

Artigo Original

Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina grande, Paraíba

Assistance to prenatal care, labor and post-labor in the city of Campina Grande, Paraíba

Dixis Figueroa Pedraza¹**Resumo**

Objetivos: Caracterizar a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, considerando variáveis sociodemográficas, em Campina Grande, na Paraíba. **Métodos:** Estudo transversal com base nos dados da Chamada Neonatal. Coletaram-se informações sociodemográficas e sobre atenção à saúde de 633 mães de crianças menores de 1 ano em Campina Grande. Consideraram-se indicadores da atenção pré-natal, parto e pós-parto. **Resultados:** A adequação do número de consultas do pré-natal foi de 79,2% e a ocorrência da primeira consulta antes do terceiro mês foi de 55,5%. Apenas 24,3% dos partos ocorreram na maternidade indicada, 20,8% das parturientes peregrinaram, 48% dos partos foram cesarianas e 31,1% das mulheres tiveram acompanhante durante o parto. O início do pré-natal antes dos três meses, a cesariana e a presença de acompanhante no pós-parto foram significativamente mais elevados nas mulheres com maior escolaridade. O parto cesariano ocorreu com menor frequência em gestantes de pele negra e naquelas inscritas no Programa Bolsa Família. **Conclusões:** Foram detectadas lacunas nos serviços, sobretudo na assistência ao parto, pois, na grande maioria dos casos, a vinculação da gestante ao local do parto não ocorreu e o direito à presença do acompanhante durante o parto não foi garantido.

Palavras-chave: cuidado pré-natal; parto; período pós-parto; serviços de saúde; acesso aos serviços de saúde; qualidade da assistência à saúde.

Abstract

Objectives: To characterize the assistance to prenatal care, labor and post-partum, taking into account sociodemographic variables in Campina Grande, Paraíba. **Methods:** Cross-sectional study performed during the 2010 Immunization Campaign. The survey collected information about sociodemographic characteristics and health care of 633 mothers of children younger than one year in Campina Grande. We considered indicators about prenatal care, regarding to labor and post-partum. **Results:** The prenatal adequacy was of 79.2% according to the number of appointment, and of 55.5% according to the time of the first appointment. Only 24.3% of deliveries occurred in the assigned maternity hospital; 20.8% parturient peregrinated; 48.0% of deliveries were by C-section and 31.1% of women had the right of a companion during childbirth. Higher maternal schooling showed significant association with the first prenatal appointment before 3 months, cesarean delivery and the presence of a companion in the post-partum. C-section was less frequent for the beneficiaries of *Bolsa Família* and black-skinned mothers. **Conclusions:** Health service inefficiencies were evidenced, since the majority of women were not admitted in the referral maternity hospital and the right to have a companion during labor was not granted.

Keywords: prenatal care; labor; post-labor period; healthcare services; services accessibility; quality of health care.

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) - Campina Grande (PB), Brasil. Trabalho realizado na Instituição executora do Inquérito Chamada Neonatal, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Endereço para correspondência: Dixis Figueroa Pedraza - Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Avenida das Baraúnas, 351, Campus Universitário - Bairro Bodocongó - CEP: 58109-753 - Campina Grande (PB), Brasil - Email: dixisfigueroa@gmail.com
Fonte de financiamento: Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde.
Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A assistência adequada à gestação e ao parto é essencial para reduzir os índices de morbimortalidade materno-infantil. Estima-se que um quarto dos óbitos infantis e a quase totalidade dos óbitos maternos decorram da prestação de cuidados inadequados desde o início da gestação até o pós-parto imediato¹⁻³. Nesse contexto, vislumbra-se fortalecer os sistemas de saúde e melhorar a qualidade do atendimento recebido por mulheres e crianças para que haja progresso com relação aos resultados obtidos⁴.

Nas últimas duas décadas, houve, por parte do setor público brasileiro, importante investimento na assistência básica em saúde, com destaque à atuação da Estratégia Saúde da Família, o que levou a um substancial aumento da cobertura da atenção pré-natal, sobretudo nas áreas mais carentes. Entretanto, sugere-se que a assistência oferecida às gestantes tem sido de baixa qualidade. Um estudo que avaliou os óbitos em menores de 1 ano no Brasil no período de 1997-2006, utilizando a lista de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde, encontrou redução de todas as mortes evitáveis, exceto daquelas relacionadas a uma adequada atenção pré-natal².

