acompanhamento da evolução do parto.

Resumo

Este estudo compara os fatores sócio-demográficos, características biológicas das mães e a qualidade da assistência prestada em maternidades do Município do Rio de Janeiro. Participaram da amostra 10.072 gestantes que se hospitalizaram para o parto em 47 instituições selecionadas, no período 1999-2001. Dados foram coletados de entrevistas com as mães no pós-parto e de consulta aos prontuários médicos. Utilizou-se o teste χ^2 para analisar a homogeneidade das proporções. São diferenciadas as condições de vida, de atenção ao parto e nascimento no Município do Rio de Janeiro, sendo mais favoráveis no grupo social que utiliza os serviços de saúde das maternidades privadas, embora persistindo ali uma excessiva proporção de ce-

sáreas e de transferência de recém-nascidos. O estrato composto pelas maternidades federais e municipais recebe a clientela materna e infantil com maior morbi-mortalidade, oferece acompanhamento de familiares na internação, obtendo das mães uma avaliação da atenção recebida mais positiva do que o outro segmento do SUS. As maternidades do estrato 2, representadas majoritariamente pelas instituições particulares conveniadas com o SUS, são as que mais recusam parturientes, produzindo um retardo no acompanhamento do trabalho de parto.

Qualidade da Assistência à Saúde; Acesso e Avaliação; Mortalidade Perinatal; Satisfação do Usuário

Colaboradores

M. C. Leal participou de todas as etapas do estudo e da elaboração do artigo, sendo responsável pela versão final. S. G. N. Gama contribuiu em todas as etapas do estudo e da elaboração do artigo. M. R. Campos e colaborou na organização do banco de dados e análise estatística. L. T. Cavalini e L. S. Garbayo contribuíram na construção do banco de dados na construção do banco de dados e análise dos resultados. C. L. P. Brasil participou da elaboração dos objetivos do estudo e discussão dos resultados. C. L. Szwarcwald foi responsável pela amostragem do estudo, e colaborou na definição e redação da metodologia e discussão do artigo.

Referências

1. Leal MC, Szwarcwald CL. Evolução da mortalidade neonatal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, de 1979 a 1993. 1 – Análise por grupo etário segundo região de residência. *Rev Saúde Pública* 1996; 30:403-12.
2. Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:759-72.
3. Carvalho ML. Mortalidade neonatal e aspectos da qualidade da atenção à saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro em 1986/87 [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1993.
4. Szwarcwald CL, Leal MC, Andrade CLT, Borges PRSJ. Estimativa da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? *Cad Saúde Pública* 2002; 18:1725-36.
5. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:74-80.
6. Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. 2nd Ed. New York: John Wiley & Sons; 1991.
7. Moraes CL, Reichenheim ME. Cross-cultural measurement equivalence of the *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)* Portuguese version used to identify violence with couples. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:783-96.
8. Springer JF, Phillips JL. *Individual Protective Factors Index (IPFI): a measure of adolescent resilience*. Saint Louis: Evaluation Management Training Associates Inc.; 1997.
9. Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr* 1978; 93:120-2.
10. Campos MR, Leal MC, Souza Jr. PB, Cunha CB. Consistência entre fontes de dados e confiabilidade interobservador do *Estudo da Morbi-mortalidade e Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro*. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1:S34-43.
11. Ministério da Saúde. *Assistência pré-natal: manual técnico da Secretaria de Políticas de Saúde*. 3a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
12. Travassos C. Equidade e o sistema único de saúde: uma contribuição para debate. *Cad Saúde Pública* 1997; 13:325-30.
13. Roth J, Hendrickson J, Stowell DW. The risk of teen mothers having low birth weight babies: implications of recent medical research for school health personnel. *J Sch Health* 1998; 68:271-5.
14. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. *Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil; 1997.
15. Leal MC, Gama SGN. Infância doente: perfil de mortalidade e internações em crianças de 0 a 5 anos de idade, segundo áreas geográficas de diferentes composições populacionais do Brasil. *Revista USP* 2001; 51:86-103.
16. Townsend P, Davidson N. *Inequalities in health. The black report and health divide*. London: Penguin; 1990.
17. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa sobre padrões de vida 1996-1997*. 2a Ed. Rio de Janeiro: Departamento de População e Indicadores Sociais, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1999.
18. Kawachi I, Kennedy BP. Health and social cohesion: why care about income inequality? *Br Med J* 1997; 314:1037-40.
19. Wilkinson RG. Comment: income, inequality and social cohesion. *Am J Public Health* 1997; 87:1504-6.
20. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79:623-4.
21. Kost K, Landry DJ, Darroch JE. The effects of pregnancy planning status on birth outcomes and infant care. *Fam Plann Perspect* 1998; 30:223-30.
22. Andrade CR. Associação entre apoio social e frequência relatada de auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde [Dissertação de Mestrado]. Rio

