

NELSON SASS¹

ALCIDES ROCHA DE FIGUEREDO JUNIOR²

JOSÉ MARTINS SIQUEIRA³

FABIO ROBERTO OLIVEIRA DA SILVA³

JUSSARA LEIKO SATO³

MARY UCHIYAMA NAKAMURA⁴

EDUARDO DE SOUSA⁴

Desfechos maternos e perinatais em gestantes bolivianas no município de São Paulo: um estudo transversal caso-controlado

Maternal and perinatal outcomes in Bolivian pregnant women in the city of São Paulo: a cross-sectional case-control study

Artigo original

Palavras-chave

Grupos étnicos
Pré-eclâmpsia
Cuidado pré-natal

Keywords

Ethnic groups
Pre-eclampsia
Prenatal care

Resumo

OBJETIVO: avaliar as características relativas ao atendimento de parturientes bolivianas e seus desfechos em um hospital do município de São Paulo. **MÉTODOS:** estudo transversal retrospectivo tipo caso-controlado, entre dois grupos de gestantes, atendidas no período de 2003 a 2007. O Grupo Estudo incluiu 312 gestantes bolivianas e o Grupo Controle, 314 gestantes brasileiras. Os grupos foram comparados em relação às variáveis demográficas, à ocorrência de intercorrências maternas e às variáveis perinatais. A análise estatística foi feita com o uso do teste do χ^2 e, quando necessário, foi aplicada a correção de Yates. **RESULTADOS:** comparado às parturientes brasileiras, o número de bolivianas que frequentaram o pré-natal foi menor (16,4 versus 5,1%; $p < 0,001$) e, dentre as que o fizeram, foi maior a porcentagem das que compareceram a menos do que cinco consultas (50 versus 19,3%; $p < 0,001$). Foi observado menor número de mães bolivianas solteiras (12,1 versus 25,4%; $p < 0,001$) e menor número de gestantes nulíparas (34,1 versus 43,6%; $p = 0,017$). A incidência de sífilis congênita foi maior entre as bolivianas (2,9 versus 0,5%; $p < 0,05$), assim como o número de recém-nascidos classificados como grande para a idade gestacional (14,6 versus 5,8%; $p < 0,001$). **CONCLUSÕES:** o não comparecimento ao pré-natal, ou o número inadequado de consultas, e o número mais elevado de casos de sífilis congênita observado entre as bolivianas mostram a grande vulnerabilidade desse grupo étnico minoritário frente aos agravos da saúde. Consequentemente, faz-se necessário um planejamento estratégico dos setores responsáveis pela coordenação da assistência em nosso município, com o intuito de reduzir essa disparidade, seja por meio de melhorias socioeconômicas ou da implementação da assistência à saúde, particularizada para esse grupo.

Abstract

PURPOSE: to evaluate the characteristics regarding care of Bolivian pregnant women and their outcomes in Hospital Municipal Vereador José Storopoli. **METHODS:** a cross-sectional retrospective case-control study comparing two groups of pregnant women from 2003 to 2007. The Study Group included 312 Bolivian pregnant women and the Control Group, 314 Brazilian women. The groups were compared with respect to demographic variables, the presence of maternal complications and perinatal outcomes. Statistical analysis was performed by χ^2 test and, when necessary, by applying Yates' correction. **RESULTS:** compared to Brazilian mothers, a smaller number of Bolivian women received prenatal care (16.4 versus 5.1%, $p < 0.001$) and among those that did, the percentage of those who had less than five visits was higher (50 versus 19.3%, $p < 0.001$). Compared to the Brazilian group, the Bolivian group had fewer unwed mothers (12.1 versus 25.4%, $p < 0.001$) and a lower number of nulliparous women (34.1 versus 43.6%, $p = 0.017$). Congenital syphilis had a higher incidence in the Bolivian group (2.9 versus 0.5%, $p < 0.05$), as well as a higher number of newborns classified as large for gestational age (14.6 versus 5.8%, $p < 0.001$). **CONCLUSIONS:** the failure to attend prenatal care or its completion with an inadequate number of consultations, and the higher number of cases of congenital syphilis observed among the Bolivian women show the great vulnerability of this ethnic minority group to health problems. Consequently, it is necessary a strategic planning of the sectors responsible for coordinating assistance in our country, in order to reduce this disparity, either through socio-economic improvements or by the implementation of health care tailored to the needs of this group.