Em relação ao parto, a situação assemelha-se à da assistência pré-natal, cobertura adequada e problemas na qualidade da atenção ofertada. Nesse sentido, destaca-se a desorganização do sistema de saúde na oferta de leitos obstétricos e neonatais, assim como a precariedade na infraestrutura hospitalar e as limitações técnicas relacionadas ao atendimento obstétrico e perinatal⁵.

A gravidez, o parto e o nascimento, além de serem influenciados pela organização e pelas práticas dos serviços de saúde, associam-se a fatores socioeconômicos e demográficos, tais como: escolaridade, trabalho, renda, situação conjugal, idade e raça⁶⁻⁹. Nessa conjuntura, as políticas sociais brasileiras, entre elas a da saúde, apresentam como característica marcante o privilegiamento dos grupos sociais mais favorecidos em detrimento dos segmentos de maior vulnerabilidade social¹⁰, de modo que as iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos representam uns dos traços mais marcantes da situação da saúde do Brasil¹¹.

Assim, a redução das desigualdades em saúde é, atualmente, alvo da atenção de organizações internacionais e do governo brasileiro. Uma das iniciativas brasileiras é o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal na região Nordeste e na Amazônia Legal. O Pacto tem seis eixos prioritários, englobando a qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido^{12,13}. Nesse contexto, a Chamada Neonatal surgiu como ferramenta de avaliação da qualidade do atendimento à saúde no pré-natal, parto e puerpério, na perspectiva de direcionar as ações com a finalidade de reduzir as desigualdades regionais na atenção à saúde da gestante e da criança.

O presente estudo teve por objetivo caracterizar a assistência ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto, considerando variáveis sociodemográficas maternas, em Campina Grande, no Estado da Paraíba, com base nos dados da Chamada Neonatal.

MÉTODOS

Este trabalho é parte da pesquisa Chamada Neonatal desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e objetivou obter informações sobre a morbidade materna, a morbidade infantil e as ações do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil em uma amostra de mães e crianças menores de 1 ano residentes nos 256 municípios incluídos no Pacto e que compareceram à primeira etapa da campanha nacional de vacinação no dia 12 de junho de 2010. Trata-se de um estudo com delineamento transversal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ (CAE: 0058.0.031.000-10).

Fizeram parte do estudo da Chamada Neonatal 252 municípios (98%) dos 256 signatários do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, envolvendo 17 unidades federativas. O método, incluindo o cálculo do tamanho da amostra e dos fatores de expansão, o processo de amostragem, o treinamento, os instrumentos de coleta dos dados, os aspectos da logística, o controle de qualidade e as perdas amostrais, é descrito detalhadamente na publicação oficial: "Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010"¹⁴ (p. 19-25).

A pesquisa possibilitou produzir estimativas próprias de todas as capitais participantes e ainda estimativas do conjunto de municípios do interior de cada Estado. O desenho amostral para o município de Campina Grande foi definido de forma a produzir estimativas próprias, com tamanho amostral de 618 pares de mãe e filho para desenho por conglomerado, com sorteio em dois estágios, como nas capitais. Ainda houve um acréscimo de 20% para compensar possíveis perdas, o que resultou em 738 pares de mãe e filho.

Dirigido às mães de crianças menores de 1 ano, o questionário incluiu informações sobre características das famílias, atenção pré-natal, atenção ao parto e puerpério. A assistência ao pré-natal foi avaliada considerando as informações sobre o número de consultas de pré-natal (menos que seis consultas e seis ou mais consultas) e idade gestacional à época da primeira consulta de pré-natal (até três meses e mais que três meses). A assistência ao parto foi analisada considerando as seguintes informações: parto realizado no local indicado, peregrinação, parto cesariano e presença de acompanhante no parto. Para a assistência ao pós-parto, a análise considerou a presença de acompanhante, a mamada na primeira hora, o alojamento conjunto e a suplementação da mãe com vitamina A. A distribuição desses indicadores foi analisada segundo as características sociodemográficas

maternas: anos de estudo (ensino fundamental incompleto ou completo, ensino médio incompleto ou completo e ensino superior), cor da pele (branca, parda, negra, indígena/amarela), chefe de família mulher (sim e não) e recebimento do benefício do Programa Bolsa Família (sim e não).

