

# Revista de Saúde Pública

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

## Alojamento conjunto e parto cesáreo em maternidades do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

### *Rooming-in and cesarean section in maternity hospitals in a region of Southeastern Brazil*

**Maria Inês C. de Oliveira e Maria do Carmo Leal**

*Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ - Brasil (M.I.C.O.), Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ - Brasil (M.C.L.)*

OLIVEIRA, Maria Inês C., Alojamento conjunto e parto cesáreo em maternidades do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 31 (6): 572-80, 1997.

# Alojamento conjunto e parto cesáreo em maternidades do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

## *Rooming-in and cesarean section in maternity hospitals in a region of Southeastern Brazil*

Maria Inês C. de Oliveira e Maria do Carmo Leal

*Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ - Brasil (M.I.C.O.), Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ - Brasil (M.C.L.)*

### Resumo

**Objetivo** Conhecer a existência de alojamento conjunto (AC) nos hospitais que possuem leitos obstétricos da rede pública e conveniada do Estado do Rio de Janeiro e verificar se o AC guarda associação com outro indicador de qualidade de assistência que tem influência sobre o aleitamento materno: as taxas de cesárea (TC) praticadas por esses hospitais.

**Metodologia** Procedeu-se a um levantamento sobre a existência de AC através de questionário enviado às Secretarias Municipais de Saúde, informação validada por inquérito telefônico. As TC foram obtidas junto à Secretaria Estadual de Saúde-RJ. Foi utilizada a razão de prevalência para a medida da associação entre as variáveis.

**Resultados** Foi encontrada uma proporção de 65,2% das maternidades com AC, no Estado. Verificou-se relação direta entre a presença de AC e baixas taxas de cesárea no conjunto dos hospitais, porém essa associação não se confirmou com o mesmo peso em todas as regiões. A menor proporção de hospitais com AC foi verificada no cinturão metropolitano (44,2%), enquanto a maior proporção de hospitais com elevadas taxas de cesárea está no interior (73,1%).

**Alojamento conjunto, provisão e distribuição. Cesárea, estatística e dados numéricos. Indicadores de serviços.**

### Abstract

**Objective** To disclose the existence of rooming-in (RI) in public and government contracted private hospitals that offer obstetric beds, in the State of Rio de Janeiro, Brazil, and to examine whether there is any association between RI and another quality care indicator which influences breastfeeding, namely the rate of cesarean section operations performed in these hospitals.

**Method**

*A survey was made of the existence of RI through a questionnaire sent to the Municipal Health Offices, the information collected being confirmed by telephone with each maternity hospital. The C-section rate data was obtained from the Rio de Janeiro State Health Office and divided into 2 groups: "below 40%" and "40% and above". The prevalence ratio was applied to the measurement of the association between the variables.*

**Results**

*A rooming-in rate of 65.2% was found for the State as a whole, with regional variations: a better situation in the capital (84.8%), an intermediate one in the interior (69.9%), and a worse one in the metropolitan belt (44.2%). The public maternity hospitals revealed a higher rate (89.7%) than that of the government contracted private hospitals (53.3%). A direct relation between the practice of RI and low C-section rates was found in the hospitals. However, this association did not present the same weight in all regions of the State. The lowest proportion of hospitals adopting RI was verified in the metropolitan belt, whereas the highest relative number of hospitals with high C-section rates was observed in the interior.*

**Conclusion**

*It is concluded that to reverse the observed status, government authorities must fulfil their gerencial role within their own health system, as well as in the government contracted private hospitals.*

**Rooming-in care. Cesarean section. Indicators of health services.**

## INTRODUÇÃO

São conhecidas as inúmeras vantagens do aleitamento materno, tanto nutricionais, quanto imunológicas, psicossociais e econômicas<sup>25</sup> e sua importância na prevenção da morbi-mortalidade infantil<sup>26</sup>.

O sucesso da amamentação guarda uma relação direta com as práticas dos serviços de saúde junto à população<sup>11</sup>. A orientação das gestantes no pré-natal, o apoio às mães no ambulatório de seguimento e, principalmente, rotinas hospitalares adequadas de atenção ao parto e ao puerpério são fundamentais para o aumento da prevalência do aleitamento materno<sup>10</sup>. Dentre as práticas hospitalares que dificultam o estabelecimento do aleitamento materno, destacam-se as taxas de cesárea, que vêm atingindo índices alarmantes no Brasil, e a separação mãe-filho no pós-parto, com o uso indiscriminado de berçário tanto por bebês que apresentam intercorrências patológicas, quanto por recém-nascidos saudáveis.