Correspondência:

Fabio Roberto Oliveira da Silva
Rua Francisco Fanganiello, 127 – Parque Novo Mundo
CEP 02181-160 – São Paulo (SP), Brasil
E-mail: faber16@gmail.com

Recebido

1/12/09

Aceito com modificações

19/8/10

Serviço de Obstetrícia do Hospital Municipal Vereador José Storopoli da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

¹ Professor Coordenador do Internato Médico do Serviço de Obstetrícia do Hospital Municipal Vereador José Storopoli da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil; orientador do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC.

² Pós-graduando (Doutorado) do Curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil; bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC.

³ Médicos Preceptores da Enfermaria do Serviço de Obstetrícia do Hospital Municipal Vereador José Storopoli da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Professores responsáveis pela Enfermaria do Serviço de Obstetrícia do Hospital Municipal Vereador José Storopoli da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

Introdução

O convívio com a diversidade cultural é um fenômeno global e tem se acentuado graças às demandas que a economia mundial impõe. Verificamos maior competitividade dos mercados e redução dos custos, o que afeta as condições de trabalho, saúde e de vida do trabalhador e, em especial, da mulher. Taxas de morbidade têm sido consideradas indicadores confiáveis das condições de saúde populacionais e reveladoras das desigualdades entre os diversos grupos populacionais^{1,2}.

Hoje, a presença de imigrantes bolivianos é fato consolidado em São Paulo, constituindo o grupo hispano-americano mais populoso que vive na cidade. Do ponto de vista espacial, estão concentrados principalmente nas zonas central e norte da cidade³.

No que diz respeito à saúde pública, tal aspecto pode acarretar conflitos relevantes representados não só pelo custeio destinado à assistência de um contingente populacional “não esperado”, mas também pela existência de conflitos decorrentes das raízes culturais das pacientes. Uma das barreiras existentes é a diferença de idioma, o que interfere diretamente na relação entre a paciente e a equipe multidisciplinar de saúde. Acrescido a isso, a situação de ilegalidade no país acaba por fazer com que esse grupo tenha receio de entrar em contato com os serviços públicos de saúde⁴. Em países da América Latina com condições socioeconômicas menos favoráveis, quando comparados ao Brasil, é ainda expressivo o número de mulheres que recebe assistência pré-natal e ao parto de parteiras tradicionais ou outras pessoas não profissionalizadas, assim como o início tardio do pré-natal⁵. Sendo assim, culturalmente, a concepção do processo saúde-doença para essa população também é diferenciada. Tais questões fazem com que percebamos a vulnerabilidade dessas populações frente às precárias condições socioeconômicas e a assistência à saúde.

Uma das metas da Declaração do Milênio é a redução de 75% da razão de morte materna até o ano de 2015⁶ e, segundo o relatório de 2009⁷, o Brasil apresentou, de 1990 a 2008, redução de 3 a 9% na razão de mortalidade ao ano. Para que permaneçamos nessa redução constante, faz-se necessário uma política de assistência à saúde que envolva o cuidado com os grupos sociais minoritários.

Nesse cenário, observamos, no Hospital Municipal Vereador José Storopolli, localizado na zona norte da capital e sob gestão da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), um expressivo contingente de parturientes bolivianas. Dessa forma, consideramos relevante desenvolver um estudo relativo à assistência

prestada a essas pacientes e seus desfechos, com o objetivo geral de produzir dados epidemiológicos que possam auxiliar no planejamento institucional e do sistema de saúde do município. De modo específico, avaliamos as características demográficas, as intercorrências clínicas e obstétricas, a assistência obstétrica e os desfechos perinatais das parturientes bolivianas atendidas nesse serviço, comparando-as com as parturientes brasileiras.