Na abordagem analítica, foi realizada análise bivariada, utilizando-se o teste de qui-quadrado de Pearson para verificar possíveis associações existentes entre as variáveis dependentes (variáveis da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto) e as independentes (variáveis sociodemográficas maternas). Considerou-se um nível de significância $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95%. Utilizou-se o *software* SPSS versão 16 (PASW Inc. Chicago, Estados Unidos) para a análise dos dados.

RESULTADOS

No município de Campina Grande, a amostra total do estudo constituiu-se de 633 pares de mãe e filho. Foi, portanto, superior ao valor calculado para a amostra considerando o desenho do estudo, representando 55,5% das 1.141 crianças menores de 1 ano vacinadas no dia da campanha de vacinação.

Dentre as mulheres estudadas, 79,2% fizeram seis ou mais consultas de pré-natal, com média de 7,4 ($\pm 2,8$). O primeiro atendimento realizou-se até o terceiro mês para 55,5% das gestantes, com média de início de 2,5 ($\pm 1,3$) meses. A Tabela 1 apresenta informações sobre a assistência pré-natal segundo as características sociodemográficas maternas. A época de

início do pré-natal esteve associada à escolaridade materna. Assim, a maior proporção de mães com primeira consulta até o terceiro mês foi representada por aquelas com ensino médio completo (86,9%) e ensino superior (84,4%) – única diferença significativa observada.

A assistência ao parto de acordo com as características sociodemográficas encontra-se descrita na Tabela 2. Observa-se que a maioria dos partos não foi realizada no local indicado (24,3%), que quase metade ocorreu na modalidade cesariana (48%) e sem a presença de acompanhante (31,1%). A realização de parto cesáreo apresentou diferenças estatísticas, pois foi maior nas escolaridades mais altas, porém menos prevalente nas mulheres de pele negra e entre as beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Conforme evidenciado na Tabela 3, que trata da assistência pós-parto segundo as características sociodemográficas maternas, a presença de acompanhante apresentou diferença estatística significativa conforme a escolaridade materna, com maior proporção entre mães que possuíam escolaridade mais elevada. Situação similar à anterior constatou-se para as mães de famílias não beneficiadas pelo Programa Bolsa Família. A amamentação na primeira hora apresentou diferenças condicionadas pela cor da pele da mãe, com maior proporção nas mulheres negras, enquanto a suplementação de vitamina A foi mais frequente quando a mãe identificou-se como chefe de família ($p=0,01$).

Tabela 1. Indicadores de adequação da assistência pré-natal segundo as características sociodemográficas maternas, em Campina Grande, no Estado da Paraíba, em 2010

Características sociodemográficas	Número de consultas de pré-natal ^a				p	Idade gestacional à época da primeira consulta pré-natal ^b				p
	<6		≥6			até 3 meses		3 meses ou mais		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Escolaridade materna										
Ensino fundamental incompleto	37	23,7	119	76,3	0,20	141	80,6	34	19,4	0,001
Ensino fundamental completo	5	16,7	25	83,3		25	80,6	6	19,4	
Ensino médio incompleto	21	28,0	54	72,0		56	67,5	27	32,5	
Ensino médio completo	42	18,7	182	81,3		213	86,9	32	13,1	
Ensino superior	12	15,8	64	84,2		65	84,4	12	15,6	
Cor da pele										
Branca	22	17,6	103	82,4	0,32	115	83,9	22	16,1	0,75
Parda	75	22,4	260	77,6		296	81,5	67	18,5	
Negra	13	16,9	64	83,1		68	80,0	17	20,0	
Indígena/amarela	6	22,2	21	77,8		24	82,8	5	17,2	
Chefe da família mulher										
Sim	33	20,2	130	79,8	0,45	150	83,8	29	16,2	0,43
Não	85	21,2	316	78,8		352	80,9	83	19,1	
Benefício do Programa Bolsa Família										
Sim	33	22,6	113	77,4	0,18	123	79,9	31	20,1	0,70
Não	85	20,2	335	79,8		381	82,5	81	17,5	
Total	118	20,8	448	79,2		342	55,5	274	44,5	

^an=566; ^bn=616. Valores que diferem do total devem-se a perdas nas categorias de análise