A ocorrência e a duração do aleitamento materno são menores entre as mães submetidas ao parto cesáreo<sup>19</sup>, pois esse implica aumento do uso da anestesia/analgesia, retardando o primeiro contato mãe-filho e o início da amamentação, além de acarretar uma recuperação mais difícil, gerando um desconforto da mãe ao lidar com o bebê. O parto cesáreo

gera riscos tanto para a mulher, por complicações anestésicas, hemorragias e infecções puerperais, quanto para o recém-nato, por prematuridade iatrogênica e pela maior incidência de angústia respiratória, riscos esses que não vêm se constituindo em tema de orientação para as gestantes durante o pré-natal<sup>3</sup>. Essas ocorrências aumentam em muito o tempo de separação mãe-filho. Dos óbitos maternos investigados pelo Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna e Perinatal do Estado do Rio de Janeiro, a grande maioria ocorreu após parto cesáreo<sup>24</sup>.

A separação do binômio mãe-filho no pós-parto imediato data do final do século XIX, com o advento das incubadoras, criadas para o atendimento aos pré-termos. Frente à alta incidência de mortalidade infantil na época, por diarreia e infecções respiratórias, resolveu-se generalizar o uso do berçário para os bebês a termo e saudáveis. Essa medida levou à diminuição do apego de muitas mães pelos seus bebês, que eram mantidos em rigoroso isolamento, e ao surgimento, cada vez mais freqüente, das infecções cruzadas. Em meados do século XX, após um intenso debate na Europa e nos Estados Unidos, passa a ser preconizado o "rooming-in", termo que designa um ambiente onde o recém-nato é colocado em um berço ao lado da cama da mãe<sup>5</sup>.

Também no Brasil o sistema de “alojamento conjunto” passa a ser recomendado, por favorecer a precocidade do aleitamento materno e o intercâmbio biopsicossocial entre mãe, bebê e demais membros da família, diminuir o risco de infecção hospitalar e oferecer condições à enfermagem de promover o treinamento materno, entre outras vantagens<sup>14</sup>. O alojamento conjunto foi normatizado primeiramente através da Resolução nº 18/INAMPS<sup>6</sup> de 1983, que tornava o sistema obrigatório a todos os hospitais próprios e conveniados. Posteriormente, em 1987, pela Portaria nº 508 do MEC<sup>13</sup>, dirigida aos hospitais universitários, e em seguida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>1</sup> de 1990, extensiva a hospitais públicos e particulares. Por fim, através da Portaria MS/GM<sup>15</sup> nº 1016 de 1993, dirigida a todas as Unidades Médico-Assistenciais do Sistema de Informações Hospitalares/Sistema Único de Saúde (SUS). Decorrida mais de uma década após sua normatização e obrigatoriedade, percebe-se que ainda são vários os hospitais, que não o adotam.

O presente estudo teve como objetivo conhecer a situação de alojamento conjunto dos hospitais com leitos obstétricos do Estado do Rio de Janeiro (RJ) e verificar se esse indicador guarda associação com outro indicador de qualidade de assistência ao parto que tem influência sobre a prevalência de aleitamento materno: as taxas de cesárea praticadas por esses hospitais.

## MATERIAL E MÉTODO

Para obtenção de informação sobre a existência de alojamento conjunto nos hospitais da rede pública e conveniada do RJ, foi encaminhado no ano de 1995 questionário a todas as Secretarias Municipais de Saúde, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da Secretaria Estadual de Saúde. Dos 81 municípios existentes, 61 (75,3%) responderam ao questionário.

Para complementar os dados e buscar validação da informação obtida, fez-se novo levantamento diretamente com os hospitais. A partir da relação dos hospitais com leitos obstétricos, fornecida pelo Departamento de Dados Institucionais - Secretaria de Estado da Saúde (SES/RJ), procedeu-se a contato telefônico com a enfermagem das maternidades, tentando contornar possíveis vieses de informação. A pergunta era feita como se partisse de uma mãe: “Eu queria uma informação: nesse hospital, quando o bebê nasce, ele fica com a mãe ou fica no berçário?”. Outras questões necessárias à classificação sobre a presença de alojamento conjunto eram perguntadas, até ser obtido o detalhamento necessário.

Após o inquérito telefônico, completou-se a informação para todos os hospitais que em 1995 pertenciam à rede

conveniada com o SUS ou à rede pública. Dos 81 municípios do RJ, 72 possuíam leitos obstétricos, num total de 178 hospitais e 3.952 leitos obstétricos.

