

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

KARIN BEATRIZ BARBOZA

**“ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA GESTANTE DE RISCO NO
HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO”**

SANTOS

2009

KARIN BEATRIZ BARBOZA

**“ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA GESTANTE DE RISCO NO
HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO”**

Texto apresentado ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos para exame de qualificação, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Montani Caseiro

**Co-orientador : Prof. Dr^a Rosa Maria Ferreiro
Pinto**

SANTOS

2009

Dados Internacionais de Catalogação
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos –
UNISANTOS
1. SibiU

B238a Barboza, Karin Beatriz

Análise Epidemiológica da gestante de risco no hospital Guilherme
Álvaro/BARBOZA, K.B.- Santos: [s.n.]2009
90f;30cm. (Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Santos,
Programa em Saúde Coletiva).

I. Barboza, Karin Beatriz. II. Análise Epidemiológica da gestante de risco
no hospital Guilherme Álvaro

CDU 614 (043.3)

KARIN BEATRIZ BARBOZA

**“ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA GESTANTE DE RISCO NO
HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO”**

Texto apresentado ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos para exame de qualificação, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

DATA:

**Prof. Dr. Marcos Montani Caseiro
(UNISANTOS)**

**Prof. Dr Sérgio Olavo
(UNISANTOS)**

**Prof. Dr^a Fabiana Gonzalez
(USP)**

SANTOS

2009

“Se não posso realizar grandes coisas, posso
realizar pequenas coisas com grandeza...”

CLARK

..."O homem tem ciência das coisas da terra, mas a sabedoria é dom de Deus".

Jó: 28: 1-28

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Dillo (in memoriam) e Ana, que enfrentaram juntos toda superação da vida, que acreditaram no futuro e fizeram seus filhos crerem que só através dos estudos caminhariam para vitória. Devo principalmente a minha mãe pelo impulso diário de um futuro promissor, da necessidade de buscar sempre e ser útil de alguma forma, você é minha essência.

Ao Eli meu grande amor, com carinho e gratidão, pelo companheirismo e todo amor que me cerca.

Aos nossos filhos, Priscila, Igor, Yuri, Hadassa e Ana Beatriz motivação maior para tudo em minha vida, por me fazerem sentir extremamente amada, pela força do amor de vocês, que me impulsiona sempre em busca de novos desafios, a sonhar e a viver...

Aos meus irmãos Shirley, Tom, Christina, Ana Lúcia, Paulo, Flávia, Stella e ao meu genro que muito significaram para a realização deste trabalho.

Amo vocês

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela oportunidade de concluir mais um projeto em minha vida.

Agradeço a Banca examinadora e em especial ao meu orientador Prof^o Dr Marcos Montani Caseiro por quem tanto admiro.

A Prof^a D^a Rosa Maria Ferreiro Pinto, co-orientadora da minha pesquisa, pelos momentos iluminados de orientação

A Fundação Lusíada, pelo incentivo institucional que possibilitou a realização deste trabalho

A minha grande amiga e companheira de todas jornadas Fátima Aparecida Teixeira Carvalho, que nesta trajetória da vida, compartilhamos de alegrias e tristezas da melhor maneira possível refletindo nossa amizade.

A minha querida amiga Vera Lucia, por todo exemplo de força e determinação

A amiga Dionize agradeço pelo incentivo e pelas reflexões.

A meus amigos e companheiros

Susy, Carlos, Nina, Andrea, Priscila, Soraya, Elaine, Mariano, Elder, Toshico, Cristiane, Marlene obrigada por fazer meu cotidiano mais alegre e mais leve.

A todos professores do Mestrado em Saúde Coletiva que primam pela pesquisa científica

A Enfermeira Ivete, Dina e a toda equipe de Enfermagem que sempre me acolheram.

As queridas Carolline Carvalho, Roberta e Gabrielle pela colaboração

As gestantes do Hospital Guilherme Álvaro

ESPECIALMENTE

Ao Magnífico Rector da Fundação Lusíada Dr Nelson Teixeira, ao vice-rector Prof Moretti e Prof Dr Charles, por acreditarem e investirem na capacitação docente e pelo apoio e incentivo constante.

RESUMO

Este estudo objetivou compreender a caracterização e a percepção da gestante de risco de um hospital de ensino, foi norteado pelas linhas do SUS e realizado um estudo quantitativo na elaboração das variáveis e qualitativos na avaliação da aceitabilidade do atendimento. Por ocasião foi analisado o movimento das gestantes de risco, faixa etária, tipo de parto, principais patologias internadas e uma entrevista semi-estruturada ao qual emergiram categorias, classificando as experiências como paciente de um hospital escola, vislumbrando o processo de gestação de risco, A amostra constou de 206 prontuários, 416 anotações do livro Ata de registro de nascimento e 12 gestantes entrevistadas. Os dados sobre o atendimento foram obtidos por meio de entrevistas. Os dados sócios demográficos das gestantes mostraram: idade média de 28 anos, escolaridade média de 10 anos, parceiro fixo 52%, procedentes de diferentes cidades da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), tipagem sanguínea com fator Rh positivo no total de 79%, renda familiar com a média de R\$1.100,00 e percapita de 310,80, gravidez planejada com 26%, gestantes adolescentes 5%, idade reprodutiva 78%, gestação tardia 17%, frequência de vícios 71% negaram, tipo de parto 51% cesárea, naturalidade gestantes 38% de Santos, métodos contraceptivos 77% já fizeram algum tipo de método contraceptivo..

As características obstétricas foram de maior percentual em primigesta com 36,10%, 85% referiram alguma queixa como dor de baixo ventre, náusea, vômito pirose e cefaléia. Principais patologias foram Pós-datismo, Diabetes Gestacional, Pré-eclâmpsia, Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, Amniorrexe e Cérvico Dilatação.

Em relação ao atendimento, os resultados foram analisados e permitiram conhecer a visão das usuárias nas dimensões avaliativas de estrutura de atendimento, proporcionando reflexões à gestores, gerentes, professores e discentes na revisão de suas práticas assistenciais e administrativas.

Palavras-chave: Gestantes, atendimento e hospital de ensino.

ABSTRACT

This study was designed to understand the characterization and the perception of a risk pregnancy in a teaching hospital. During this time it was analyzed the risk pregnancy movement, age range, type of birth, pathologies found during hospital stay, and a semi-structured survey from which new categories were found, classifying the experiences as patient from a teaching hospital, taking a glimpse in the risk pregnancy process. The sample consisted of 206 files, 416 recordings in the book of "Atam" of birth registrations and 12 interviews with pregnant women interned in a teaching hospital of specialization in the metropolitan Region of the Santos Basin. The attendance data was collected through surveys. The pregnancy social demographics' data demonstrate: median age of 28 years, median schooling of 10 years, fixed partner 52%, participants originated from various cities from the metropolitan Region of the Santos Basin (RBMS), blood typing with Rh positive factor a total of 79%, median family income of R\$1.100,00 and per person R\$310.80, 26% of planned parenthood, pregnant teenagers 5%, reproductive age 58%, late pregnancy 17%, 71% said no regarding drug habits, type of childbirth cesarean, origin of pregnant 38% from Santos, contraceptive methods 77% used some type of contraceptive method.

The obstetric characteristics were of great percentage for the primigestas with 36,10%, they referred to complaints as an ache under the womb, nausea, throw up, pirose and cephalea. The main pathologies were: Pos-datism, Gestational diabetes, Pre encapmsia, Specific Gestational Hypertensive Disease, Amniorrexae and Cervical Dilation.

In relation to the healthcare work, the results were analyzed and allowed to know the vision of the clients in calculated dimensions of attendance, providing reflections to administrators, managers, professors and students to revise your assistance and administrative practices.

