

Ariane Gomes dos Santos¹
Keila Rejane Oliveira Gomes²
Silvana Granado Nogueira da Gama³
José Mário Nunes da Silva⁴

Pré-natal e parto: diferenças entre as adolescentes e jovens usuárias da saúde suplementar e as do Sistema Único de Saúde

Prenatal care and childbirth: differences between girls and young women receiving private healthcare and through Brazil's Unified National Health System

RESUMO

Objetivo: Analisar a assistência ao pré-natal e ao parto, entre adolescentes e jovens usuárias da saúde suplementar e do Sistema Único de Saúde (SUS), no Nordeste brasileiro. **Métodos:** Estudo transversal com puérperas de 10 a 24 anos de idade. Base hospitalar, em estabelecimentos de saúde do Nordeste brasileiro. Amostra probabilística, com 3.014 puérperas. A coleta de dados ocorreu de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, utilizando-se formulário eletrônico. Para a análise bivariada utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson, com efeito medido por meio da *Odds Ratio*. Para tanto, utilizou-se o *software* SPSS, versão 17.0. **Resultados:** Houve significância estatística na associação entre utilização de saúde suplementar e faixa etária de 20 a 24 anos ($p < 0,001$); cor da pele branca ($p < 0,001$); trabalho remunerado ($p < 0,001$); maior escolaridade ($p < 0,001$); classe econômica mais elevada ($p < 0,001$); realização do pré natal ($p = 0,023$); início precoce do pré natal ($p = 0,002$); número de consultas realizadas igual ou superior a seis ($p = 0,001$); realização do parto no serviço de saúde indicado ($p = 0,023$); desejo de parto cesáreo no final da gestação ($p < 0,001$); e a responsabilidade pela decisão sobre o tipo de parto não ser do médico ($p = 0,022$). **Conclusão:** Evidenciaram-se grandes diferenças na assistência, durante o pré-natal e parto, de adolescentes e jovens usuárias da saúde suplementar e do Sistema Único de Saúde, no Nordeste brasileiro, favoráveis às usuárias da saúde suplementar. Gestores públicos devem investir em recursos humanos e materiais, para garantir o acesso à saúde pública de qualidade a adolescentes e jovens no ciclo gravídico-puerperal.

PALAVRAS-CHAVE

Gravidez na adolescência, parto, cuidado pré-natal, saúde suplementar, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze prenatal and childbirth care in Northeast Brazil among girls and young women with private health insurance and under Brazil's Unified National Health System. **Methods:** Cross-sectional study with new mothers between 10 and 24 years old. Hospital-based healthcare facilities in Northeast Brazil. Probability sample, with 3014 new mothers,

¹Mestre em Ciência e Saúde pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Enfermeira do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí (IFPI). Teresina, PI, Brasil.

²Pós-Doutora em Saúde Pública pela University of North Carolina-UNC. Chapel Hill, NC, USA. Docente do Colégio Técnico de Floriano e Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina, PI, Brasil.

³Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴Mestre em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina, PI, Brasil. Doutorando em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil.

Ariane Gomes dos Santos (arianeg.santos@hotmail.com) – Rua João Freitas, Cond. Portal do Cristo Rei, nº 1920, Bloco F, Aptº 401. Cristo Rei. Teresina, PI, Brasil. CEP: 64015-900.

Recebido em 26/11/2014 – Aprovado em 30/03/2015

with data collected from February 2011 to October 2012, using an electronic form. For the bivariate analysis, the Pearson's chi-square test was used, measuring effects by the odds ratio through the SPSS software, version 17.0. **Results:** There were statistically significant associations between use of private health insurance and age bracket 20-24 years ($p < 0.001$); white skin ($p < 0.001$); wage-paying job-holder ($p < 0.001$); higher education level ($p < 0.001$), higher economic class ($p < 0.001$); prenatal care ($p = 0.023$), early-starting prenatal care ($p = 0.002$), at least six visits ($p = 0.001$); delivery in recommended healthcare facility ($p = 0.023$); wish for C-section towards the end of pregnancy ($p < 0.001$); and responsibility for deciding on the type of birth not taken by the physician ($p = 0.022$). **Conclusion:** There were major differences in care during the prenatal and delivery stages among girls and young women with private medical insurance and under Brazil's Unified National Health System in northeast Brazil, in favor of those with private health insurance. Public administrators must invest in human and material resources that ensure better access to good quality government healthcare for girls and young women during pregnancy and childbirth.