Utilizou-se o número de leitos existentes (fornecido pelo SUS) e não o número de leitos funcionantes, pois este sofre variações. Essas maternidades foram consideradas de grande porte, quando possuíam 30 ou mais leitos obstétricos, de médio porte entre 10 e 29, e de pequeno porte, abaixo de 10. Foram excluídos todos os hospitais que só realizavam partos de emergência e os especializados no atendimento a patologias específicas, por se considerar que estes hospitais poderiam não dispor de uma política de alojamento conjunto e apresentar taxas de cesárea superiores ao esperado por razões associadas a essas patologias, num total de 17 hospitais e 40 leitos.

Para fins de análise, e com base nas informações levantadas por telefone junto às maternidades, estas foram classificadas em dois grupos:

- *Presença de Alojamento Conjunto (COM AC)*: quando o recém-nascido sadio permanece ao lado da mãe, num mesmo ambiente, tanto no caso de parto normal quanto cesáreo, durante o dia e a noite. Nessa categoria foram incluídas as maternidades que ainda levam os bebês para o berçário durante o horário de visita (geralmente uma ou duas horas por dia) e/ou que logo após o nascimento mantém o recém-nato por algumas horas no “berçário de observação” (por um período médio de duas a seis horas, mas sempre inferior a 24 horas). Para finalidade do presente estudo, pertencem ao grupo “COM AC” tanto os hospitais que praticam o “rooming-in” - sistema mais comum; quanto o “bedding-in” (ambiente com a mãe e recém-nato no leito materno) - raramente praticado.
- *Ausência de Alojamento Conjunto (SEM AC)*: quando o recém-nascido sadio e a mãe permanecem em ambientes distintos durante toda a estadia na maternidade; ou quando ficam juntos durante o dia e o bebê é recolhido ao berçário à noite, ou quando o tempo de permanência do recém-nato sadio no berçário de observação é igual ou superior a 24 horas para mães de parto cesáreo ou normal.

Embora a norma atual<sup>15</sup> especifique que o alojamento conjunto deve ser iniciado logo após o nascimento, não pôde ser utilizada pelo número reduzido (inferior a 5%) de hospitais do RJ que já funcionavam nesse sistema. Para a classificação utilizada tomou-se como base, portanto, a definição de alojamento conjunto da primeira Resolução<sup>6</sup>.

A proporção de cesarianas entre o total de partos foi designada de “taxa de cesárea” por tratar-se de expressão consagrada pela literatura. As taxas de cesárea praticadas pelos hospitais em 1995 foram obtidas junto ao Departamento de Dados Institucionais da SES-RJ, com exceção das maternidades dos Ministérios Militares e do Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (IASERJ), que não recebiam verba através do SUS, cujas taxas foram fornecidas pelas respectivas chefias. Para análise das relações entre o alojamento conjunto e as taxas de cesárea, estas foram divididas em dois grupos: “abaixo de 40%” (“baixas”) e “40% e mais” (elevadas). É conhecido pela literatura que menos de 15% dos partos

necessitam ser cesáreos por razões médicas<sup>27</sup>, mas esse ponto de corte não pode ser utilizado pois apenas 6,2% dos hospitais estudados situavam-se abaixo desse índice. Adotou-se como critério básico os valores médios de cesárea praticados no Estado, já que a taxa média de cesárea em relação a todos os partos ocorridos em 1995, através do SUS, no RJ, foi de 37,3%. Embora os valores definidos sejam altos, não são distantes dos aceitos como toleráveis pelo Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno/MS para credenciamento enquanto Hospital Amigo da Criança (HAC), qual seja, apresentar taxa de cesárea menor ou igual a 30% para hospitais gerais e menor ou igual a 40% para hospitais de referência<sup>17</sup>. As taxas médias de cesárea apresentadas na Tabela 2 foram calculadas dividindo-se a soma das taxas de cesárea de cada tipo de maternidade pelo número delas.

A presença de alojamento conjunto foi relacionada também a outra variável: a natureza jurídica dos hospitais, os quais foram divididos em duas categorias:

- *públicos*: pertencentes à rede das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, Ministério da Saúde, Ministérios Militares, IASERJ, Furnas Centrais Elétricas, e universidades públicas.
- *conveniados*: pertencentes à rede privada, rede filantrópica e universidades particulares.

Os municípios do RJ foram agrupados em três grandes conjuntos: o município da capital, o cinturão metropolitano (a região metropolitana com exceção da capital) e o interior (demais municípios do Estado).