Key Words: Pregnant, attendance, teaching hospital

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SUS	Sistema Único de Saúde
HGA	Hospital Guilherme Álvaro
RN	Recém Nascido
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
MM	Mortalidade Materna
MI	Mortalidade Infantil
MP	Mortalidade Perinatal
DOPA	Diagnóstico Obstétrico Patológico Atual
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ACO	Anticoncepcional Oral
SIM	Sistema Informação Mortalidade
RMBS	Região Metropolitana Baixada Santista
DG	Diabete Gestacional
DM	Diabete Mellitus
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
TAB	Tabagista
MAC	Maconha
ETIL	Etilista
TECLE	Termo de Consentimento livre e esclarecido
PS	Pronto Socorro

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo das referências para assistência aos partos de baixo ou alto risco	33
Figura 2 - Regulação de fluxo das referências para parto de baixo, médio e alto risco	34
Figura 3 - Procedência das gestantes de risco encaminhadas para o HGA, Baixada Santista, 2008.	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Coeficiente de mortalidade infantil, na RBMS no ano de 2000.	28
Gráfico 2 – Coeficiente de mortalidade materna, perinatal e infantil da América do Sul e México do ano de 2001.....	29
Gráfico 3 - Distribuição das gestantes segundo grau de escolaridade. HGA-Santos, 2008.....	43
Gráfico 4 – Distribuição da freqüência de gravidez planejada. HGA-Santos, 2008. .	44
Gráfico 5 – Distribuição da freqüência do sexo de RN.HGA- Santos,2008.....	45
Gráfico 6 - Idade das gestantes, HGA-Santos, 2008.....	46
Gráfico 7 – Distribuição de Estado civil entre as gestantes. HGA-Santos, 2008.	47
Gráfico 8 – Freqüência de procedência. HGA-Santos, 2008.....	47
Gráfico 9 - Freqüência do tipo sanguíneo entre as gestantes de risco. HGA-Santos, 2008	48
Gráfico 10 – Freqüência de vícios entre as gestantes, HGA ,Santos, 2008	48
Gráfico 11 - Porcentagem e numero absoluto do tipo de parto entre as gestantes de risco	49
Gráfico 12– Naturalidade, segundo regiões de origem entre as gestantes de risco. 51	
Gráfico 13 - Métodos contraceptivos.....	52
Gráfico 14 - Distribuição das principais patologias obstétricas observadas nas pacientes do grupo estudado	54

TABELA

Tabela 1 – Freqüência de gestações entre paciente atendidas no HGA no período pesquisado do livro de registro de nascimentos.	53
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 GESTAÇÃO DE RISCO	21
2.1 PROGRAMA NACIONAL	23
2.2 MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL	25
2.3 PRÉ-NATAL	29
3 FLUXO DE ASSISTÊNCIA A GESTANTE DE RISCO DO HGA	33
3.1 AMBULATÓRIO DA GESTANTE DE RISCO DO HGA	34
3.2 ENFERMARIA DE GESTANTES PATOLÓGICAS E PUERPÉRIO DO HGA	36
4 OBJETIVOS	37
4.1 GERAL	37
4.2 ESPECÍFICOS	37
5 METODOLOGIA	38
5.1 LOCAL DE ESTUDO	38
5.2 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	39
5.3 AMOSTRA	40
5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	41
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
6.1 AMOSTRA DAS ENTREVISTADAS	55
6.2 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE	55
6.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	56
6.4 O SENTIMENTO NO ATENDIMENTO MÉDICO	57
6.5 OS SENTIMENTOS NO ATENDIMENTO POR ALUNOS	58
6.6 PERCEPÇÃO DE HOSPITAL ESCOLA.....	60
7 CONCLUSÕES	62
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65
ANEXO A: QUESTÕES NORTEADORAS DAS ENTREVISTADAS	69
ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
ANEXO C : PRONTUÁRIO MÉDICO	73
ANEXO D: AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ	76

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é uma fase da mulher que determina profundas transformações biológicas, psíquicas e sociais. Por consenso geral é um período de crise, cada mulher acredita que passe por um momento exclusivo, único no momento de sua gestação, pautada em sua formação e contexto sócio cultural e familiar acompanhada de medo, dúvida, ansiedade, alegrias, tristezas e expectativas (Brasil, 2001).

O diálogo franco e a capacidade de percepção do paciente em um hospital são condições básicas para que a consciência em saúde seja colocada à disposição com seus direitos e deveres com livre arbítrio.

Assim, conhecer o grau de satisfação dos usuários, suas impressões e opiniões relacionadas ao atendimento em saúde, constitui-se em uma relevante ferramenta de gestão a ser utilizada no planejamento e aprimoramento da qualidade das ações de saúde (DONABEDIAN, 1992).

Sob essa ótica, tornou-se imprescindível, nas últimas décadas, que os gerentes de serviços de saúde passassem a se preocupar com o desenvolvimento de estratégias capazes de proporcionar a compreensão das necessidades dos usuários e a empregar uma política de qualidade.

O SUS foi legalmente instituído pela Constituição Brasileira em 1988, onde ficou estabelecido, que a Saúde seria direito de todos e dever do Estado e, por isso, todos deveriam ter acesso às ações de saúde em todos os níveis, sem qualquer forma de discriminação, sendo responsabilidade do Estado garantir este direito (SANTINI; GOULART; REIS, 1991).

O serviço de maternidade de risco na cidade de Santos oferecido pelo SUS, mais especificamente do Hospital Escola Guilherme Álvaro (HGA); referência na cidade vem mudando ao longo dos anos o seu perfil em relação ao atendimento das pacientes.

Na maternidade, vem se observando uma mudança no perfil das pacientes, o HGA que atendia majoritariamente gestantes com menor grau de instrução e de faixa sócio-econômica. Portanto essa mistura de conceitos, em relação a religião, hábitos, higiene, alimentação, humor, faixa etária, grau de instrução e tipos de patologias, vem de encontro aos princípios do SUS., dentre eles a universalização principalmente. Vinculo isto a sua notoriedade como um hospital estadual modelo.

A construção do Hospital Guilherme Álvaro (HGA) teve início em 1911, ao qual se homenageia o Chefe do Serviço Sanitário de Santos que dedicou vinte anos a obras de saneamento do município, com recursos do Governo do Estado, em seu percurso histórico.

O HGA é o único hospital público da região e tornou-se imprescindível para a população desprovida de recursos, ao mesmo tempo em que era o único hospital referência para doenças infecto contagiosas como a tuberculose e posteriormente a AIDS. O edifício do Guilherme Álvaro, de 55mil m², foi considerado um exemplo de boa engenharia, sob a supervisão do engenheiro Mauro Álvaro. Seu desenho separava o hospital em blocos, um só para doenças infecciosas, algo inédito para aquela época. Iniciava-se em todo país a transformação de grandes sanatórios em hospitais gerais, assim em agosto de 1973 formam-se ambulatorios para atendimentos especializados nas áreas: endocrinologia, ginecologia, cardiologia, dermatologia, urologia, pneumologia e neurologia, tornando-se assim

um Hospital Geral. Em 1973 torna-se também auxiliar de ensino celebrando convênio com a Fundação Lusíada e firmado com a Secretaria de Estado da Saúde, visando à utilização do Hospital Guilherme Álvaro pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos para treinamento de estudantes de Medicina, adequando o hospital às necessidades do ensino médico, que foi autorizada pelo Decreto nº 61.045/67 em 21/07/67 e reconhecido pelo decreto 72.489 em 18/06/73. Atualmente o HGA é centro de referência em várias especialidades, dentre elas, Gestante de Risco, pioneira no Projeto Canguru e Hospital Amigo da Criança desde 1993.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada pela OMS em 1991, tem como objetivo a implantação de rotinas nas maternidades, traduzidos nos “Dez Passos” para o sucesso do aleitamento materno que visam à proteção, promoção e apoio à amamentação, ao qual no Brasil é uma das prioridades de Política Nacional do incentivo ao aleitamento materno.