KEY WORDS

Pregnancy in adolescence, parturition, prenatal care, supplemental health, Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das principais conquistas da sociedade brasileira nas últimas décadas. Todavia, apesar de ter como um dos seus princípios a universalidade e de configurar-se como a política de maior inclusão social implementada no Brasil, ainda está longe de ser equânime, visto que parcela significativa da população encontra dificuldade no acesso integral à saúde¹.

Em 2008, no Brasil, 77,2% das pessoas sem rendimento, ou com até 1/4 do salário mínimo, procuraram o SUS quando precisaram de algum tipo de atendimento médico, enquanto apenas 1,6% procurou um consultório particular. Em contrapartida, quando as pessoas possuíam de dois a três salários mínimos, 42,6% procuraram a rede privada, enquanto 27,9% recorreram ao SUS. A distância entre essas duas proporções aumentou com a melhoria da renda, haja vista que, das pessoas com mais de cinco salários mínimos, 70,7% procuraram o serviço privado enquanto somente 4,8% recorreram ao serviço público².

Estudo realizado em Pelotas (RS) mostrou que a utilização do SUS por adolescentes e jovens é 21% maior que entre mulheres com maior idade, pois a gratuidade da rede pública leva pessoas de menor poder aquisitivo a buscar por ela, o que inclui a maior parte dos pré-natais e partos de adolescentes. Isso ocorre devido à gravidez na adolescência e juventude

ser mais comum entre pessoas com menor renda familiar e escolaridade³.

O Nordeste brasileiro foi escolhido para realização deste estudo por ter elevada frequência de gravidez na adolescência e juventude. Em 2011, nessa região, a proporção de nascidos vivos de mães com idade de 10 a 24 anos foi de 50,6%, enquanto no Sul foi de 41,8% e no Sudeste de 40,8%⁴. Além disso, a população nordestina tem a menor renda *per capita* dentre as regiões brasileiras e elevada taxa de analfabetismo entre jovens⁵. Esse quadro justifica a baixa cobertura assistencial pela saúde suplementar na região, correspondente a 12,1% contra 24,7% da média nacional, visto que o pagamento de planos privados de saúde está diretamente relacionado à renda de seus usuários⁶.

O presente estudo tem por objetivo analisar a assistência ao pré-natal e ao parto, entre adolescentes e jovens usuárias da saúde suplementar e do SUS, no Nordeste brasileiro. Partiu-se da hipótese que adolescentes com atendimento suplementar foram melhor assistidas durante a gestação e o parto que aquelas com atendimento público.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, recorte de estudo multicêntrico, de abrangência nacional, intitulado "Nascer no Brasil: inquérito nacional

sobre parto e nascimento”, com coordenação central de pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com a colaboração de outras instituições públicas de pesquisa nos estados brasileiros, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde e Fundação Oswaldo Cruz (Fiotec/Fiocruz).

O estudo teve base hospitalar, em estabelecimentos de saúde, onde foram registrados 500 ou mais partos em 2007. A população do presente estudo incluiu puérperas de 10 a 24 anos, que deram à luz na região Nordeste e tiveram como produtos da concepção recém-nascidos com 22 ou mais semanas gestacionais e peso igual ou superior a 500g ao nascer. Foram excluídas as participantes que pariram em casa, aquelas com distúrbio de saúde mental grave, as que não fossem capazes de comunicar-se na língua portuguesa e as surdas/mudas.

A amostra probabilística do estudo foi feita em duas etapas: a primeira, referente aos estabelecimentos de saúde e a segunda, às puérperas e seus conceitos. Selecionaram-se, na região Nordeste, 68 estabelecimentos de saúde, cada um com o mesmo tamanho amostral igual a 90 puérperas, representando 6.120 puérperas. Para esse estudo, no entanto, a amostra final foi de 3.014 mulheres, incluindo 1.314 na faixa etária de 10 a 19 anos (adolescentes) e 1.700 de 20 a 24 anos (jovens).