Métodos

Estudo transversal, tipo caso-controle, realizado com parturientes de etnia boliviana, cujos partos ocorreram no Hospital Municipal Vereador José Storopolli, no período de Janeiro de 2003 a Dezembro de 2007. O Grupo Controle foi composto por parturientes brasileiras atendidas nesse mesmo período e local.

Informações incompletas ou conflitantes não foram consideradas, resultando, para algumas variáveis, número diferente do total de pacientes incluídas. O grupo de bolivianas contou com 312 parturientes e o de brasileiras, com 314.

Os dois grupos foram comparados de acordo com as variáveis demográficas (idade, estado civil, paridade, realização de pré-natal e seu número de consultas), variáveis maternas clínicas e obstétricas (pré-eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas ovulares, sífilis, anemia e morte materna) e variáveis perinatais (tipo de parto, analgesia, prematuridade, adequação entre peso e idade gestacional, índice de Apgar no 5º minuto, natimortalidade e mortalidade neonatal).

Conceituamos as intercorrências maternas da seguinte forma: (a) pré-eclâmpsia: presença de pressão arterial sistólica maior que 140 mmHg e/ou diastólica maior que 90 mmHg, diagnosticada pela primeira vez após a 20ª semana, associada à proteinúria de uma cruz em fita ou maior que 0,3 g/L em urina de 24 horas; (b) descolamento prematuro da placenta (DPP): o descolamento da placenta, normalmente inserida, antes do parto; (c) ruptura prematura das membranas ovulares (RPM): a ocorrência da ruptura das membranas ovulares antes do parto, ocorrida após a 20ª semana; (d) sífilis: confirmada por sorologia em mães cujos recém-nascidos tiveram que se submeter ao tratamento para sífilis congênita; (e) anemia: diagnosticada quando hemoglobina inferior a 11,0 g/dL.

As variáveis perinatais foram assim analisadas: (a) tipo de parto: vaginal ou cesárea; (b) analgesia no trabalho de parto: presente ou ausente; (c) prematuridade: idade gestacional menor que 37 semanas; (d) adequação entre peso e idade gestacional, caracterizando pequenos (PIG),

adequados (AIG) e grandes (GIG); (e) índice de Apgar no 5º minuto; (f) natimortalidade: perdas fetais com mais de 22 semanas ou fetos com peso acima de 500 g; (g) mortalidade neonatal: número de mortes de crianças entre 0 e 27 dias.

Os dados foram coletados por meio da revisão dos prontuários das pacientes e armazenados em planilhas Excel®. As diversas variáveis estudadas foram comparadas utilizando-se o teste do χ^2 e, quando pertinente, foi aplicada a correção de Yates, obedecendo às restrições Cochran.

O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP de acordo com o parecer 1864/07.

Resultados

Ao analisarmos as variáveis demográficas, a Tabela 1 destaca que os dois grupos diferem com relação à idade ($p=0,008$) na faixa abaixo dos 20 anos (23,7 *versus* 15,7%; $p=0,014$). É maior também o número de brasileiras solteiras (25,4 *versus* 12,1%; $p<0,001$) e nulíparas (43,6 *versus* 34,1%; $p=0,017$). Quanto à

assistência pré-natal, maior número de bolivianas não fizeram pré-natal (16,4 *versus* 5,1%; $p<0,001$) e, dentre aquelas que o fizeram, é maior também o número das que tiveram menos que cinco consultas (50 *versus* 19,3%; $p<0,001$).

A Tabela 2 permite avaliar as variáveis maternas clínicas e obstétricas, nas quais podemos observar um número maior de casos de sífilis congênita entre os recém-nascidos de bolivianas quando comparados aos do grupo de brasileiras (2,9 *versus* 0,3%; $p<0,05$). Um maior número de gestantes brasileiras apresentou ruptura prematura de membranas (9,6 *versus* 3,8%; $p=0,004$). Não houve diferença significativa entre a incidência de pré-eclâmpsia, de anemia e de DPP. Houve um óbito materno entre bolivianas, resultando em razão de morte materna de 326 por 100.000 nascidos vivos.