A atenção humanizada ao RN de baixo peso, introduzida no Brasil no final da década de 90, foi adotada como política pública através da portaria nº 693 do Ministério da Saúde de 5/7/00, não foi feita com a intenção de substituir recursos tecnológicos, mas sim de realizar uma mudança de postura no cuidado desses RN, sendo assim hospital referência no Método Canguru, com o apoio das Direções Regionais de Saúde.

A rotina mensal do HGA gira em torno de 15.000 atendimentos do ambulatório nos 81 consultórios, 4.100 consultas no Pronto Socorro adulto e infantil, 860 internações adultas e infantis; 450 pessoas passam pelo banco de sangue, 465 procedimentos de cirurgia geral, 30 cirurgias pediátricas e 40 consultas do setor de distúrbios do crescimento (SAÚDE, 2008).

2 GESTAÇÃO DE RISCO

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), “gestação de risco é uma gravidez em que a mãe e ou feto correm risco de morbimortalidade maior que o normal”, entre as causas estão: à falta de cuidado pré-natal inadequado, antecedentes obstétricos (aborto espontâneo), doença materna pré-existente (cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatia, epilepsia, doenças auto-imunes e ginecopatias), doença induzida pela gravidez (hipertensão e diabetes gestacional) gravidez múltipla e idade materna avançada.

As características individuais e condições sócio-demográficas da mulher gestante são fatores de risco que podem interferir no desenvolvimento da gestação saudável e devem ser rastreados no pré-natal, complicações obstétricas atuais e anteriores a patologias clínica (BRASIL, 2002).

Partindo deste pressuposto, algumas considerações no tocante financeiro, educacional, transporte, localização de moradia vem de encontro com a acessibilidade:

O serviço de Maternidade deve ser de acesso fácil para todas as mulheres, atendendo assim a população local, deverá ainda ter a disponibilidade de hospitais para mulheres e RN que necessitem cuidados mais intensos e deverá ter treinamento e desenvolvimento apropriados dos profissionais, sendo estes capazes de transferir a gestante para cuidados específicos no momento oportuno (RICHARD et all, 2002)

Segundo Fustinoni (2002) “refere que o trabalho de parto e parto é uma função natural do organismo, embora seja natural provoca modificações tanto internas como externas e, por isso, torna-se um momento carregado de sentimentos e sensações para a mulher.”

A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina.

Porém, as mulheres denunciam práticas que não atendem aos seus anseios e revelam suas frustrações em relação à assistência prestada. Afirmam seus medos e ansiedade diante de nova realidade de vida e manifestam o desejo de uma assistência personalizada por profissionais (GOTARDO, 2003).

“Escutar sem julgamento e sem preconceito permite à mulher falar de suas necessidades com segurança. Escutar é um ato de auto-conhecimento e reflexão continua sobre as próprias fantasias, medos emoções, amores e desamores” (BRASIL,2000).

É importante ressaltar que durante toda a gestação podem ocorrer complicações que tornam uma gestação normal em gestação de alto risco. Por isso, logo no início do Pré-natal, e durante toda gestação deve-se proceder a uma “avaliação de risco” das gestantes de modo a identifica-las no contexto amplo de suas vidas e mapear os riscos a que estão expostas (BRASIL, 2000).

A reflexão sobre a humanização dos Serviços de Saúde, confunde-se historicamente com a luta por direitos dos pacientes. Nas últimas décadas, no bojo da ampliação internacional e nacional da conquista de liberdade e direitos civis, expandiu-se a noção de que os pacientes sendo agentes livres e autônomos para decidirem sobre os atos praticados em sua integridade física e psíquica, não poderiam ser tratadas como seres passivos em suas relações com os profissionais e estabelecimentos de saúde (FORTES, 2006).

A falta de alerta e preparo faz com que o profissional de saúde se valha de mecanismo de defesa, que levam a não olhar a gestante, a percebê-la como uma pessoa, ocultando-se atrás do prontuário, e, às vezes fazendo uso de uma linguagem desconhecida, gerando queixas por parte das mesmas (SILVA, 1999).

2.1 PROGRAMA NACIONAL

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), as necessidades do grupo de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas. Ainda que alguns casos possam ser solucionados no nível primário de assistência, por meio de procedimentos simples, outros necessitarão de cuidados mais complexos presentes nos níveis secundário e terciário, com equipes multidisciplinares constituídas por especialistas de outras áreas: enfermeiros psicólogos, assistentes sociais, tendo o obstetra papel decisivo no acompanhamento e na atuação dessa equipe. Com base nessas necessidades, em 1998 o Ministério da Saúde criou mecanismos de apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco, contempladas pelo Princípio da Equidade do SUS.

Unidade de referência Terciária é aquela que dispõe de leitos destinados preferencialmente as gestantes de alto risco, referenciadas pela unidade secundária do sistema. Essas unidades receberão um adicional de 50% sobre os valores de um grupo de procedimentos específicos presentes nesse nível de atendimento., cabe a ele :

- a) Apresentar índice de cesarianas menor ou igual a 40%;
- b) Manter comitê de estudo de Mortalidade Materna implantada e atuante;
- c) Manter Comitê de Estudo de Mortalidade Neonatal implantado e atuante;
- d) Manter todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para centrais de vagas ou regulação;
- e) Manter serviço de Assistência Pré Natal e de Planejamento Familiar à gestante de alto risco;
- f) Dispor de infra-estrutura física para o atendimento a gestante de alto-risco;

- g) Dispor de serviços próprios de diagnóstico e terapia por 24hs;
- h) Garantir o acesso aos serviços de tomografia computadorizada, ecocardiografia, laboratório de dosagem hormonal e de citogenética, e anatomia patológica;
- i) Dispor de equipe técnica para atendimento resolutivo em clínica e cirúrgica obstétrica, neonatologia, UTI adulto e neonatal, além de equipe multidisciplinar constituída de neurologista, cardiologista, endocrinologista, nefrologista, cirurgião geral, ultrassonografista, enfermeiro, assistente social, farmacêutico, psicólogo, nutricionista e neurocirurgião.

Implantação e/ou implementação de casas de gestantes para apoiar as unidades terciárias (BRASIL, 2001).

Cabe ao gestor estadual, após aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite, o encaminhamento da proposta de seu sistema estadual de Referência Hospitalar no atendimento à gestante de Alto Risco à Secretaria de Assistência a Saúde. Após análise e aprovação, a SAS tomará as medidas necessárias à correspondente recomposição no teto financeiro estadual.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de Saúde estabelecerá rotinas de supervisão, de acompanhamento, de avaliação e de controle para promover a qualidade de atenção à saúde no atendimento à gestante de alto risco.

Os mecanismos criados para apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência à Gestante de Alto Risco estão estruturados em duas ações orçamentárias: Ação 36901.10.302.0004.3865.....denominada “Implantação e Ampliação de Unidades de Urgência e Emergência e de Gestante de Alto Risco” e Ação 36901.10.302.0004.3870; ... ,”Modernização e Adequação de Unidades de Urgências e Emergência e de Gestante de Alto Risco”, ambas estão inseridas no

Programa “Qualidade e Eficiência do SUS”. As programações dessas Ações integram as diretrizes do Programa “Avança Brasil”, tem como propósito ampliar o espectro de ação, com ênfase na prevenção e na promoção da qualidade de vida da população (BRASIL, 2001).

A intenção é estimular e apoiar a organização e/ou consolidação de Sistemas de Referência na área hospitalar, em todos os estados do país, para atendimento a gestante de alto risco.