Para assegurar estimativas semelhantes ao número de nascimentos da população amostrada em 2011, um procedimento de calibração foi utilizado. A ponderação dos dados foi calculada pelo inverso da probabilidade de inclusão de cada puérpera na amostra. Dessa forma, os resultados são estimativas da população estudada (337.451 puérperas).

A coleta de dados foi realizada de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, por meio de formulário eletrônico com perguntas abertas e fechadas, com informações sobre a mulher na unidade de cuidados de saúde nas primeiras 24

horas após o parto. As variáveis contemplaram características sociodemográficas como: idade, cor da pele, estado civil, trabalho remunerado, escolaridade e classe econômica; dados sobre a assistência pré-natal como: realização de pré-natal, mês de início e número de consultas realizadas; e sobre o parto, como: realização do parto no local indicado, decisão sobre via de parto no início e final da gestação, responsável pela decisão sobre tipo de parto e presença de acompanhante durante o parto. O formulário foi submetido a um estudo piloto, com a finalidade de verificar a logística do trabalho de campo e a adequação em condições reais.

A análise estatística dos dados foi realizada no *software* SPSS, versão 17.0 e, por se tratar de uma amostra em múltiplos estágios, utilizou-se o módulo *Complex Samples* para correção do efeito do desenho. Para a análise bivariada foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson e medido o seu efeito por meio da *Odds Ratio* (OR) com respectivo intervalo de confiança de 95,0%.

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram entregues: para ser assinado pelo gestor, aceitando a inclusão do município no estudo; para assinatura do diretor do estabelecimento de saúde; e a cada uma das puérperas selecionadas para o estudo, ou seu responsável, quando fosse menor de idade. Antes de cada entrevista, a pesquisa foi explicada detalhadamente e aquelas que concordaram em participar assinaram uma via do TCLE e receberam outra via, de acordo com o que se encontra estabelecido na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz/Ministério da Saúde, parecer nº 92/10, nº CAAE: 0096.0.031.000.10.

RESULTADOS

A idade mais baixa das entrevistadas foi de 12 anos, sendo que 43,6% eram adolescentes e 56,4% jovens. As jovens tiveram 1,9 vezes mais

propensão de serem usuárias da saúde suplementar em comparação às adolescentes.

Participantes não brancas apresentaram 50% menos propensão de serem usuárias da saúde suplementar, quando comparadas às brancas. Aquelas que possuíam trabalho remunerado tiveram 3,1 vezes mais propensão de serem usuárias da saúde suplementar em relação às que não o possuíam. Quanto maior a escolaridade, maior a propensão de utilização da saúde suplementar. Participantes pertencentes à classe C tiveram 1,5 vezes mais propensão de serem usuárias da saúde suplementar quando

comparadas às classes A e B, e as pertencentes às classes D e E apresentaram 90% menos propensão de serem usuárias da saúde suplementar quando comparadas, também, às classes A e B.

Não houve associação estatisticamente significativa entre a utilização de planos privados de saúde e o estado civil ($p=0,712$) (Tabela 1).

Adolescentes e jovens que realizaram pré-natal tiveram 5,9 vezes mais propensão de serem usuárias da saúde suplementar, quando comparadas às que não realizaram. As que iniciaram o pré-natal após o 4º mês de gestação tiveram 60% menos propensão de serem usuárias de pla-

Tabela 1. Dados sociodemográficos associados ao tipo de financiamento da assistência no ciclo gravídico-puerperal de adolescentes e jovens. Nordeste, Brasil, 2012 (N=337.451).

Variáveis	Tipo de financiamento da assistência		OR (IC 95,0%)	P ^a
	SUS	Saúde Suplementar		
Faixa etária				<0,001^b
<20 anos	93,7	6,3	Referência	
20-24 anos	88,7	11,3	1,9 (1,4-2,5)	
Cor da pele				<0,001^b
Branca	84,3	15,7	Referência	
Não branca	92,1	7,9	0,5 (0,3-0,7)	
Estado civil				0,712
Casada/União estável	90,8	9,2	Referência	
Separada	95,2	4,8	0,5 (0,1-2,2)	
Solteira	90,5	9,5	1,0 (0,7-1,5)	
Possui trabalho remunerado				<0,001^b
Não	92,9	7,1	referência	
Sim	80,9	19,1	3,1 (2,0-4,6)	
Escolaridade				<0,001^b
Analfabeta	98,4	1,6	referência	
Ensino fundamental	97,0	3,0	0,2 (0,1-0,3)	
Ensino médio	86,5	13,5	2,3 (1,5-3,7)	
Ensino superior	49,6	50,4	12,6(7,2-22,0)	
Classe econômica				<0,001^b
Classe A+B	54,0	46,0	Referência	
Classe C	89,1	10,9	1,5 (1,1-2,1)	
Classe D+E	97,6	2,4	0,1 (0,1-0,2)	