A Tabela 3 ilustra que mais bolivianas deram à luz por parto normal sem analgesia (34,2 *versus* 22,6%; $p=0,005$) e que tiveram mais bebês GIG (14,6 *versus* 5,8%). Não houve diferença quanto ao tipo de parto, à natimortalidade, ao Apgar e à prematuridade.

Tabela 1 – Comparação entre os grupos de parturientes bolivianas e brasileiras quanto às variáveis demográficas

Variáveis	Bolivianas		Brasileiras		χ^2	Valor de p
	n	%	n	%		
Idade						
<20	46	15,7	70	23,7		
20-29	200	68,0	165	55,9	9,6	0,008
≥30	48	16,3	60	20,3		
Total	294	100	295	100		
Estado civil						
Solteira	31	12,1	73	25,4		
Casada	226	87,9	214	74,6	15,6	<0,001
Total	257	100	287	100		
Paridade						
Nulípara	100	34,1	137	43,6		
Multipara	193	65,9	177	56,4	5,7	0,01
Total	293	100	314	100		
Pré-natal						
Sim	230	83,7	281	94,9		
Não	45	16,4	15	5,1	19,3	<0,001
Total	275	100	296	100		
Número de consultas						
<5	119	50,0	52	19,3		
5 ou +	119	50,0	218	80,7	53,5	<0,001
Total	238	100	270	100		

Tabela 2 – Comparação entre os grupos de parturientes bolivianas e brasileiras quanto às variáveis maternas clínicas e obstétricas

Variáveis	Bolivianas		Brasileiras		χ^2	Valor de p
	n	%	n	%		
Pré-eclâmpsia						
Sim	7	2,2	16	5,1	3,5	0,05
Não	305	97,8	298	94,9		
Total	312	100	314	100		
Incidência de pré-eclâmpsia entre as primigestas						
Sim	2	2,2	7	5,8	1,7	0,18
Não	91	97,8	114	94,2		
Total	93	100	121	100		
DPP						
Sim	6	1,9	1	0,3	3,6	0,05
Não	306	98,1	313	99,7		
Total	312	100	314	100		
RPM						
Sim	12	3,8*	30	9,6	8,1	0,004
Não	300	96,2	284	90,4		
Total	312	100	314	100		
Sífilis						
Sim	9	2,9*	1	0,3	6,5 ($\chi^2=5,0$)	0,010 ($p_c<0,05$)
Não	301	96,5	311	99,0		
Total	312	100	314	100		
Anemia						
Sim	8	2,6	4	1,3	1,38	0,23
Não	304	97,4	310	98,7		
Total	312	100	314	100		
Morte materna						
Sim	1**		0			
Não	311		314			
Total	312		314			

** Razão de morte materna: 326/100.000 nascidos vivos.

DPP: descolamento prematuro da placenta; RPM: ruptura prematura das membranas ovulares.

Tabela 3 – Comparação entre os grupos de parturientes bolivianas e brasileiras quanto às variáveis perinatais

Variáveis	Bolivianas		Brasileiras		χ^2	Valor de p
	n	%	n	%		
Tipo de parto						
Vaginal	256	83,1	245	78,0	2,57	0,10
Cesáreo	52	16,9	69	22,0		
Total	308	100	314	100		
Analgesia						
Presente	154	65,8	182	77,4	7,81	0,005
Ausente	80	34,2*	53	22,6		
Total	234	100	235	100		
Prematuridade						
Prematuro	20	6,6	25	8,0	0,49	0,48
Termo	285	93,4	286	92,0		
Total	305	100	311	100		
Adequação peso/idade						
PIG	0	0,0	7	2,2	15,7	<0,001
AIG	258	85,4	286	92,0		
GIG	44	14,6*	18	5,8		
Total	302	100	311	100		
Apgar						
< 7	20	6,9	31	10,2	2,02	0,15
7 ou +	269	93,1	273	89,8		
Total	289	100	304	100		
Natimortalidade						
Sim	6	1,9	2	0,6	2,05	0,15
Não	306	98,1	312	99,4		
Total	312	100	314	100		

PIG: pequeno para a idade gestacional; AIG: adequado para a idade gestacional; GIG: grande para a idade gestacional.