2.2 MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. Em índices de Saúde Pública, confirmam-se óbitos por motivos relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério, e mais da metade dos óbitos maternos atingem a população mais jovem (58%), isto pode estar relacionado com a ausência de atenção direcionada a adolescentes e jovens gestantes, e a precariedade da assistência no pré-natal. Em 2003, ocorreram 1.619 mortes de mulheres por causas ligadas a gravidez, parto e puerpério a aborto, essas mortes em sua quase totalidade, são evitáveis; Os problemas relacionados com pressão alta foram os maiores responsáveis por mortes maternas, e as mulheres negras suas maiores vítimas (BRASIL, 2005).

É triste falar desse assunto, no século 21, onde há um grande avanço científico e tecnológico, infelizmente ainda existem mulheres indo a óbito por complicações, ou falhas durante o atendimento realizado.

As mortes maternas e neonatais continuam sendo problemas sociais relevantes neste país, em dados da secretaria de vigilância em saúde/MS, revelam que do total de mortes de crianças menores de um ano, 52% ocorrem no período neonatal, grandes partes da mortalidade materna e neonatal estão relacionadas ao ciclo gravídico- puerperal, ao aborto, a atenção dispensada à gestação, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2005).

No Brasil dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna; a subinformação e o subregistro das declarações das causas de óbito. A subinformação resultante do preenchimento incorreto das declarações de óbito, quando se omite a relação da morte com a gestação, parto ou puerpério. Isto ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento e a relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o subregistro é a omissão do registro de óbito em cartório nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso, pela existência de cemitérios irregulares ou a falta de conhecimento quanto a importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania (BRASIL, 2001).

Na gravidez da adolescência existe uma grande probabilidade de aumentar a morte materna, neonatal, prematuridade, e baixo peso ao nascer, isso ocorre por falta de apoio familiar, social, quando a gestação é indesejada, quando há prática de aborto ilegal e em condições impróprias. Para prevenir e controlar essas conseqüências, o setor de saúde, deve disponibilizar de recursos e meios contraceptivos, juntamente com ações educativas (MANDU, 2000).

Não há como negar que a maior parte dos óbitos maternos, estão ligados a falta de acesso ao pré-natal de qualidade, a falta de informações, a carência de

práticas educativas, á dificuldade de implementação da prática do parto humanizado (MARTINS & TANAKA, 2000).

Em estudos realizados no período de 1993-1998 no Estado do Paraná, analisados pelo Comitê Estadual de Mortalidade Materna, revelam que 70% das adolescentes tinham escolaridade menor que oito anos, 65% não usavam métodos contraceptivos, 55% realizou parto cesárea, 80% eram primigestas, 19% eram negras, a principal causa foi à doença hipertensiva específica da gravidez (MARTINS *et al*, 2006).

Segundo o SIM (Sistema de Informações de Mortalidade), na Baixada Santista em 2005, as causas perinatais foram responsáveis por 61% dos óbitos de menores de 1 ano, sendo que na avaliação de evitabilidade, as mortes redutíveis por melhor atenção ao pré-natal e ao parto, perfazem 30% de todos os óbitos.

Quanto aos óbitos, tanto maternos como infantil, tem se mostrado importante a investigação de óbitos, embora seu maior desenvolvimento passe a ser observado a partir de 1990, com as publicações de manuais específicos do Ministério da Saúde.

Em Santos Comitê de Mortalidade Infantil foi criado em 1994, Mortalidade basicamente neonatal, por causas reduzíveis em 96% dos casos.

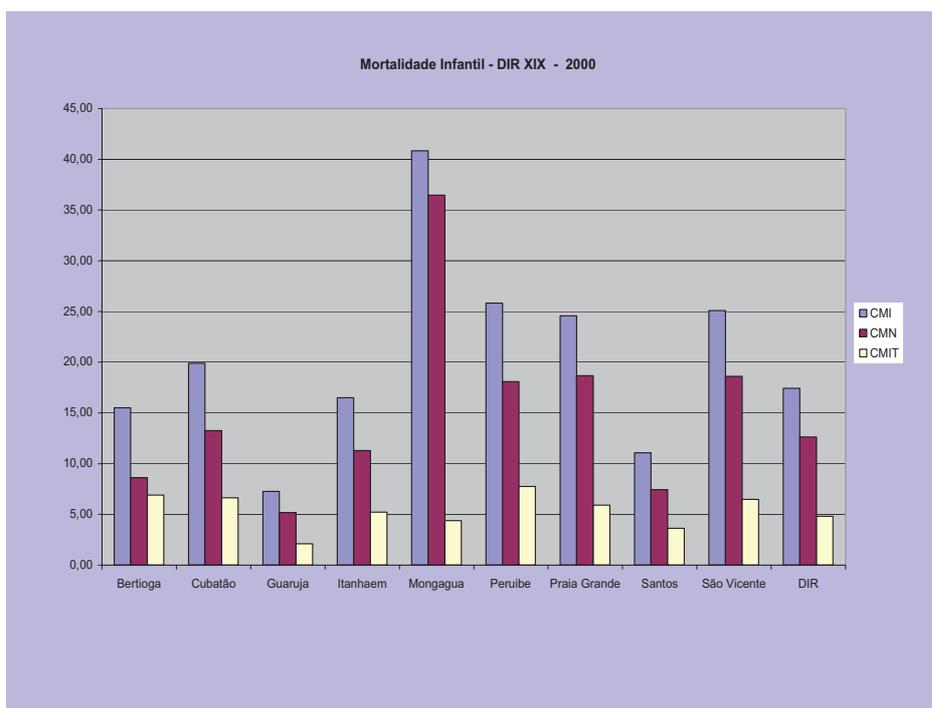
Situações encontradas:

- a) Gestações sem Pré-Natal ou com início tardio;
- b) Atendimentos das intercorrências em PS e Hospitais ;
- c) Captação de gestantes inexistente;
- d) Dificuldade para a marcação da primeira consulta;
- e) Dificuldades com laboratórios e ultrassonografia;
- f) Unidades sem controle de faltosas ou busca ativa

- g) Alta do Pré-Natal;
- h) Atendimentos sem referência ou contra-referência;
- i) Ausência de uma central para regulação de vagas;
- j) Dificuldades de vagas nos trabalhos de parto;
- k) Casos de óbitos maternos e neonatais por demora no atendimento.

Segue em gráfico a seguir, coeficiente de mortalidade infantil na RMBS, 2000.

Gráfico 1 - Coeficiente de mortalidade infantil, na RBMS no ano de 2000.



Fonte : DIR XIX, 2000

Gráfico 2 – Coeficiente de mortalidade materna, e infantil da América do Sul e México do ano de 2001.

Mortalidade Materna – Perinatal – Infantil						
América do Sul e México						
Países	Taxa MM x 100.000 N Vivos	Número Anual de Mortes Maternas	Taxa MP X 1.000 N Vivos	Número Anual de Mortes Perinatais	Taxa MI X 1.000 N Vivos	Número Anual de Mortes Infantis
Argentina	41.1	282	30	20.602	17.6	12.087
Bolívia	390.0	1.033	55	14.570	68.0	18.013
→ Brasil	59.1	1.984	45	151.074	37.3	125.224
Chile	20.0	56	4.3	1.119	10.3	2.872
Colômbia	81.1	801	25	24.698	11.2	11.064
Ecuador	59.6	184	45	13.869	44.8	13.807
México	53.0	1.222	40	92.228	15.7	36.199
Paraguai	110.9	186	40	6.704	19.7	3.302
Perú	265.0	1.611	35	21.273	43.0	26.135
Uruguai	25.6	15	25	1.440	14.7	847
Venezuela	59.6	343	25	14.380	21.5	12.367
TOTAL	80.0	7.717	38.0	362.037	27.4	261.917

Fonte:CLAP (OPS/OMS)-julho de 2001

FONTE: CLAP (OPS/OMS), julho de 2001

Redução da Mortalidade Materna e Perinatal

Estas estratégias incluem:

- a) atenção nas populações de maior risco
- b) Fortalecimento do nível primário de atenção, tornando-o mais eolutivo e capaz de prestar atendimento de qualidade às patologias de maior prevalência na população (DIR XIX,2000).