Foram construídos 3 mapas relativos às variáveis alojamento conjunto, taxa de cesárea e natureza jurídica, mostrando não mais a situação de cada hospital, mas de cada município. Para não se atribuir o mesmo peso a maternidades de pequeno e grande porte, optou-se por trabalhar com cada variável ponderada pelo número de leitos obstétricos. Foi utilizado o programa map-info 4<sup>12</sup> para o geoprocessamento dos dados, e o mapa do Estado com os municípios existentes no ano de 1991<sup>4</sup>. Para o processamento dos dados foram empregados os programas Microsoft Excel<sup>8</sup> e Epi Info 6<sup>2</sup>. Foi utilizada a razão de prevalência, com intervalo de 95% de confiança, para a medida da força de associação entre as variáveis e significância estatística.

## RESULTADOS

A Tabela 1 mostra que no RJ apenas 65,2% das maternidades adotam o sistema de alojamento conjunto, e que esse percentual é maior na rede pública (89,7%) que na conveniada (53,3%). Essa distribuição apresenta também uma variação por região geográfica. A melhor situação é encontrada no Município do Rio de Janeiro, que dispõe de 84,8% das maternidades com AC. Nesse município, a rede pública responde por 78,8% do total da rede, e todas as suas maternidades têm AC, diferentemente da rede conveniada, onde apenas 28,6% da rede o adota.

O cinturão metropolitano é a região que mais se distingue da capital quanto à presença de AC (PR = 0,52; I.C.: 0,37 - 0,73), apresentando o pior desempenho, pois menos da metade de suas maternidades (44,2%) o adota. Nessa região predomina a rede conveniada, com 76,9% do total da rede, a qual adota o AC em 35% de suas maternidades, e a rede pública em 75%. O interior do Estado apresenta uma situação intermediária, com 69,9% de suas maternidades adotando o AC. Embora no interior a rede conveniada tenha a mesma representatividade da encontrada no cinturão metropolitano, a maior presença de AC na mesma, redonda em melhores índices para a região como um todo.

A Tabela 2 mostra que as maternidades dos hospitais universitários formam um bloco, pois independente de pertencerem à rede pública (55,6%) ou conveniada (44,4%), à capital, cinturão metropolitano ou interior, apresentam características semelhantes. São maternidades de médio ou grande porte e todas adotam o alojamento conjunto. Foi pesquisada também a prática de cesárea e encontrada uma taxa média de 38,3%. As maternidades militares igualmente são de médio ou grande porte e adotam o AC. Situam-se na capital e apresentam taxa de cesárea média de 50,3%, quase o dobro da taxa média de

**Tabela 1** - Proporção de maternidades com alojamento conjunto por região e natureza jurídica. Estado do Rio de Janeiro (RJ), 1995.

**Table 1** - Proportion of maternity hospitals adopting rooming-in by region and legal status. State of Rio de Janeiro, 1995.

Região	Rede		Total
	Pública	Conveniada	
Município RJ	100,0 % (26)	28,6 % (2)	84,8 % (28)
Cinturão	75,0 % (9)	35,0 % (14)	44,2 % (23)
Interior	85,0 % (17)	65,8 % (48)	69,9 % (65)
Estado	89,7 % (52)	53,3 % (64)	65,2 % (116)

Fonte: Dados do arquivo do Departamento de Dados Institucionais SES/RJ, 1996.

PR : Cinturão x Município RJ = 0,52 (0,37<PR<0,73) PR : Interior x Município RJ = 0,82 (0,68<PR<1,00)

**Tabela 2** - Proporção de maternidades com alojamento conjunto (AC) e taxa média de cesárea segundo subcategorias jurídicas. Estado do Rio de Janeiro (RJ), 1995.**Table 2** - Proportion of maternity hospitals using rooming-in (RI) and average rate of cesarean-section by legal sub-categories. State of Rio de Janeiro, 1995.

Alojamento conjunto e Taxa média de cesárea	Tipo de maternidade				
	Pública*	Militar	Universitária**	Privada	Filantrópica
Existência de AC	87,2%	100,0%	100,0%	45,1%	62,2%
Taxa média cesárea	29,4%	50,3%	38,3%	52,0%	50,1%
Total de maternidades(n)	48	5	9	71	45

Fonte: Dados do arquivo do Departamento de Dados Institucionais SES/RJ, 1996.

\*Nessa categoria estão todas as públicas com exceção das militares e universitárias públicas.

\*\*Nessa categoria estão tanto as universitárias públicas, quanto particulares.

**Tabela 3** - Proporção de maternidades com taxas de cesárea abaixo de 40% por região e natureza jurídica. Estado do Rio de Janeiro (RJ), 1995.**Table 3** - Proportion of maternity hospitals with cesarean-section rates below 40% by region and legal status. State of Rio de Janeiro, 1995.