Discussão

Estima-se que vivem em São Paulo mais de 200 mil bolivianos atraídos pelo ramo de confecção de vestuário⁸. Do ponto de vista demográfico, o perfil construído desde os anos 1980 mostra que eles são, na maioria, jovens, de ambos os sexos, solteiros, recrutados para a indústria de confecção³.

Muitas vezes sem proteção legal, a mulher boliviana ganha espaço como mão de obra em um sistema que tem como base de remuneração a quantidade de peças produzidas. Outro aspecto a considerar é que uma forma de conquista da cidadania brasileira é dar à luz nesse território⁸.

Nesse contexto inóspito, a mulher enfrenta a gestação em condições precárias de saúde, mergulhada em jornadas de trabalho extenuante e, muito frequentemente, em condições insalubres. Acrescente-se ainda que a clandestinidade e a necessidade de produção impedem o seguimento pré-natal adequado⁴.

É provável que ocorra a organização familiar entre os integrantes dessa etnia precedente à imigração, ou após sua estada no Brasil. Considerar que constituir família pode ser uma boa alternativa para consolidar sua permanência em solo brasileiro poderia explicar o menor número de bolivianas solteiras e nulíparas no presente estudo. Por outro lado, verificamos um expressivo contingente de brasileiras adolescentes, situação compatível com informações demográficas disponíveis. Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) indicam que a porcentagem do total dos partos nos hospitais conveniados da faixa etária dos 10 aos 19 anos chegou a 26,5% em 1997 contra 22,34% em 1993⁹.

A inserção de imigrantes num contexto sociocultural diverso – e quase sempre adverso – é um processo marcado por conflitos e estranhamentos, seja para os recém-chegados, que não dominam os códigos culturais locais, seja para a sociedade receptora, que tende a vê-los a partir de estereótipos já construídos, transformando as diferenças étnico-culturais em algo exótico ou depreciativo¹⁰.

Um estudo coorte que avaliou o perfil de risco para parto prematuro em Amsterdam verificou que um dos fatores importantes que justificava maior prevalência dessa complicação entre minorias étnicas era o início tardio da assistência pré-natal¹¹⁻¹³. Ao se observar, neste trabalho, a cobertura pré-natal entre os grupos, é lícito supor que a inserção social das gestantes bolivianas propiciou cobertura deficiente nesse grupo no qual 16,4% não o realizaram, sendo que, entre as pacientes que o fizeram, apenas 50% apresentaram número de consultas considerado satisfatório (cinco ou mais consultas). Já no grupo de brasileiras, 5,1% não frequentaram o pré-natal e, no grupo que frequentou, 80,7% compareceram a mais de cinco consultas.

Esse aspecto pode ser explicado, em parte, pelo receio de exposição pública que esses indivíduos, muitas vezes em clandestinidade, apresentam (essa questão não foi objeto de análise neste trabalho). Assim, nos casos de gestantes, é provável que a opção pela procura de assistência só ocorrerá diante de situações mais críticas, como o momento do parto, por exemplo. Em trabalho realizado por Otis e Bret¹⁴ em uma população rural em Santa Cruz, Bolívia, entre as cinco principais causas para a baixa taxa de partos institucionais, o medo ou vergonha de ser atendida em um centro público de saúde ocupou o primeiro lugar (37%).

Quanto às intercorrências clínicas e obstétricas nas pacientes bolivianas, não foi registrada maior ocorrência de pré-eclâmpsia, mesmo quando estratificadas segundo a paridade, anemia e DPP. Ressaltamos, porém, que o único caso de morte materna registrado na população de estudo ocorreu em uma paciente boliviana, como consequência desta última intercorrência.

Verificamos maior frequência de RPM entre pacientes brasileiras, fato de difícil ponderação, uma vez que se considerou que as condições sociais das bolivianas menos favorecidas e o controle pré-natal insatisfatório acarretariam maiores riscos de RPM entre estas, o que não ocorreu.