2.3 PRÉ-NATAL

A assistência Pré-natal compreende todas as medidas que o profissional da saúde introduz e ou implementa durante a gestação, visando a estruturação

hígida do conceito e a manutenção e/ou melhora das condições de saúde psíquica e física da grávida (NEME, 2000).

Teve sua origem na França, com os trabalhos de Pinard e Budin, o acesso é um indicador para a avaliação do grau de saúde em que se encontram aquelas gestantes.

A assistência pré-natal também deve incluir o âmbito cultural, pois ao proporcionar tal assistência, além do controle biológico, continente ou chão seguro a mulher e sua família, é um fator de coesão social, pois viabiliza o cuidado de enfermagem humanizado e integral que se pode tornar um eficiente fator de redução da morbimortalidade materna e perinatal. Assim transforma a realidade em qualidade (BONADIO, 2003).

Com ações deste tipo, reforça-se a concepção de atuar em “prol” da prioridade de seu atendimento e tomar posse de seus direitos.

No pré-natal, elas recebem informações sobre cuidados necessários para uma gravidez saudável, como o de praticar exercícios físicos, uma alimentação balanceada, e o de evitar alcoolismo, e o tabagismo; O principal objetivo da assistência pré-natal e puerperal é o de acolher a mulher, desde o início da gravidez, até o fim da gestação, proporcionando assim o nascimento de uma criança saudável, e garantia do bem estar materno neonatal (BRASIL, 2005).

Diminuindo assim a desigualdade e adentrando com grande impacto nos indicadores sociais e na produção de saúde.

A proposta consiste em criar modelos de atendimento no Pré-natal voltados não somente ao biológico, mas também ao psicossocial, valorizando a subjetividade, a individualidade e permitindo a adequação da assistência prestada ao contexto sociocultural e histórico da gestante (MERIGHI, 2002).

Para implementar as atividades de normatização do controle de pré natal dirigido as gestantes, é necessário dispor de um instrumento que permita identificá-las no contexto amplo de suas vidas e mapear os riscos a que cada uma delas está exposta. Isso permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez (BRASIL, 2005).

Logo, o Pacto de Saúde firmado entre gestores do SUS em 2006, com os objetivos e metas para a redução da mortalidade materna, através de uma excelência na assistência de gestante de risco, construindo assim o cotidiano da Saúde Pública Brasileira.

Portanto, ao entender e assistir a mulher grávida nessa dimensão global, é importante ressaltar também a qualidade de vida relatada por ela. A iniciativa Internacional para a Maternidade Segura, a Década da Mulher pela Organização das Nações Unidas e o Movimento de Sobrevivência Infantil iniciaram um debate de âmbito mundial para promover uma maior integração dos programas de planejamento familiar com programas mais amplos de saúde da mulher, assim como a melhoria de sua qualidade de vida (GALVÃO, 1999).

Na Suécia, em Estocolmo, um estudo realizado com uma amostra de 200 gestantes, demonstrou que as maiores preocupações das mulheres durante a gravidez são por ordem de importância: a saúde do bebê, o parto e a possibilidade de abortar, seguidas das relacionadas à sua própria saúde e assuntos financeiros como trabalho e dinheiro. Isto mostra que as alterações percebidas na saúde e na vida em geral de mulheres gestantes devem ser também observadas no decurso do pré-natal (OHMAN, 2003).

Klaus (1982) mostra que o cuidado pré-natal intensivo a paciente hospitalizada em casos de alto risco dão bons resultados. A assistência pré-natal

eficientemente organizada permanece com a base de reprodução bem sucedida, é provavelmente mais influenciado por fatores presentes durante seu desenvolvimento intra-útero do que aquele durante o parto.

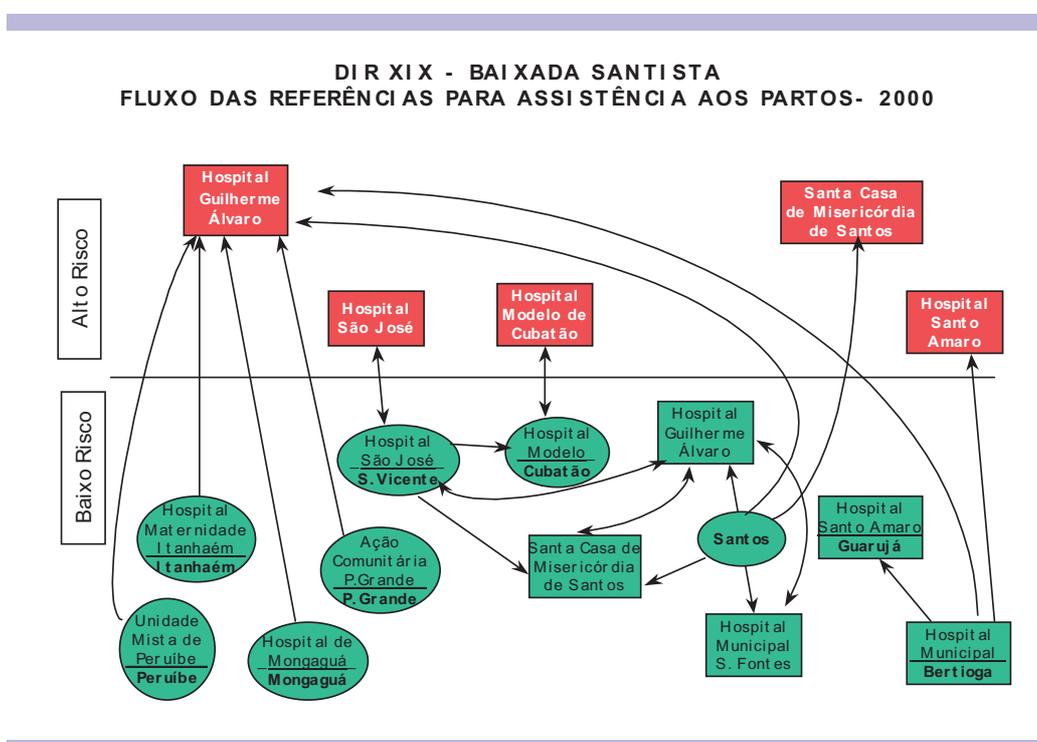
Por exemplo, uma mãe desnutrida ou outra com hipertensão durante a gestação pode dar a luz uma criança pequena para a idade gestacional; a mãe exposta a agentes infecciosos ou teratogênicos pode dar a luz a uma criança com anormalidades e a mãe diabética não controlada pode ter uma criança natimorto. O curso dos acontecimentos neonatais depende, em grande parte dos fatores de pré-natal, onde o maior esforço ou experiência não irão alterar estes resultados indesejáveis.

A reflexão sobre a humanização dos serviços de saúde confunde-se historicamente com a luta por direitos dos pacientes. Nas últimas décadas, no bojo da ampliação internacional e nacional da conquista de liberdades e direitos civis expandiu-se a noção de que os pacientes sendo agentes livres e autônomos para decidirem sobre os atos praticados em sua integridade física e psíquica, não poderiam ser tratados como seres passivos em suas relações com os profissionais e estabelecimentos de saúde (BIS, 2006, p.12).