Região	Rede		Total
	Pública	Conveniada	
Município RJ	73,1% (19)	71,4% (5)	72,7% (24)
Cinturão	100,0% (12)	45,0% (18)	57,7% (30)
Interior	45,0% (9)	21,9% (16)	26,9% (25)
Estado	69,0% (40)	32,5% (39)	44,4% (79)

Fonte: Dados do arquivo do Departamento de Dados Institucionais SES/RJ, 1996.

PR : Cinturão x Município RJ = 0,79 (0,58<PR<1,08) PR : Interior x Município RJ = 0,37 (0,25<PR<0,55)

cesárea das demais maternidades públicas desse município (25,9%). As demais maternidades públicas apresentam um índice de adoção ao AC de 87,2%, e uma taxa média de cesárea de 29,4%.

A rede conveniada (afora os hospitais universitários) está subdividida em duas categorias: privada e filantrópica. O índice de AC da rede privada (45,1%) mostrou-se inferior ao da rede filantrópica (62,2%), diferença esta pouco significativa ao nível de 5% na razão de prevalência (PR = 0,72; IC:0,51 - 1,02), mas não pode ser desprezada. Quanto às taxas de cesárea, ambas apresentaram índices bem altos (média em torno de 50%), porém a rede privada chama a atenção pela proporção expressiva de maternidades (23,9%) que praticam taxas acima de 70%.

Vale a pena destacar que no conjunto dos hospitais foi encontrado um amplo espectro de taxas de cesárea, variando de zero (0%), em geral por falta de centro cirúrgico, até na totalidade dos partos (100%).

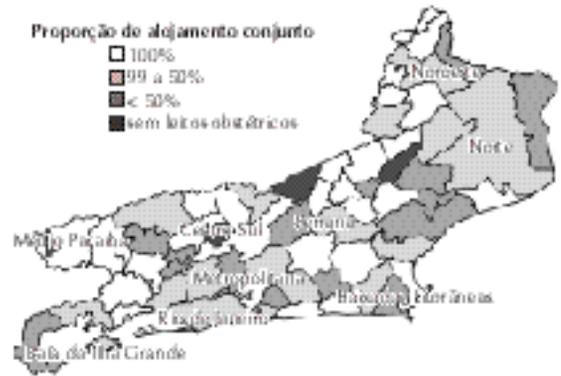
Na Tabela 3 observa-se que no RJ apenas 44,4% das maternidades pratica taxas de cesárea "baixas", e que o índice de hospitais com taxas de cesárea "baixas" da rede pública (69%) é do mesmo nível do índice de hospitais com elevadas taxas de cesárea da rede conveniada (67,5%), mostrando uma relação inversa entre a rede pública e a rede conveniada quanto à taxa de cesárea.

Na capital é encontrada a situação mais favorável, com 72,7% das maternidades praticando taxas de cesárea "baixas". A rede conveniada e a rede pública se equivalem, apesar da rede pública dispor de vários hospitais de referência (para risco obstétrico ou neonatal) e a rede conveniada não. Já no cinturão metropolitano o comportamento da rede pública - onde 100% dos hospitais apresenta taxas de cesárea "baixas"- e da rede conveniada são bem distintos. O menor índice de hospitais com "baixas" taxas de cesárea foi verificado no interior do Estado (26,9%), região que mais se distingue da capital quanto à prática de cesárea, como pode-se observar pela razão de prevalência de 0,37 (0,25<PR<0,55) quando se compara o interior à capital.

A Tabela 4 apresenta a distribuição das maternidades do RJ, por existência de alojamento conjunto e taxa de cesárea. No Estado as maternidades que possuem AC se distribuem igualmente entre taxas de cesárea inferiores a 40% e elevadas, enquanto entre as maternidades que não possuem AC as taxas de cesárea elevadas predominam, indicando uma relação direta entre a presença de AC e "baixas" taxas de cesáreas no conjunto dos hospitais. Essa associação se mantém por região, porém em maior grau no cinturão metropolitano que nas demais regiões, como se pode observar através das medidas de associação.

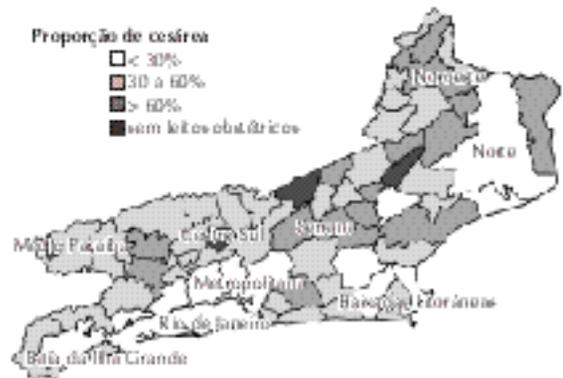
**Tabela 4 -** Distribuição das maternidades por região, segundo a existência de alojamento conjunto (AC) e taxa de cesárea. Estado do Rio de Janeiro (RJ), 1995.  
**Table 4 -** Distribution of maternity hospitals, by region by existence of rooming-in (RI) and cesarean-section rate. State of Rio de Janeiro, 1995.