^aTeste Qui-quadrado de Pearson (χ^2); OR: Odds Ratio; IC 95,0%: Intervalo de confiança de 95,0%. ^bEstatisticamente significativo ($p<0,05$)

nos privados de saúde, quando comparadas às que iniciaram até o 4º mês gestacional. As que tiveram o número de consultas realizadas igual

ou superior a seis tiveram 2,1 vezes mais propensão à utilização de saúde suplementar que as que tiveram menos de seis consultas (Tabela 2).

Tabela 2. Dados relativos à assistência pré-natal, associados ao tipo de financiamento da assistência no ciclo gravídico-puerperal de adolescentes e jovens, Nordeste, Brasil, 2012 (N=337.451).

Variáveis	Tipo de financiamento da assistência		OR (IC 95,0%)	p ^a
	SUS	Saúde Suplementar		
Realizou pré-natal				0,023^b
Não	98,3	1,7	Referência	
Sim	90,7	9,3	5,9 (1,1-8,6)	
Mês de início do pré-natal				0,002^b
≤4	90,3	9,7	Referência	
>4	96,3	3,7	0,4 (0,2-0,7)	
Número de consultas realizadas				0,001^b
Até 6	93,6	6,4	Referência	
≥6	87,6	12,4	2,1 (1,4-3,0)	

^aTeste Qui-quadrado de Pearson (χ^2); OR: *Odds Ratio*; IC 95,0%: Intervalo de confiança de 95,0%. ^bEstatisticamente significativo ($p < 0,05$)

As participantes que realizaram o parto no serviço indicado apresentaram duas vezes mais propensão de serem usuárias da saúde suplementar, quando comparadas às que não realizaram o parto no serviço indicado. No que tange à decisão sobre o tipo de parto no final da gravidez, as que optaram pelo parto cesáreo tiveram 6,2 vezes mais propensão de serem usuárias da saúde suplementar, e as que optaram pelo parto normal tiveram 60% menos propensão de serem usuárias da saúde suplementar, quando comparadas às mulheres que ainda não haviam decidido sobre o tipo de parto no final da gestação.

Nos casos em que a responsabilidade da decisão sobre o tipo de parto não foi do médico, a propensão das mulheres serem usuárias da saúde suplementar foi 2,1 vezes maior, quando comparadas aos casos em que essa responsabilidade de decisão foi do médico.

Não houve associação estatisticamente significativa entre a utilização de saúde suplementar e a presença de acompanhante durante o parto ($p=0,079$) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Diferenças nas características sociodemográficas e econômicas

As usuárias da saúde suplementar tiveram, majoritariamente, maior faixa etária, cor branca, trabalho remunerado, maior escolaridade e classe social mais elevada.

Essa divergência sociodemográfica e econômica entre usuárias da saúde suplementar e do SUS decorre do fato de jovens, com maior idade, tenderem a ter maior estabilidade financeira do que as adolescentes. Além disso, adolescentes não brancas apresentam-se mais expostas à marginalização social e econômica, visto que, muitas vezes, não têm trabalho remunerado, têm baixa escolaridade e, conseqüentemente, pertencem à classe econômica mais baixa^{7,8}. Dessa forma, pode-se perceber que esses fatores atuam de maneira interligada e interferem diretamente no fato de gestantes, adolescentes e jovens serem usuárias da saúde suplementar ou do SUS.

Tabela 3. Dados relativos à assistência ao parto, associados ao tipo de financiamento da assistência no ciclo gravídico-puerperal de adolescentes e jovens. Nordeste, Brasil, 2012 (N=337.451).