3 FLUXO DE ASSISTÊNCIA A GESTANTE DE RISCO DO HGA

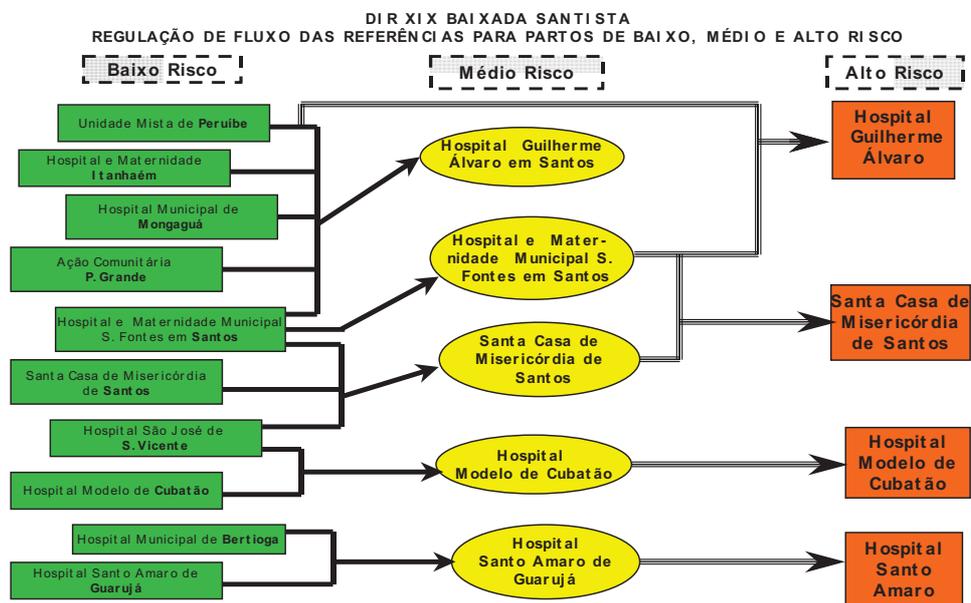
Segue um fluxo de encaminhamentos feito pela DIR XIX, hospitais referência para assistência de partos de risco.

Figura 1 - Fluxo das referências para assistência aos partos de baixo ou alto risco



Fonte: DIR XIX – Baixada Santista, 2000

Figura 2 - Regulação de fluxo das referências para parto de baixo, médio e alto risco



Fonte: DIR XIX – Baixada Santista, 2000

3.1 AMBULATÓRIO DA GESTANTE DE RISCO DO HGA

O ambulatório de pré-natal para gestantes de risco funciona de segunda a sexta-feira nas especialidades de Cirurgia vaginal, patologia cervical, oncoginecologia, mastologia, endoscopia ginecológica e medicina fetal.

- a) Segunda-feira; gemelaridade, neoplasias e trofoblastos
- b) Terça-feira; mal passado obstétrico
- c) Quarta-feira; síndrome hipertensiva
- d) Quinta-feira; anemia e ginecopia
- e) Sexta-feira; endocrinopatia.

Todos pacientes vem encaminhado de algum serviço de saúde e ou encaminhado das especialidades do próprio hospital.

Seguem alguns critérios de encaminhamento para o ambulatório de alto risco do hospital Guilherme Álvaro, o encaminhamento das pacientes deverá ser feito até 32ª semana de gestação, acompanhada da ficha de encaminhamento e exames comprobatórios para a triagem de pré-natal do hospital Guilherme Álvaro.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DRS IV - BAIXADA SANTISTA - HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO AO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO

1	Hipertensão arterial: <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial crônica complicada por nefropatia, cardiopatia ou histórico de pré- eclâmpsia, DPP ou natimorto. • Pré-eclâmpsia (HAS + Proteinúria > 300mg em 24 horas ou 1.0 g amostra isolada ou labstix + / +++++). • Pré-eclâmpsia sobreposta a Hipertensão Arterial Crônica.
2	Diabetes Mellitus Pré-Gestacional (todos).
3	Diabetes Gestacional: Glicemia de jejum > 105mg/dl (duas amostras) ou teste de sobrecarga simplificado (75g de dextrosol) com valores de jejum > 95 mg/dl e pós 2 horas > 140 mg/dl ou TTGO (100g dextrosol) com pelo menos dois valores alterados (jejum 95mg/dl; 1 hora >180 mg/dl; 2 horas >155 mg/dl ; 3 horas . 140 mg/dl).
4	Hipo e hipertireoidismo.
5	Má história Obstétrica: abortamento habitual (3 ou mais perdas consecutivas) Nati / neomortalidade de causa desconhecida. - antecedente de circlagem.
6	Restrição de crescimento intra-uterino: (fazer diagnóstico diferencial com erro de data).
7	Idade materna maior que 40 anos.
8	Obesidade mórbida (IMC > 40).
9	Gestação gemelar monócórionica e gestações trigemelares.
10	Cardiopatias maternas.
11	Asma Brônquica descompensada.
12	Anemias crônicas (Ex: Falciforme) e anemias severas (Hb < 8 mg/dl).
13	Antecedente de três ou mais cesáreas e placenta prévia.
14	Insuficiência Renal Crônica.
15	Colagenoses.
16	Anticorpo antifosfolípide.
17	Epilepsia.
18	Púrpura Trombocitopênica Imunológica.
19	Alteração citologia oncótica: lesão de alto grau e Ca in situ ou invasor.
20	Infecções congênitas (Ex: Toxo, Rubéola), DSTs (Ex: Sífilis) e malformações fetais / anexiais deverão ser encaminhadas à triagem de pré-natal do HGA para o devido

	agendamento no Setor de Medicina Fetal para avaliação fetal. <u>O pré-natal destas pacientes deverá ser realizado no Município de Origem.</u>
21	Alterações de volume do líquido amniótico
22	Aloimunização por fator RH.

3.2 ENFERMARIA DE GESTANTES PATOLÓGICAS E PUERPÉRIO DO HGA

A maternidade atualmente conta com uma equipe multidisciplinar formada por três médicos plantonistas, cinco enfermeiras, uma aprimoranda de enfermagem, duas psicólogas, uma aprimoranda de psicologia, três do Serviço social, uma fonoaudióloga, uma aprimoranda de fonoaudióloga, duas do serviço de limpeza, uma nutricionista , uma copeira e trinta auxiliares de enfermagem divididas por plantões.

Contem 44 leitos todos com seu respectivo berço seguindo a linha do alojamento conjunto e método canguru. Os quartos são separados em patologia, puerpério, método canguru e indução.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Caracterizar o atendimento à gestante de risco em um hospital de ensino.

4.2 ESPECIFICOS

- a) Identificar o setor obstétrico;
- b) Descrever e analisar características clínicas e epidemiológicas relacionadas à gestação de risco;
- c) Avaliar a percepção do paciente em relação ao atendimento em um hospital escola.

5 METODOLOGIA

Este trabalho é um estudo descritivo, de campo, exploratório que utilizou procedimentos estatísticos, epidemiológicos e analisou as características da gestante de risco e sua percepção quanto ao atendimento que lhes é dispensado em um hospital escola da cidade de Santos.

Essas abordagens privilegiam diferentes dimensões do objeto de avaliação que, de forma complementar, oferece diferentes eixos para os julgamentos, possibilitando uma maior riqueza do conhecimento de como estão funcionando os serviços com abordagem quanti-qualitativa (MINAYO, 2000).

5.1 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Maternidade do Hospital Guilherme Álvaro, localiza-se em Santos-SP, pertence a Direção Regional de Saúde XIX, Região da Baixada Santista.

A Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS) é formada por nove municípios, localiza-se no litoral centro-sul do Estado de São Paulo e ocupa área de 2.373 Km², o que representa menos de 1% do território paulista. Sua densidade demográfica é de 684 habitantes por Km² (SEADE, 2008).