Dentre os achados deste estudo, consideramos de extrema importância a verificação das taxas de sífilis congênita entre as pacientes bolivianas, nas quais foi observada taxa dez vezes superior à encontrada entre as brasileiras. Considerando a sífilis congênita um evento sentinela de capital importância, ressaltamos que devam ser traçadas estratégias específicas para atingir esse contingente populacional, reduzindo ao máximo fatores de morbidade relacionados à sua exclusão social. Esse aspecto merece um olhar especial pelas autoridades sanitárias. Nos indicadores de morbidade e fatores de risco do Ministério da Saúde¹⁵, os casos de sífilis congênita confirmados no município de São Paulo foram respectivamente: 485 em 2001, 489 em 2002, 541 em 2003, 418 em 2004 e 353 em 2005. Os números registrados apontam para uma tendência de declínio dessa afecção em nosso meio, fato que provavelmente não ocorre entre o grupo de bolivianas – situação que pode afetar indicadores futuros. Esse fato reforça a necessidade de aumentar a inserção dessas pacientes e ampliar a cobertura pré-natal entre elas.

No que diz respeito às variáveis perinatais, não ocorreram diferenças quanto ao tipo de parto e desfechos como a prematuridade, número de natimortos e de óbitos neonatais. Em relação ao tipo de parto, na prática diária, verificamos subjetivamente que bolivianas “preferem” o parto normal. Em outro estudo realizado⁴, também foi verificada a preferência da mulher boliviana pelo parto normal, que o toma como uma prática menos prejudicial

à sua saúde, aliado ao fato de propiciar um breve retorno à atividade laboral. Outro fato interessante observado nesse mesmo trabalho citado foi a crença, pelas mulheres bolivianas, de que “após a cesárea a mulher não se sente mais tranquila como antes, ou seja, perde muito de sua força por causa da cesárea”. Tal fato não se relaciona apenas por questões étnicas, ainda que alguns estudos possam sugerir que a etnia por si determina expressões diferentes da fisiologia obstétrica^{16,17}. Esse aspecto parece ressaltar um nível de submissão dessas pacientes aparentemente maior em relação às brasileiras e parece também estar relacionado aos aspectos econômicos envolvidos, pois, após uma cesárea, as mulheres necessitam de maior tempo de recuperação, situação que interfere nas metas estabelecidas pelo grupo familiar perante sua demanda de trabalho.

Quanto à proporção de analgesia no parto, verificamos que as bolivianas tiveram menor intervenção do anestesista no parto normal. Difícil afirmar que isso se deva apenas às características étnicas, ainda que seja possível constatar que as tradições que pautam o universo feminino variam amplamente, segundo padrões culturais diversos. Ainda assim, aparentemente, essas mulheres enfrentam o fenômeno da parturição com maior, digamos, resignação. Por outro lado, seria razoável supor que as dificuldades de acesso ao sistema de saúde e as questões de insegurança em relação à sua cidadania forjam, nessas mulheres, a necessidade de atravessar todo o processo da forma mais discreta possível. Outro aspecto a se considerar é que o contato entre contextos culturais diversos pode interferir na relação médico paciente e, conseqüentemente, no acolhimento e nas decisões clínicas¹⁸.

Em relação à ocorrência de maior percentual de bebês classificados como GIG entre bolivianas, poderiam ser evocados os mesmos motivos que limitaram, nesse grupo, a qualificação da assistência pré-natal. Devido à dificuldade para definir, de forma segura, a ocorrência de diabete entre essas pacientes, uma vez que poucas apresentavam valores de glicemia ante ou pós-natal, tal situação não foi pesquisada. Porém, seria razoável atribuir como causa desse fenômeno a menor possibilidade de rastreamento e o controle de uma condição que pode acarretar graves repercussões fetais.

Após a análise das diversas variáveis e dos resultados, verificamos que ambos os grupos apresentaram problemas inerentes às suas condições e observamos que, mesmo entre brasileiras, existem grupos vulneráveis. Quando existe o objetivo de reduzir as disparidades entre minorias, devem ser considerados: (1) onde elas ocorrem, (2) quais disparidades podem ser reduzidas por mudanças socioeconômicas, (3) onde podem ser esperadas melhorias por meio da ação profissional e (4) onde as mudanças no estilo de vida resultam em melhor qualidade da assistência¹⁹.