Alojamento conjunto	Município RJ		Cinturão		Interior		Estado		Total
	< 40%	40 - 100%	< 40%	40 - 100%	< 40%	40 - 100 %	<40%	40 - 100%	
Com AC	75,0% (21)	25,0%(7)	73,9% (17)	26,1% (6)	30,8% (20)	69,2% (45)	50,0% (58)	50,0% (58)	65,2% (116)
Sem AC	60,0% (3)	40,0%(2)	44,8% (13)	55,2% (16)	17,9% (5)	82,1% (23)	33,9% (21)	66,1% (41)	34,8% (62)
<b>Total</b>	<b>72,7 % (24)</b>	<b>27,3% (9)</b>	<b>57,7 % (30)</b>	<b>42,3% (22)</b>	<b>26,9% (25)</b>	<b>73,1% (68)</b>	<b>44,4% (79)</b>	<b>55,6% (99)</b>	<b>100,0% (178)</b>



**Figura 1 -** Distribuição geográfica da proporção de alojamento conjunto por município. Estado do Rio de Janeiro, 1995.

**Figure 1 -** Geographical distribution of the proportion of rooming-in by municipality. State of Rio de Janeiro, 1995.



**Figura 2 -** Distribuição geográfica da proporção de leitos obstétricos de maternidades com níveis de cesárea elevados por município. Estado do Rio de Janeiro, 1995.

**Figure 2 -** Geographical distribution of the proportion of C-section by municipality in maternity hospitals with high C-section rates. State of Rio de Janeiro, 1995.

A distribuição espacial do AC por município está exposta na Figura 1. No cinturão metropolitano encontra-se um conglomerado de municípios com baixos índices de AC, formado por Duque de Caxias, Nilópolis e São João de Meriti, índices esses também encontrados em São Gonçalo e Paracambi. A menor presença de AC nessa região parece ter relação com a categoria jurídica de suas maternidades, já que a rede conveniada privada, que pratica os piores índices de AC, é amplamente majoritária (71,2%) sobre os hospitais filantrópicos (3,8%), os universitários (3,8%) e os públicos (21,2%).

A situação encontrada no interior é intermediária, podendo ser observados dois conglomerados com baixos índices de AC, na região Norte (Macaé e Conceição de Macabu), chegando à divisa com a região Serrana (Santa Maria Madalena) e na região Centro Sul (Eng. Paulo de Frontin e Mendes), divisa com a região Médio Paraíba (Barra do Piraí). No interior predomina também a rede conveniada, porém os hospitais filantrópicos (44,1%) superam os privados (31,2%). Por fim, na Capital encontra-se uma situação não ideal, porém bastante favorável, pois toda a rede pública, universitária e filantrópica adota o AC. Apenas a rede privada não o adota, responsável por 15,2% das maternidades.

A Figura 2 mostra que a prática de níveis alarmantes de cesárea se concentra no interior do Estado, com exceção de Itaboraí, localizada no cinturão metropolitano. Pode-se observar a existência de 3 aglomerados de municípios com mais de 60% de níveis de cesárea elevados: na região Noroeste (Natividade, Itaperuna, Italva e Itaocara), incluindo São Fidélis, já na região Norte; na região Serrana (Teresópolis, Nova Friburgo, Bom Jardim e Cordeiro), limite com Macaé e na região Médio Paraíba (Barra do Piraí e Piraí).

A Figura 3 revela proporção maior de leitos públicos apenas na Capital do Estado. Observa-se também um conglomerado de municípios com mais de 2/3 de leitos públicos na divisa das regiões Serrana, Baixadas Litorâneas e Metropolitana. Entre os 14 municí-



**Figura 3** - Distribuição geográfica da proporção de leitos obstétricos da rede pública por município. Estado do Rio de Janeiro, 1995.

*Figure 3* - Geographical distribution of the proportion of obstetric beds of the public system by municipality. State of Rio de Janeiro, 1995.

pios com predomínio da rede pública, foi encontrada uma relação direta entre esta variável e a presença de AC na maioria deles. Já com as taxas de cesáreas, esta relação está presente apenas no Rio de Janeiro, Magé, Mangaratiba, Silva Jardim e Quissamã.