Em 30 de julho de 1996, através da Lei Complementar nº 815, foi criada a Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), composta pelos municípios de: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente, que representam 1% da superfície do Estado com população predominante urbana e sua formação se deu a partir do município de Santos.

Terceira maior região do Estado em termos populacionais, com mais de um milhão e seiscentos mil habitantes, ostenta um Produto Interno Bruto da ordem de 18,5 bilhões de reais, contribuindo com 3,7% da riqueza estadual (AGEM, 2008).

O Hospital Guilherme Álvaro tem uma área física de 486.644,89 m² é um hospital designado de grande porte e possui 305 leitos distribuídos pelo seu interior, subordinado à Coordenadoria de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Presta assessoria médico-hospitalar aos clientes especializados e em regime de tratamento e segmento ambulatorial, campo de ensino, treinamento e aperfeiçoamento para médicos, enfermeiros e todos os profissionais da equipe multidisciplinar e proporciona meios de investigação e pesquisa de interesse da saúde pública.

É Referência em atenção à saúde do idoso, Serviço hospitalar para tratamento em AIDS, Hospital Amigo da Criança, atendimento terciário a Gestante de Alto Risco, Neurocirurgia, Laqueadura, Ortopedia, UTI adulto, UTI pediátrica, Vide cirurgias, tratamento a Hepatites, Acidentes de Animais Peçonhentos e Intoxicações, Terapia Nutricional, Ambulatório de Obesidade Mórbida e Distúrbios do Crescimento.

5.2 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

O estudo será efetuado a partir de duas etapas:

- a) Levantamento dos prontuários das gestantes internadas no setor patológico da maternidade durante 30 dias.

- b) Entrevista com as gestantes de risco internadas no setor patológico da maternidade, durante o mesmo período, mediante a utilização dos seguintes critérios;
- gestantes com feto vivo;
 - gestantes internadas na maternidade com diagnósticos de patologia obstétrica .

5.3 AMOSTRA

A amostra foi de 206 prontuários (Anexo C) de gestantes pertinentes a dois meses do 1º semestre e dois meses do 2º semestre do ano de 2008 do serviço da maternidade do Hospital Guilherme Álvaro. Que continham informações de data de internação, idade, estado civil, naturalidade, procedência, escolaridade, tipo sanguíneo, métodos contraceptivos, data provável do parto, diagnóstico obstétrico de normalidade, diagnóstico patológico atual, data da última menstruação, se gravidez planejada, idade gestacional e vícios. Que concomitante analisamos o livro de registro de nascimentos neste mesmo período que continham informações de 416 anotações de data de nascimento, sexo, horário, peso ao nascer, número de gestações e tipo de parto.

Conforme os dados captados durante a pesquisa serão elaborados gráficos e com a ajuda de cálculos estatísticos, aspira-se traçar um perfil sócio-demográfico, caracterizando então as gestantes freqüentadoras do hospital escola Guilherme Álvaro e correlacionando sua percepção no atendimento com as entrevistas gravadas.

5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As entrevistas foram semi-estruturadas, com prévio roteiro (Anexo A) e gravadas para posterior transcrição e com a permissão da gestante e sua assinatura Termo de consentimento livre e esclarecido (TECLE) (Anexo B).

O presente projeto foi encaminhado simultaneamente ao COMET- Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Santos .(Anexo D)

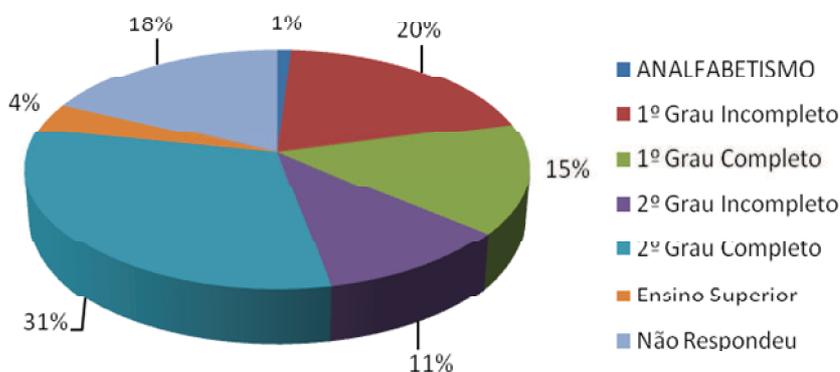
As unidades de Saúde devem ser geograficamente acessíveis levando em conta a distância, o transporte e o terreno (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Vindo de encontro com Unglert (1990) que refere a igualdade no acesso deve ser entendida como um direito de todo cidadão, sendo garantida com isso a chegada, a entrada e o acolhimento deste nos serviços de saúde.

Temos como um saldo positivo o número da demanda em relação a oferta, pois o Hospital referência tem seu maior número em sua sede de origem.

Levando em conta ainda a população com precário acesso a um sistema de saúde deteriorado em função do relativo desinvestimento público no setor e do equilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços apresentando disparidade e problemas no acesso aos serviços e qualidade da assistência prestada (COHN; ELIAS, 1998), reforçando a necessidade e a importância dos estudos nesta temática.

Na RMBS, 80,3% dos moradores referem o uso regular de algum serviço de saúde, em 2003, 79,3% da população nacional declarou uso regular de serviços de saúde (IBGE, 2003).

Gráfico 3 - Distribuição das gestantes segundo grau de escolaridade. HGA-Santos, 2008.



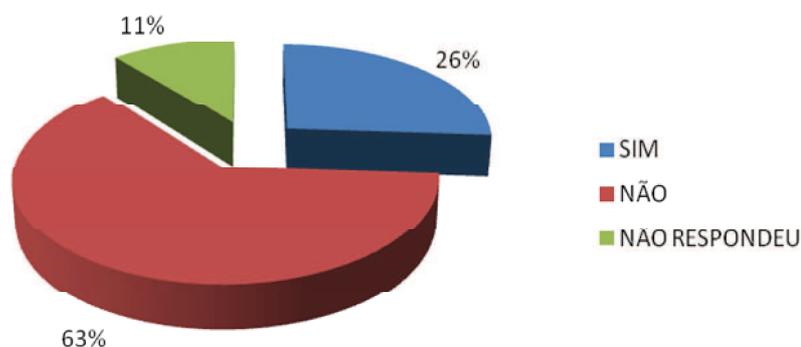
A educação como um caminho para a conquista de direitos sociais tem sido identificados por pensadores contemporâneos, sendo ela o pressuposto para o alcance da cidadania, que se assenta sobre os princípios da liberdade e igualdade desde que seja facilitado e garantido o acesso das pessoas as escolas (REIS, 2007).

Do total das gestantes internadas a maior parte com 31% apresentam grau de escolaridade do nível médio dividindo uma boa parte com 1º grau incompleto de 20%, que vem de encontro com o perfil dos novos usuários com mais grau de escolaridade e com a redução dos analfabetos no grupo estudado.

Segundo Freire (1997), a educação é o alicerce para que todo ser humano possa compreender o mundo a sua volta e transformá-lo, baseando-se em reflexão sobre seu ambiente concreto e, assim, tornando-se sujeito.

A taxa de analfabetismo foi de 10,5% em 2004 (BRASIL) e está em queda. Houve melhora acentuada dos indicadores educacionais nos últimos 5 anos. A média de anos de estudo, em alta, foi de 6,6 anos para as pessoas com mais de 10 anos de idade: 5,3 Nordeste e 7,3 no Sudeste (SUS, 2006).