- de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
23. Bowling A. Measuring social networks and social support. In: Bouling A, editor. *Measuring health: a review of quality of life measurements scales*. 2nd Ed. Buckingham: Open University Press; 1997. p. 86-102.
 24. Jardimovski E, Guimarães PCV. O desafio da equidade no setor saúde. *Revista Administrativa Empresarial* 1993; 33:38-51.
 25. Hogan DP, Park JM. Family factors and social support in the developmental outcomes of very low-birth weight children. *Clin Perinatol* 2000; 27:433-59.
 26. Benicio MH, Monteiro CA, Souza JM, Castilho EA, Lamônica IM. Análise multivariada dos fatores de risco para o baixo peso ao nascer em recém-nascidos do Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 1985; 19:311-20.
 27. Oliveira MIC, Leal MC. Alojamento conjunto e parto cesáreo em maternidades do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1997; 31: 572-80.
 28. Yazlle MEHD, Rocha JSY, Mendes MC, Marcolin AC, Azevedo GD. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:202-6.
 29. Joffe M, Chapple J, Paterson C, Beard RW. What is the optimal caesarean section rate? An outcome based study of existing variation. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48:406-11.
 30. Gramger JP, Alexander BT, Bennett WA, Khalil RA. Pathophysiology of pregnancy-induced hypertension. *Am J Hypertens* 2001; 14:178-85.
 31. Mathai E, Mathai M, Prakash JA, Bergström S. Audit of management of pregnant women with positive VDRL tests. *Natl Med J India* 2001; 14:202-4.
 32. Hess SY, Zimmermann MB, Brogli S, Hurrell RF. A national survey of iron and folate status in pregnant women in Switzerland. *Int J Vitam Nutr Res* 2001; 71:268-73.
 33. Rajaratnam J, Abel R, Ganesan C, Jayaseelan AS. Maternal anaemia: a persistent problem in rural Tamil Nadu. *Natl Med J India* 2000; 13:242-5.
 34. Krcmery S, Hromec J, Demesova D. Treatment of lower urinary tract infection in pregnancy. *Int J Antimicrob Agents* 2001; 17:279-82.
 35. Monteiro CA. Secular trends in birth weight in São Paulo City, Brazil (1976-1998). *Rev Saúde Pública* 2000; 34:26-40.
 36. Horta BL, Barros FC, Halpern R, Victora CG. Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 1996; 12 Suppl 1:27-31.
 37. Barfield WD, Tomashek KM, Flowers LM, Iyasu S. Contribution of late fetal deaths to US perinatal mortality rates, 1995-1998. *Semin Perinatol* 2002; 26:17-24.
 38. Graafmans WC, Richardus JH, MacFarlane A, Rebagliato M, Blondel B, Verloove-Vanhorich SE, et al. Comparability of published perinatal mortality rates in Western Europe: the quantitative impact of differences in gestational age and birthweight criteria. *Br J Obstet Gynecol* 2001; 108:1237-45.

Recebido em 02/Out/2002

Versão final rerepresentada em 13/Jun/2003

Aprovado em 18/Set/2003