## DISCUSSÃO

Partiu-se de uma hipótese inicial de que os dois indicadores de qualidade de assistência hospitalar favoráveis ao aleitamento materno manteriam uma relação direta, qual seja, a existência de AC e a prática de níveis “baixos” de parto cesáreo. O que foi constatado é que esta relação existe, porém dentro de uma realidade complexa, exigindo uma análise mais detida de vários fatores determinantes dessas práticas, como a natureza jurídica e a região de localização das maternidades.

Os melhores índices, tanto de alojamento conjunto, quanto de taxas de cesáreas são os encontrados na rede pública. Porém observou-se que essa rede não apresenta uma distribuição homogênea pelo Estado, e sim uma grande concentração na Capital, contra uma presença reduzida no cinturão metropolitano e no interior. A questão que se colocava então era conhecer por que nessas duas últimas regiões, onde predomina a rede conveniada, o comportamento das duas variáveis sob estudo era distinto.

No interior, a maior presença de AC parece se relacionar ao predomínio da rede filantrópica sobre a privada e à grande proporção de hospitais com pequeno número de leitos obstétricos, para os quais o uso rotineiro do berçário representaria um ônus financeiro, principalmente em termos de pessoal. Nesse contexto, a presença de AC muitas vezes não está associada a uma assistência hospitalar de qualidade.

Uma suposição a ser verificada em estudos posteriores é que a mesma realidade do Interior do Estado-hospitais em geral pequenos e com pouco pessoal-, que propiciou em muitos casos o AC, esteja relacionada a elevadas taxas de cesárea. Sabe-se que os obstetras são poucos<sup>22</sup>, em geral atuam em vários municípios e residem nos centros urbanos regionais. Também a população se encontra em geral dispersa, necessitando de grandes deslocamentos para chegar aos hospitais, e os meios de transporte são precários. Nesse contexto, a cesariana apresenta a conveniência de poder ser programada e realizada num espaço de tempo mais curto que o parto normal<sup>3</sup>. A busca de maior lucro pela rede conveniada também pode ser considerada, pois apesar da atual equiparação na remuneração do obstetra para parto normal ou cesáreo<sup>21</sup>, no parto cesáreo o tempo de internação é maior, é incluído o

pagamento de assistentes e anestesista, além de custos adicionais do hospital<sup>3</sup>. Não se pode deixar de fazer menção à prática ilegal de laqueaduras tubáreas, freqüentemente realizadas por ocasião do parto cesáreo<sup>3</sup>, e que sofrem menos possibilidade de fiscalização pela distância da capital. A ligadura tubária é o segundo método de contracepção mais utilizado no Sudeste brasileiro<sup>7</sup> tendo sido inclusive o método mais encontrado em inquérito realizado em área do município do Rio de Janeiro<sup>16</sup>.

Os alarmantes índices de cesárea praticados guardam uma relação estreita com os coeficientes de mortalidade materna e de mortalidade neonatal. Estudos realizados mostram que nos Municípios de São Fidelis, Teresópolis, Piraí e Barra do Piraí os coeficientes de mortalidade materna excederam em muito as médias de suas Regiões e do Estado como um todo<sup>23</sup>. Taxas tão elevadas de mortalidade no primeiro dia de vida, superiores a 75/10.000 NV, foram verificadas nos Municípios de Natividade, Itaperuna, Bom Jardim, Teresópolis, Piraí e Barra do Piraí<sup>9</sup>.

Já no cinturão metropolitano encontrou-se uma menor presença de AC, provavelmente relacionada ao predomínio da rede privada e ao fato da maior parte de suas maternidades ser de médio porte, o que parece justificar os custos do funcionamento permanente do berçário, para onde são conduzidos também os recém-natos saudáveis. No cinturão metropolitano, os precários índices de AC convivem com taxas de cesárea mais baixas que as do Interior do Estado. Esta é a região onde todas as maternidades públicas praticam taxas de cesárea "baixas" e na rede conveniada predominam as taxas elevadas, mas ainda assim em menor proporção que o Interior. Uma das possíveis explicações para esse fato é que a decisão sobre a realização ou não do parto cesáreo tem se concentrado nas mãos dos médicos<sup>20</sup>, que provavelmente são os mesmos a atuarem na rede pública e privada. Diferentemente do Interior, nesta área os

médicos residem nas sedes municipais ou mesmo na capital, pela proximidade. Estas hipóteses explicativas poderão ser testadas e aprofundadas em trabalhos posteriores.

Quanto ao Município do Rio de Janeiro, percebe-se que apesar dos índices de alojamento conjunto e taxas de cesáreas serem os melhores do Estado, esse comportamento deve-se basicamente à grande presença da rede pública. É inconcebível que na Capital haja ausência absoluta do alojamento conjunto na rede privada, por essa ser a região que concentra os órgãos gerenciadores e fiscalizadores das instituições de saúde.