Variáveis	Tipo de financiamento da assistência		OR (IC 95,0%)	P ^a
	SUS	Saúde Suplementar		
Realização do parto no serviço de saúde indicado				0,023^b
Não	92,0	8,0	Referência	
Sim	85,3	14,7	2,0 (1,1-3,6)	
Havia decisão sobre tipo de parto no final da gravidez				<0,001^b
Não	95,0	5,0	Referência	
Sim, parto normal	94,6	5,4	0,4 (0,3-0,6)	
Sim, parto cesárea	74,5	25,5	6,2 (3,9-9,8)	
Responsável pela decisão sobre o tipo de parto				0,022^b
Médico	92,9	7,1	Referência	
Não médico	86,4	13,6	2,1 (1,1-3,8)	
Presença de acompanhante durante o parto				0,079
Não	87,4	12,6	Referência	
Sim	91,8	8,2	0,6 (0,4-1,1)	

^aTeste Qui-quadrado de Pearson (χ^2); OR: Odds Ratio; IC 95,0%: Intervalo de confiança de 95,0%. ^bEstatisticamente significativo ($p < 0,05$).

Estudo realizado com adolescentes usuárias do SUS em município paulista, mostrou que parcela significativa delas tinha baixa renda familiar, não estudava, não trabalhava quando engravidou, e cerca de uma em cada três relatou que nunca tinha trabalhado⁷. Dessa forma, fatores socioeconômicos desfavoráveis além de contribuir para a maior frequência da gravidez na adolescência^{3,9}, também levam à consequente busca por serviços públicos de saúde para a realização do pré-natal e parto.

O presente estudo mostrou que parcela significativa de adolescentes e jovens da classe D e E não utilizava saúde suplementar, enquanto a maior parte da classe A e B utilizava. Controverso foi o estudo ter evidenciado que adolescentes e jovens pertencentes à classe C tiveram maior propensão de serem usuárias da saúde suplementar, quando comparadas às

classes A e B. Isso pode ser devido ao crescimento da renda da população mais pobre no Brasil, número esse que supera os pertencentes às classes A e B. Assim, o fato de a classe C possuir maior representatividade na população pode ter contribuído para o maior número de usuárias da saúde suplementar, quando comparada à classe A e B.

A elevação das rendas no Brasil indica a expansão da classe média no país. Estudo mostra que, entre 2001 e 2009, a renda *per capita* da metade mais pobre da população teve aumento 318% mais alto que dos 10% mais ricos¹⁰.

No entanto, mesmo com o crescimento da classe C no Brasil, as desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente, conforme as diretrizes e os princípios estabelecidos¹¹.

Diferenças na assistência pré-natal

A realização do pré-natal, o início precoce e a realização do mínimo de seis consultas foram significativamente maiores entre as adolescentes e jovens usuárias da saúde suplementar, quando comparadas às usuárias do SUS.

Quanto mais precoce o início da assistência pré-natal, melhores os desfechos da gestação. Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação¹² e o acompanhamento mínimo de seis consultas, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre de gravidez, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. Nos casos de gestações de alto risco, as consultas devem ocorrer com maior frequência¹³.

Vale ressaltar que complicações na gravidez, como trabalho de parto prematuro, são mais frequentes entre adolescentes, por isso é crucial a avaliação de fatores de risco específicos para esse público¹⁴. Dessa forma, profissionais de saúde responsáveis pela assistência pré-natal de adolescentes e jovens devem ter maior rigor quanto ao cumprimento assíduo das datas das consultas por parte dessas gestantes, uma vez que elas estão sujeitas a maior risco gestacional que mulheres adultas.

Apesar das necessidades especiais de gestantes adolescentes e jovens, há diferenças substanciais entre a assistência pré-natal pública e privada. Estudo desenvolvido com usuárias da saúde suplementar revelou que quase todas as mulheres tiveram acesso ao número mínimo de seis consultas de pré-natal¹⁵. Por outro lado, entre as usuárias do SUS, outro estudo mostrou que houve um início tardio do pré-natal, bem como o não cumprimento de todas as consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde⁷.

O número maior de consultas possibilita mais oportunidades de receber atenção preventiva, especialmente em gestações de maior risco, com maiores probabilidades de gerar desfechos perinatais desfavoráveis¹⁶.