Não temos a pretensão de traçar um perfil nosológico específico da etnia boliviana na cidade de São Paulo. Reconhecemos as limitações metodológicas de um trabalho retrospectivo, porém, acreditamos que as informações aqui disponibilizadas possam auxiliar no planejamento estratégico dos setores responsáveis pela coordenação da assistência em nosso município, com o intuito de reduzir essa disparidade, seja por meio de melhorias socioeconômicas ou da implementação da assistência à saúde, particularizada para esse grupo.

Referências

- Juckett G. Cross-cultural medicine. *Am Fam Physician*. 2005;72(11):2267-74.
- Gomes KRO, Tanaka ACD. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2003;37(1):75-82.
- Silva SA. Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. *Estud Avançados*. 2006;20(57):157-70.
- Madi MCC, Cassanti AC, Silveira C. Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central de cidade de São Paulo. *Saúde Soc*. 2009;18 Supl 2:67-71.
- Souza JP, Parpinelli MA, Amaral E, Cecatti JG. Assistência obstétrica e complicações graves da gestação na América Latina e Caribe: análise das informações obtidas a partir de inquéritos demográficos de saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(6):396-401.
- United Nations [Internet]. United Nations Millennium Declaration. New York: UN; 2000. [cited 2010 Jan 15]. Available from: <<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>>
- United Nations [Internet]. The Millennium Development Goals Report 2009. New York: UN; 2009. [cited 2010 Jan 15]. Available from: <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2009/MDG_Report_2009_En.pdf>
- Rossi CN. Nas costuras do trabalho escravo. Um olhar sobre os imigrantes bolivianos ilegais que trabalham nas confecções de São Paulo [TCC]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
- Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(1):177-86.
- Silva SA. A migração dos símbolos: diálogo intercultural e processos identitários entre os bolivianos em São Paulo. *São Paulo Perspect*. 2005;19(3):77-83.
- Alderliesten ME, Vrijotte TG, van der Wal MF, Bonsel GJ. Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. *BJOG*. 2007;114(10):1232-9.

12. Goedhart G, van Eijnden V, van der Wal MF, Bonsel GJ. Ethnic differences in preterm birth and its subtypes: the effect of a cumulative risk profile. *BJOG*. 2008;115(6):710-9.
13. Fisher JA, Bowman M, Thomas T. Issues for South Asian Indian patients surrounding sexuality, fertility and childbirth in the US Health care system. *J Am Board Fam Pract*. 2003;16(2):151-5.
14. Otis KE, Brett JA. Barriers to hospital births: why do many Bolivian women give birth at home? *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(1):46-53.
15. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. IDB 2006-Indicadores e Dados Básicos do Brasil. Indicadores de morbidade e fatores de risco. Sífilis congênita. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. [citado 2010 Jan 15]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defohtm.exe?idb2006/d0111.def>>
16. Patel RR, Steer P, Doyle P, Little MP, Elliott P. Does gestation vary by ethnic group? A London-based study of over 122,000 pregnancies with spontaneous onset of labour. *Int J Epidemiol*. 2003;33(1):107-13.
17. Kistka ZA, Palomar L, Lee KA, Boslaugh SE, Wangler MF, Cole FS, et al. Racial disparity in the frequency of recurrence of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196(2):131.e1-6.
18. Ruhnke GW, Wilson SR, Akamatsu T, Kinoue T, Takashima Y, Goldstein MK, et al. Ethical decision making and patients autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and the Unites States. *Chest*. 2000;118(4):1172-82.
19. Gennaro S. Overview of current state of research on pregnancy outcomes in minority populations. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(5 Suppl):S3-S10. *Publis se inatua sere ine ad me intissulla idesci ine teludam siliam re, que poenihilis, con sa diessis Cupicur nihicae revilne re essigno ntidio es consunt entempe rvivisquem in tero, consciae, con Ita, quiusperum iampeceres dem nondi publinatis, me itis, Casdactus furnum crevis, nos publui spio iaequam es horac ina nos rehem, que tuus, quam praesterfex ne publibute*