Tabela 2. Indicadores de adequação da assistência ao parto segundo as características sociodemográficas maternas, em Campina Grande, no Estado da Paraíba, em 2010

Características sociodemográficas	Parto realizado no local indicado ^c		p	Admitida para o parto sem peregrinação ^d		p	Parto cesariano ^e		p	Presença de acompanhante ^f		p
	n	%		N	%		n	%		n	%	
Escolaridade materna												
Ensino fundamental incompleto	18	24,7	0,73	143	80,8	0,09	65	36,7	0,001	47	28,7	0,31
Ensino fundamental completo	4	36,4		24	75,0		10	31,3		8	27,6	
Ensino médio incompleto	10	29,4		58	70,7		39	48,8		20	25,0	
Ensino médio completo	26	24,1		209	82,9		138	55,0		78	32,6	
Ensino superior	7	18,4		58	73,4		44	55,7		29	39,7	
Cor da pele												
Branca	13	21,0	0,48	113	80,7	0,51	69	49,3	0,001	41	31,8	0,52
Parda	38	24,5		285	77,4		175	47,8		105	30,5	
Negra	8	21,6		74	84,1		38	43,7		31	36,0	
Indígena/amarela	5	41,7		23	82,1		17	60,0		6	21,4	
Chefe da família mulher												
Sim	21	29,6	0,24	137	77,0	0,39	77	43,3	0,28	60	35,7	0,14
Não	44	22,6		357	80,0		220	49,7		123	29,4	
Benefício do Programa Bolsa Família												
Sim	44	21,7	0,07	377	79,9	0,49	57	37,3	0,01	48	33,3	0,51
Não	21	32,8		119	77,3		242	51,5		135	30,4	
Total	65	24,3		496	79,2		299	48,0		183	31,1	

^cn=267 (gestante que recebeu indicação); ^dn=626 (gestante atendida no primeiro serviço de saúde que buscou); ^en=623; ^fn=588 (acompanhante no momento do parto). Valores que diferem do total devem-se a perdas nas categorias de análise

Tabela 3. Indicadores de adequação da assistência ao pós-parto segundo as características sociodemográficas maternas, em Campina Grande, no Estado da Paraíba, em 2010

Características sociodemográficas	Presença de acompanhante ^g		p	Mamada na primeira hora ^h		p	Alojamento conjunto ⁱ		p	Suplementação da vitamina A ^j		p
	n	%		n	%		n	%		n	%	
Escolaridade materna												
Ensino fundamental incompleto	140	83,8	0,03	131	74,0	0,42	161	91,0	0,42	120	76,4	0,65
Ensino fundamental completo	29	90,6		19	61,3		25	80,6		21	72,4	
Ensino médio incompleto	69	86,3		61	74,4		75	92,6		54	81,8	
Ensino médio completo	229	93,1		171	67,9		224	89,2		162	80,2	
Ensino superior	69	92,0		57	72,2		69	89,6		49	83,1	
Cor da pele												
Branca	122	89,7	0,28	92	66,2	0,04	123	88,5	0,43	96	87,3	0,13
Parda	311	88,4		258	70,1		326	89,6		240	77,4	
Negra	79	90,8		73	83,0		83	94,3		55	75,3	
Indígena/amarela	27	100,0		18	64,3		24	85,7		17	77,3	
Chefe da família mulher												
Sim	150	85,7	0,06	128	71,9	0,74	161	90,4	0,74	133	86,4	0,01
Não	389	90,9		414	70,6		395	89,6		275	76,0	
Benefício do Programa Bolsa Família												
Sim	124	84,9	0,04	109	70,8	0,97	141	92,8	0,17	100	74,6	0,14
Não	416	90,8		334	70,9		417	88,9		309	80,7	
Total	540	89,4		443	70,9		558	89,9		409	65,3	

^gn=604 (acompanhante no período do pós-parto); ^hn=625; ⁱn=621; ^jn=626. Valores que diferem do total devem-se a perdas nas categorias de análise

DISCUSSÃO

A proporção de mães do presente estudo com seis ou mais consultas de pré-natal (79,2%) foi similar à evidenciada para a região Nordeste, de 77,9%, segundo os resultados da Chamada Neonatal a partir do estudo de 9.243 mulheres de todos os

Estados nordestinos¹⁴. Outros inquéritos transversais recentes desenvolvidos em cidades dessa mesma região mostraram proporções semelhantes, com 82,4% em município do interior da Paraíba¹⁵ e 81,5% em dois municípios do Piauí¹⁶. No entanto, pesquisas de âmbito nacional encontraram resultados bem

mais baixos no Nordeste: 65,6% segundo a pesquisa Nascer no Brasil, de 2011, em uma amostra nacional de 23.940 mulheres¹⁷ e 63,8% segundo estudo de base hospitalar, em 2011 e 2012, com 23.894 mulheres¹⁸. Esses resultados mostram disparidades que ainda persistem em relação à adequação pré-natal.