O poder público tem restringido a sua atuação à gerência da própria rede, não cumprindo sua função de controle e avaliação dos serviços privados e filantrópicos que representam a maioria das unidades assistenciais. A alocação de recursos financeiros não pode continuar sendo pautada exclusivamente por critérios de produção de serviços<sup>18</sup>, mas também pela qualidade da assistência prestada e pelo cumprimento das normas que o próprio Estado determina.

Nesta linha de pensamento, considera-se que deveria ser estabelecida uma política de assessoramento às maternidades, ficando a manutenção do credenciamento desses hospitais ao SUS condicionada à implantação do alojamento conjunto nos moldes preconizados e à prática amplamente majoritária do parto vaginal.

## AGRADECIMENTOS

Pelos comentários e sugestões, a Luiz Antônio Bastos Camacho e Paulo Cesar Rosito Barata, da Escola Nacional de Saúde Pública; no geoprocessamento dos dados, a Christovam Barcellos, do Departamento de Informações e Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, Imprensa Nacional, 1991. Cap. I, artigo 10º, inciso V.
- DEAN, A.G. et al. *Epi Info, Version 6: a word-processing, database, and statistics program for public health on IBM-compatible microcomputers*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1995.
- FAÚNDES, A. & CECATTI, J.G. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad. Saúde Pública*, 7:150-73, 1991.
- FIBGE/DGC/DECAR. *Malha municipal digital do Brasil: situação em 1991 e 1994 no formato ARC/VIEW*. Rio de Janeiro, Centro de Documentação e Disseminação de Informações, 1996.
- FIGUEIREDO JR., I. Alojamento conjunto: histórico. *Pediatr. Atual*, 6:89-91, 1993.
- INAMPS. *Resolução nº 18*, de 5 de setembro de 1983. Brasília, 1983.
- JANOWITZ, B. et al. Access to postpartum sterilization in southeast Brazil. *Med. Care*, 20:526-34, 1982.

8. LAPPONI, J. C. *Estatística usando Excel, versões 4 e 5*. São Paulo, Laponi Treinamento e Editora Ltda, 1995.
9. LEAL, M.C. Evolução da mortalidade infantil no Estado do Rio de Janeiro na década de 80: o componente neonatal. Rio de Janeiro, 1996. [Tese de Doutorado- Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ].
10. LEYTON, M.G. & AGEITOS, M.L. Guias de avaliação das condições de eficiência dos serviços de saúde no incentivo ao aleitamento materno, FLACSO, Buenos Aires. *J. Pediatr.*, **60**: 185-202, 1986.
11. LUTTER, C. et al. Eficacia de un programa hospitalario de promoción de la lactancia materna exclusiva entre mujeres de bajos ingresos en Brazil; Informe preliminar nº1 Washington, University Research Corporation/USAID, 1994. (Estudios de Nutrición de Costo-Eficacia).
12. MAPINFO CORPORATION. *MapInfo Professional Version 4.0.2*. New York, 1996.
13. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Portaria nº 508*, de 30 de setembro de 1987. Brasília, 1987.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Normas básicas para alojamento conjunto*. Brasília, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1993.
15. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria MS/GM nº 1016*, de 26 de agosto de 1993. Brasília, 1993.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Práticas alimentares, morbidade por diarreia e IRA e uso de serviços de pré-natal e planejamento familiar: inquérito em 5 capitais brasileiras*. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, 1990.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Nacional da Iniciativa Hospital Amigo da Criança nº15*. Brasília, UNICEF, 1996.
18. NORONHA, J.C. & LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: Guimarães, R. & Tavares, R. Aw., org. *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994. p. 73-111.
19. PROCIANOY, R.S. et al. Influência dos fatores neonatais sobre o aleitamento materno. *J. Pediatr.*, **53**:327-9, 1982.
20. RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, **30**:19-33, 1996.
21. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Atlas sanitário do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 1988.
22. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Coeficiente de mortalidade materna (Por 100.000 NV) segundo Município de Residência, 1990 a 1994. Rio de Janeiro, Departamento de Dados Vitais, 1996.
23. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Relatório do Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna e Perinatal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, PAISMCA, 1996.
24. VALDÉS, V. et al. *Manejo clínico da lactação: assistência à nutriz e ao lactente*. Rio de Janeiro, Ed. Revinter, 1996.
25. VICTORA, C.G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infection diseases in Brazil. *Lancet*, **2**:319-21, 1987.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. *Lancet*, **2**:436-7, 1985.
27. YAZLLE ROCHA, J.S. et al. A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. *Cad. Saúde Pública*, **1**:457-66, 1985.