Assim, para a melhoria da assistência pré-natal pública, os gestores devem investir em

qualificação da equipe multiprofissional da atenção básica, estimular a educação permanente, proporcionar boas condições de trabalho e oferecer recursos materiais adequados para o atendimento de qualidade à gestante. Devem, ainda, estimular as ações educativas com o intuito de mostrar às adolescentes grávidas a importância do início precoce do pré-natal, da realização mínima de seis consultas e do retorno à unidade básica ou hospital mais próximo, perante algum sinal de risco para a gestação.

Diferenças quanto à realização do parto no local indicado, ao desejo e à decisão sobre tipo de parto

Adolescentes e jovens usuárias da saúde suplementar, em sua maioria, realizaram o parto no serviço indicado por um profissional de saúde, diferentemente das usuárias do SUS.

A realização do parto no hospital indicado pelo profissional de saúde que realizou o pré-natal configura-se como a garantia do acesso aos serviços de saúde necessários para a assistência à mulher, desde a gestação até o parto.

A não realização do parto no local indicado, por grande parte das usuárias do SUS, pode ter ocorrido devido à falta de orientação por parte dos profissionais de saúde que as atenderam durante o pré-natal, ou por inexistência de maternidade de referência efetiva àquela unidade de saúde. Ressalta-se que a vinculação da gestante à maternidade na qual será realizado o seu parto é um direito das mulheres assistidas pelo SUS, garantido pela Lei nº. 11.634, de 27 de dezembro de 2007, sendo um de seus objetivos evitar a peregrinação de gestantes no momento da internação para assistência ao parto¹⁷.

A existência de sistemas formalizados de referência hospitalar para o parto configura-se como fator organizador da assistência e contribui para o avanço na qualidade do serviço oferecido por garantir a vaga hospitalar¹⁸, visto que a peregrinação da gestante à procura de internação para a realização do parto está relacionada ao óbito neonatal¹⁹.

Sobre a decisão quanto à via de parto no final da gestação, a maior parte das usuárias da saúde suplementar preferiu a cesariana, enquanto as usuárias do SUS preferiram o parto normal. A preferência pelo parto cirúrgico entre usuárias da saúde suplementar pode ser reflexo da ausência de informações recebidas sobre todos os riscos da realização desse tipo de parto. Tem sido mostrado que informações recebidas, intercorrências clínico-obstétricas, influências familiares e do próprio médico no pré-natal podem modificar a escolha do tipo de parto, que pode ser feita pela mulher, pelo médico ou por ambos¹⁵.

Destaca-se que foi evidenciado que a responsabilidade quanto à decisão sobre o tipo de parto não foi do médico, entre a maior parte das usuárias da saúde suplementar. No entanto, entre as usuárias do SUS, o médico sobressaiu-se na tomada de decisão sobre o tipo de parto. Estudo desenvolvido em hospital-escola de São José do Rio Preto (SP) revelou que a cesárea eletiva representou 41,9% dos partos de adolescentes e 43,3% de adultas. A alta frequência de cesarianas desnecessárias mostra que a mulher a considera como um “bem de consumo”, o que demonstra a necessidade da educação no pré-natal, enfatizando as vantagens do parto normal²⁰.

Em gestações de baixo risco, o parto normal é a melhor opção para a mulher e concepto. O acesso à informação de qualidade é de grande valia para decisão da mulher sobre o tipo de parto a que irá se submeter, uma vez que a expectativa da mulher quanto ao tipo de parto é consequência de como as informações sobre os assuntos estão disponíveis ou acessíveis, e essas são interpretadas de acordo com a história de vida desta mulher^{15,20}.

➤ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que há diferenças nos fatores associados à assistência recebida, du-

rante o pré-natal e parto, por adolescentes e jovens usuárias da saúde suplementar e do SUS, no Nordeste brasileiro. Constatou-se melhor situação para as usuárias da saúde suplementar, representantes da minoria, que para as usuárias do SUS, confirmando as iniquidades sociais também entre as adolescentes e jovens mães no Nordeste brasileiro.