Quanto ao início precoce do acompanhamento pré-natal, a situação de Campina Grande foi insatisfatória quando comparada a outras realidades^{2,15,16}. Igualmente inferiores foram os resultados desta pesquisa na sua comparação com o perfil regional: enquanto, no presente estudo, 55,5% das mulheres realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre de gravidez, essa proporção foi de 79,2% na Chamada Neonatal para o Nordeste¹⁴. De modo similar, a pesquisa Nascer no Brasil apontou 73,7% das gestantes nessa região com início do pré-natal nesse mesmo período¹⁷. Esses resultados podem ter repercussões negativas para as gestantes de Campina Grande, pois o início do pré-natal oportuno possibilita identificar antecipadamente gestações de risco, bem como a realização do número de consultas e exames pré-natais necessários à preservação da saúde materno-infantil¹⁵.

No contexto anterior, preocupante também é a constatação, evidenciada aqui, da associação inversa entre a escolaridade materna e o início do pré-natal, corroborando os resultados de outros estudos^{17,19-22}. Em pesquisas de âmbito nacional que utilizaram indicadores compostos, a adequação do pré-natal também se associou à melhor situação da escolaridade materna^{18,23}. O atendimento diferenciado de acordo com a escolaridade da mãe revela uma distorção na assistência prestada ao parto, mais ligada, ao que parece, a fatores extratécnicos, como os econômicos, do que às questões relacionadas à saúde do binômio mãe-filho²⁴. Essas circunstâncias podem ter consequências negativas, por exemplo, prematuridade, baixo peso ao nascer e problemas perinatais, inclusive mortalidade, particularmente nas regiões Norte e Nordeste, que são as menos desenvolvidas economicamente^{18,19,23}.

Outro aspecto preocupante relacionado aos resultados deste estudo foi a baixa proporção de mulheres que realizaram o parto no serviço indicado durante o pré-natal. Esses achados são concordantes com os da Chamada Neonatal, que apontou taxa geral de 18%¹⁴ e de 8,6% para as mulheres que realizaram o parto em serviços públicos²³. Esses dados mostram a violação do direito da gestante de conhecer e estar vinculada à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde²⁵, situação que parece mais marcada quando se depende dos serviços públicos.

Observou-se, no presente estudo, 48% dos partos na modalidade cesariana, comparável com a proporção de 48,6% registrada na Chamada Neonatal Nordeste¹⁷. A pesquisa Nascer no Brasil, ao analisar as gestantes de risco obstétrico habitual nessa mesma região²⁶, encontrou uma proporção de cesarianas de 44,8%. Os dados do presente estudo, portanto,

são condizentes com as tendências regionais e nacionais de intervenções desnecessárias no parto.

A escolaridade materna foi condição associada ao tipo de parto, indicando-se, similarmente a resultados anteriores^{21,22,24,26}, a maior frequência de parto cesáreo entre mulheres com mais escolaridade. Essa hipótese pode explicar ainda o incremento nas taxas de parto cesáreo verificado nas mães que não eram inscritas no Programa Bolsa Família, de melhor nível educacional e de renda. Esses fatores estimulam a decisão por um parto não natural²².

Neste estudo, encontrou-se proporção significativamente menor de cesarianas em mulheres negras (43,7%). Vários autores apontam que a chance de realizar parto cesariano entre mulheres brasileiras negras é menor do que entre as mulheres de outra raça/cor²⁶⁻²⁸.

Evidencia-se, assim, a necessidade de um melhor entendimento das condições promotoras do aumento de partos cesarianos no Brasil, pois estes se encontram acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde²⁹, representando riscos e/ou desvantagens, tais como: um período de recuperação mais longo; maior morbidade materna, incluindo maior risco de parada cardiorrespiratória pós-cirurgia; hematoma de incisão; histerectomia; infecção puerperal e complicações anestésicas; risco aumentado de problemas respiratórios neonatais (síndrome da angústia respiratória e taquipneia transitória do recém-nascido)³⁰. Verifica-se ainda que, em mulheres submetidas à cesariana, a probabilidade de início e manutenção do aleitamento materno exclusivo é inferior³¹. Destarte, como comentado por outros pesquisadores, políticas públicas dirigidas à redução das taxas de cesarianas no país são urgentes e necessárias²⁷.

Em relação à presença de acompanhante, a minoria (31,1%) dos partos de Campina Grande ocorreu nessa condição, tendência (29,8%) que também se encontrou entre as parturientes da região Nordeste da Chamada Neonatal¹⁴. A pesquisa Nascer no Brasil, ao analisar 23.879 gestantes brasileiras, encontrou proporção de 32,7%³². Verifica-se, portanto, a violação desse direito garantido por lei no Brasil³³, podendo contribuir, dentre outros, com o aumento de cesarianas, menor satisfação materna e valores inadequados do escore de Apgar no quinto minuto para o recém-nascido³⁴. Nesse sentido, há que ressaltar a importância paterna, cuja participação se associa a benefícios como: diminuição do tempo de trabalho de parto, do uso de medicações e de cesáreas; aumento do Apgar do bebê e do tempo de amamentação; vínculo afetivo com a mulher e filho, o que favorece a saúde deles³⁵.

No que concerne à assistência ao pós-parto, observou-se diferença significativa relacionada à amamentação na primeira hora segundo a cor da pele da mãe, com maior percentual de mães autodeclaradas negras que indicaram amamentar o bebê na primeira hora após o parto. Estudos desenvolvidos em outras

localidades do Brasil também têm encontrado associação entre a etnia materna e as condições da amamentação³⁶⁻³⁸, com diversidade de resultados. Na pesquisa Nascer Brasil, por exemplo, as mães indígenas amamentaram mais na primeira hora, seguidas das que se declararam negras³⁹. A etnia constitui um importante fator de desigualdade social que condiciona a forma de viver e de vulnerabilidade do ponto de vista de inserção social⁴⁰. No entanto, outros pesquisadores argumentam o pouco poder de decisão das mães no que se refere à amamentação, ficando reféns das práticas institucionais e dos profissionais envolvidos no parto^{41,42}, fatos que podem estar relacionados com os resultados contrapostos sobre a probabilidade de uma determinada raça influenciar a amamentação.

As desigualdades sociais se associaram com as disparidades quanto ao acompanhamento no período pós-parto entre as mulheres estudadas de Campina Grande segundo a escolaridade materna e o recebimento de benefício do Programa Bolsa Família. Corroborando as associações estatísticas encontradas, Soares e Schor⁴³ apontaram em seu estudo que um maior grau de instrução e a melhor condição socioeconômica permitem às pessoas um entendimento adequado das informações que envolvem sua saúde e a correta utilização dos serviços disponibilizados.

Nesse sentido, acrescenta-se que condições estruturais e organizacionais inadequadas dos hospitais, ausência de uma política institucional de humanização efetiva e o desconhecimento por parte das mulheres e dos próprios acompanhantes sobre seus direitos dificultam a presença do acompanhante. Sendo assim, a escolaridade materna é, portanto, fator preponderante à medida que influencia a aquisição de conhecimentos e oferece à mãe entendimento para buscar seus direitos e usufruir deles⁴⁴.

Neste estudo, as mulheres tidas como chefes de família foram as que mais receberam suplementação com vitamina A no pós-parto. Apesar de a literatura consultada não abordar associação semelhante, Chagas et al.⁴⁵ defendem que as mães chefes de família dispõem, a seu favor, de poder para utilizar, controlar e alocar recursos disponíveis para garantir um adequado cuidado à saúde da criança.

As diferenças na utilização dos serviços de saúde podem gerar desvantagens na assistência à saúde, com piores indicadores para as mulheres atendidas nos serviços públicos⁴⁶. Isso implica a necessidade de ações para melhorar a assistência pública de

saúde, pois o seu público apresenta maiores limitações de acesso e problemas de saúde³.