Torna-se, dessa forma, importante o desenvolvimento de estratégias, por parte dos gestores de saúde, para que se reduzam as diferenças na assistência ao pré-natal e parto de adolescentes e jovens detectadas nesse estudo, entre o que é ofertado pela rede pública e a privada. Para isso, um dos passos iniciais seria praticar as ações e políticas públicas relacionadas à atenção obstétrica no Brasil, pois embora existam, não são executadas com a eficiência esperada, seja por falhas na gestão pública, por deficiências estruturais ou dos próprios profissionais encarregados de executá-las.

Os gestores devem investir em capacitação técnica e humanização dos profissionais, além de garantir os recursos materiais que assegurem o acesso à saúde pública, sempre que adolescentes e jovens no ciclo gravídico-puerperal necessitem destes serviços. Para que isso ocorra de maneira efetiva são necessárias avaliações periódicas sobre a qualidade da assistência oferecida, tanto pelos próprios serviços que prestam essa assistência, quanto por órgãos hierarquicamente superiores a eles.

Mesmo com tantos achados importantes para a gestão de políticas e ações voltadas à assistência de adolescentes e jovens nordestinas, esse estudo apresentou a limitação de não ter sido possível comparar os resultados de usuárias adolescentes e jovens aos das adultas. Isso impossibilita inferir se a utilização de saúde suplementar, durante o pré-natal e parto, é menor apenas entre adolescentes e jovens, ou se esta é a realidade de todas as mulheres nordestinas em idade fértil. No entanto, essa limitação não diminui o relevo do presente estudo. Daí

esperar-se que a presente investigação instigue novas pesquisas sobre a temática, a fim de comparar dados de adolescentes e jovens aos de adultas no Nordeste, bem como em outras regiões do país.

NOTA

Este artigo recebeu suporte financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fiotec– Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde/Fiocruz.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2011 [citado 2013 Jun 14]. Disponível em: http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_1.pdf.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2008 [citado 2013 Jul 28]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/comentarios.pdf.
3. Silveira MF, Victora CG, Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Barros FC. Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birth cohort. *Cad Saude Publica*. 2010;26(1):185-94.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Informações em Saúde: nascidos vivos [Internet]. Brasília: Datasus; 2013 [citado 2014 Jan 06]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/n>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Indicadores de cobertura e dados básicos. Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS) [Internet]. Brasília: Datasus; 2011 [citado 2012 Out 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f02.def>.
6. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Nota de acompanhamento do caderno de informações da saúde suplementar (NACISS) [Internet]. Rio de Janeiro: IESS; 2012 [citado 2013 Nov 01]. Disponível em: <http://www.iess.org.br/NACISSIESS21edJun12.pdf>.
7. Faria DGS, Zanetta DMT. Perfil de mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência pré-natal. *Arq Cienc Saude*. 2008;15(1):17-23.
8. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Gonzalez-Chica DA, Mano PS, Goulart-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(5): 985-94.
9. Moura LNB, Gomes KRO, Sousa CRO, Maranhão TA. Multiparidade entre adolescentes e jovens e fatores de risco em Teresina/Piauí. *Adolesc Saude*. 2014;11(3):51-62.
10. Neri MC. Desigualdade de renda na década [Internet]. Rio de Janeiro: FGV/CPS; 2011 [citado 2014 Jan 13]. Disponível em: <http://www.dpnet.com.br/imagens/2011/05/04/fgvneri.pdf>.
11. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet*. 2012;17(11):2865-75.
12. Brasil. Portaria nº. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento no âmbito do SUS [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [citado 2013 Set 11]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Martins MG, Santos GHN, Sousa MS, Costa, JEFB, Simões VMF. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Ver Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(11):354-60.

15. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. 2008;13(5):1521-34.
 16. Yakoob MY, Menezes EV, Soomro T, Haws RA, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: behavioural and nutritional interventions before and during pregnancy. *BMC PregnancyChildbirth*. 2009;9(Suppl 1):S3.
 17. Brasil. Presidência da República. Diário Oficial da União. 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 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2007 [citado 2014 Jul 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm.
 18. Nagahama EEI, Santiago MS. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):609-15.
 19. Oliveira EFV, Gama SGN, Silva CMFP. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(3):567-78.
 20. Bruzadeli DS, Tavares BB. Expectativa quanto ao parto e conhecimento do motivo da cesárea: entre puérperas adolescentes e adultas. *Rev Eletr Enf*. 2010;12 (1):150-7.
-