Possíveis limitações do presente estudo podem derivar-se do erro de recordatório e do viés de seleção. A captação de participantes em dia de multivacinação é afetada por viés de seleção, pois há mães que não vão ao serviço de saúde em busca desse serviço, que também é oferecido outros dias. Ainda, a limitação do período de entrevistas apenas em um dia pode gerar vieses nos resultados.

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse em relação às posições aqui apresentadas, não mantendo nenhum vínculo com instituições de execução ou regulação relacionadas às unidades de saúde.

CONCLUSÕES

O estudo evidenciou lacunas na organização dos serviços de saúde, sobretudo na assistência ao parto. Na grande maioria dos casos, a vinculação da gestante ao local do parto não ocorreu. Além disso, inúmeras parturientes peregrinaram por mais de um hospital até serem atendidas e o direito à presença do acompanhante durante o parto não foi garantido. Esses aspectos – direitos das gestantes que devem ser garantidos por lei – foram ignorados, constituindo-se, assim, em violações no acesso à maternidade segura em Campina Grande.

Conclui-se também que, apesar da universalização do acesso das gestantes ao pré-natal, parto e pós-parto, as desigualdades na assistência à sua saúde e do conceito manifestam-se segundo estrato social e econômico, com marcada influência da escolaridade materna. Assim sendo, torna-se fundamental intensificar o processo educativo das gestantes, independente do nível social, cultural e econômico, visando a uma assistência de qualidade de maneira a repercutir nos riscos de morbimortalidade.

Os resultados apresentados no presente estudo servem de alerta aos gestores e profissionais de saúde sobre a necessidade de capacitação e reorganização da assistência ao pré-natal, parto e puerpério no município. Nesse sentido, torna-se fundamental a instituição de uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério, e o direito ao nascimento e ao desenvolvimento saudável das crianças, como instituído na estratégia da Rede Cegonha do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Chrestani MAD, Santos IS, Cesar JA, Winckler LS, Gonçalves TS, Neumann NA. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(7):1609-18. PMID:18670685. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700016>.
2. Domingues RM, Hartz ZM, Dias MA, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):425-37. PMID:22415175. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>.
3. Paris GF, Pelloso SM, Martins PM. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(10):447-52. PMID:24337056. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013001000004>.
4. Souza JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(12):533-5. PMID:24500506. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013001200001>.
5. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério. In: Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação

- da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Nagahama EEI, Santiago SM. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(4):609-15. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400012>.
 7. Muñoz LA, Sanchez X, Arcos E, Vollrath A, Bonatti C. Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. *Rev Latinoam Enferm.* 2013;21(4):1-7.
 8. Xavier RB, Jannotti CB, Silva KS, Martins AC. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *Cien Saude Colet.* 2013;18(4):1161-71. PMID:23670393. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400029>.
 9. Bittencourt F, Vieira JB, Almeida ACCH. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. *Cogitare Enferm.* 2013;18(3):515-20. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33565>.
 10. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica.* 2002;18(Supl):S203-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700020>.
 11. Baracat MMZ, Nobre FS. Participação social como elemento de análise da sustentabilidade: estudo do Programa Brasileiro de DST/AIDS. *Cad EBAPE.* 2013;11(1):41-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-39512013000100005>.
 12. Garcia LP, Santana LR. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008. *Cien Saude Colet.* 2011;16(9):3717-28. PMID:21987316. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000009>.
 13. Ceron MI, Barbieri A, Fonseca LM, Fedosse E. Assistência pré-natal na percepção de puérperas provenientes de diferentes serviços de saúde. *Rev CEFAC.* 2013;15(3):653-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000081>.
 14. Moura EC, Barros AJD, Santos LMP, Escuder MML, Pimenta RCS. Métodos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
 15. Pedraza DF, Rocha ACD, Cardoso MVLML. Assistência pré-natal e peso ao nascer: uma análise no contexto de unidades básicas de saúde da família. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35(8):349-56. PMID:24126353. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000800003>.
 16. Dias-da-Costa JS, Cesar JA, Haag CB, Watte G, Vicenzi K, Schaefer R. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2013;13(2):101-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000200003>.
 17. Viellas EF, Domingues RMS, Dias MAB, Gama SGN, Theme-Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2014;30(Supl 1):S85-100. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.
 18. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;37(3):140-7. PMID:25988250.
 19. Fonseca SC, Monteiro DAS, Pereira CMSC, Scoralick ACD, Jorge MG, Rozario S. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet.* 2014;19(7):1991-8. PMID:25014279. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.04212013>.
 20. Miranda AE, Trindade CR, Nunes RH, Marba EF, Fernandes MC, Quarto GH, et al. Factors associated with prenatal care and seeking assistance in public hospitals in Vitória, Espírito Santo, Brazil. *Women Health.* 2010;50(3):229-40. PMID:20512743. <http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2010.480904>.
 21. Ribeiro ERO, Guimarães AMDN, Bettioli H, Lima DDF, Almeida MLD, Souza L, et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009;9(31):1-8. PMID:19622174.
 22. Padilha JF, Farinha LB, Mattos KM, Gaasparetto A. Caracterização da saúde materna em Santa Maria, RS - 2005-2009. *Rev Enferm UFSM.* 2012;2(1):79-87.
 23. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2015;15(1):383-96. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>.
 24. Silva RLDT. Cesáreas: frequência, fatores determinantes e conseqüências maternas e perinatais, Maringá, Paraná. *Cienc Cuid Saude.* 2006;5(Supl):S157-65.
 25. Brasil. Lei no 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, 27 de dezembro de 2007 [citado em 2015 out 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm
 26. Leal MC, Pereira ANE, Domingues RMSM, Theme-Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica.* 2014;30(Supl 1):S17-32. PMID:25167182. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.
 27. Meller FO, Schäfer AA. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. *Cien Saude Colet.* 2011;16(9):3829-35. PMID:21987325. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000018>.
 28. Kac G, Silveira EA, Oliveira LC, Araújo DMR, Sousa EB. Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2007;7(3):271-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000300006>.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
 30. Aguiar CL, Vieira FL, Moura BRC, Souza GLF, Teixeira VCM. Infecção de ferida operatória após cesariana em um hospital público de Fortaleza. *Enferm Glob.* 2013;12(29):105-17.
 31. Oliveira AR. Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controle. *Rev Port Med Geral Fam.* 2013;29(3):151-9.
 32. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2014;30(Supl 1):S140-53. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>.
 33. Brasil. Lei no 11.108 de 7 de abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, 7 de abril de 2005 [citado em 2015 out 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
 34. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(2):CD003766. PMID:21328263.
 35. Ribeiro JP, Gomes GC, Silva BT, Cardoso LS, Silva PA, Strefling ISS. Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de Enfermagem. *Espaço Para a Saúde* 2015;16(3):73-82.

36. Pereira CRVR, Fonseca VM, Oliveira MIC, Souza IEO, Mello RR. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(2):525-34. PMID:24142022. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200026>.
37. Bernardi JLD, Jordão RE, Barros Filho AA. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. *Rev Nutr.* 2009;22(6):867-87. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732009000600008>.
38. Silveira RB, Albernaz E, Zuccheto LM. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2008;8(1):35-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000100005>.
39. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2014;30(Supl 1):S128-39. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145213>.
40. Teixeira NZF, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LAC. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2012;12(1):27-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292012000100003>.
41. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Publica.* 2011;45(1):69-78. PMID:21085886. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000051>.
42. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Leal MC, Carvalho MS. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. *Cad Saude Publica.* 2008;24(11):2681-94. PMID:19009148. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100023>.
43. Soares VMN, Schor N. Perfil de mulheres com alta fecundidade em um grande centro urbano no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2013;18(4):1041-50. PMID:23670381. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400017>.
44. Corrêa ACP, Arruda TM, Mandú ENT, Teixeira RC, Arantes RB. Humanização da assistência à puérpera: concepções de profissionais de enfermagem de um hospital público. *Cienc Cuid Saude* 2010;9(4):728-35.
45. Chagas DC, Silva AAM, Batista RFL, Simões VMF, Lamy ZC, Coimbra LC, et al. Prevalência e fatores associados à desnutrição e ao excesso de peso em menores de cinco anos nos seis maiores municípios do Maranhão. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(1):146-56. PMID:23681331. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100014>.
46. César JA, Sutil AT, Santos GB, Cunha CF, Mendoza-Sassi RA. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2012;28(11):2106-14. PMID:23147952. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100010>.

Recebido em: Abr. 08, 2016
Aprovado em: Oct. 17, 2016