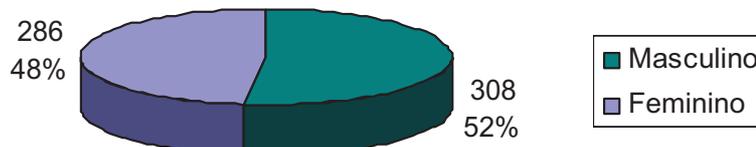
Gráfico 4 – Distribuição da freqüência de gravidez planejada. HGA-Santos, 2008.



Pode-se observar o grande percentual de mulheres que não planejaram seus filhos.

O aumento da taxa de fecundidade entre adolescentes e jovens, assim como o número de óbitos maternos nesta faixa etária, é um forte indicador de que as políticas de contracepção, planejamento familiar e atenção pré-natal, não tem se adequado ou atendido as necessidades específicas desse segmento, afetando diretamente sua saúde reprodutiva. Indicam portanto, a necessidade de formulação de ações estratégicas que garantam a autonomia reprodutiva de mulheres em condições desejada e seguras (BRASIL, 2006).

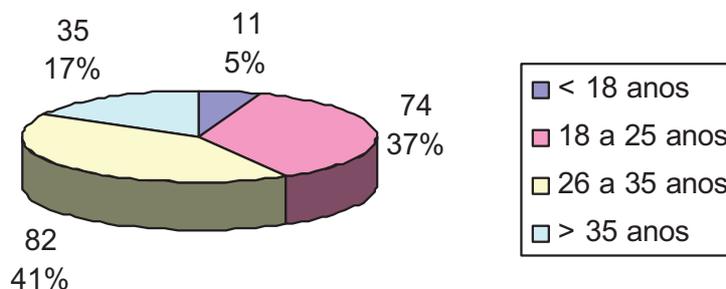
Gráfico 5 – Distribuição da frequência do sexo de RN.HGA- Santos,2008.



Segundo IBGE (2008) ,quanto ao sexo não se observa grandes diferenças entre a população feminina e masculina na RMBS, mas o sexo feminino ainda apresenta ligeira predominância, exceto nos municípios de Bertioga, Cubatão e Mongaguá.

Fica aqui registrada uma pequena predominância do sexo masculino nos meses pesquisados.

Gráfico 6 - Idade das gestantes, HGA-Santos, 2008.

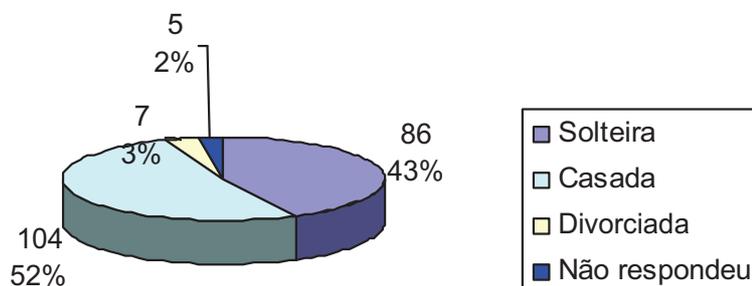


Percebe-se que a grande porcentagem está na idade reprodutiva e que apenas 17% estão na gestação tardia. Tivemos a idade mínima de 14 anos a máxima de 44 anos e tendo a média de 28 anos.

Mulheres que iniciam sua atividade sexual aos 14 ou 15 anos têm uma maior incidência de câncer de colo quando comparadas às que iniciaram aos 20 anos (HALBE, 2000, p.213).

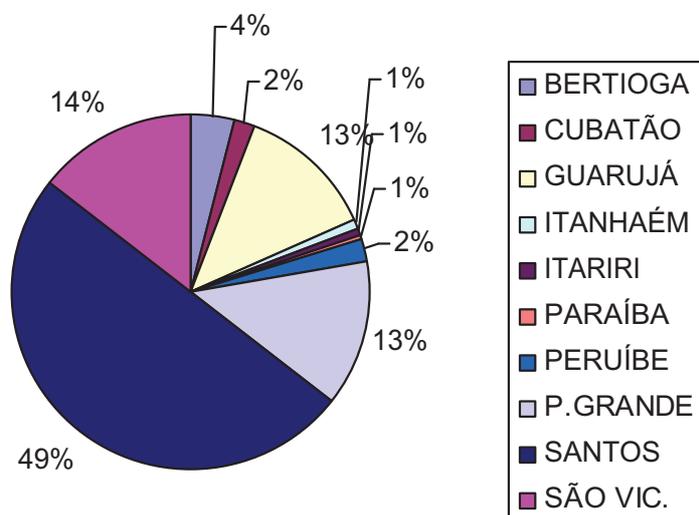
Adolescentes de 10-18 anos (ECA) responderam por 22% de cerca de 668 mil partos ocorridos em 2003. As mães com idade entre 10 a 14 anos foram cerca de 28 mil em todo o País. Entre 2002 e 2004, nota-se uma pequena tendência de queda da gravidez na adolescência nas Regiões Centro Oeste, Sul e Sudeste e uma relativa estabilidade no Norte e no Nordeste. (SUS, 2006)

Gráfico 7 – Distribuição de Estado civil entre as gestantes. HGA-Santos, 2008.



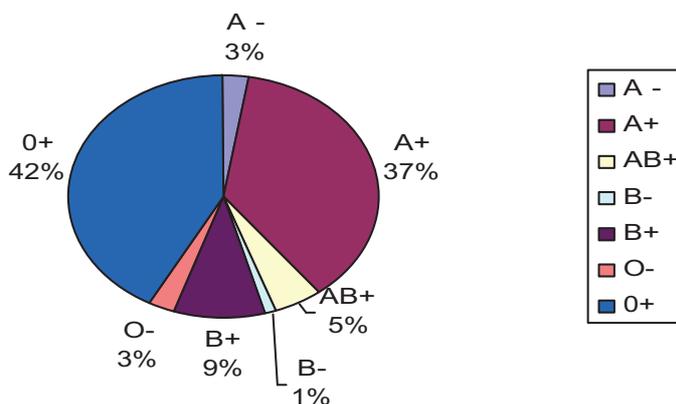
Os dados encontrados referentes à situação civil, apresentaram em sua maioria gestantes casadas com 52%, mas é preciso explicar que foi considerado como casada toda aquela que vivesse com companheiro.

Gráfico 8 – Frequência de procedência. HGA-Santos, 2008



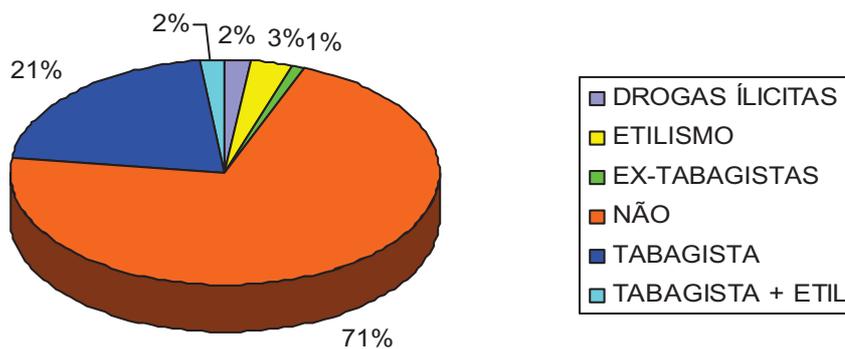
Tendo em vista a regionalização, o número de usuários ainda é maior na cidade Santos dividindo com as três das cidades mais próximas ao hospital, São Vicente, Guarujá e Praia Grande.

Gráfico 9 - Frequência do tipo sanguíneo entre as gestantes de risco. HGA-Santos, 2008



Logo se observa 79% de predominância do fator Rh positivo.

Gráfico 10 – Frequência de vícios entre as gestantes, HGA ,Santos, 2008

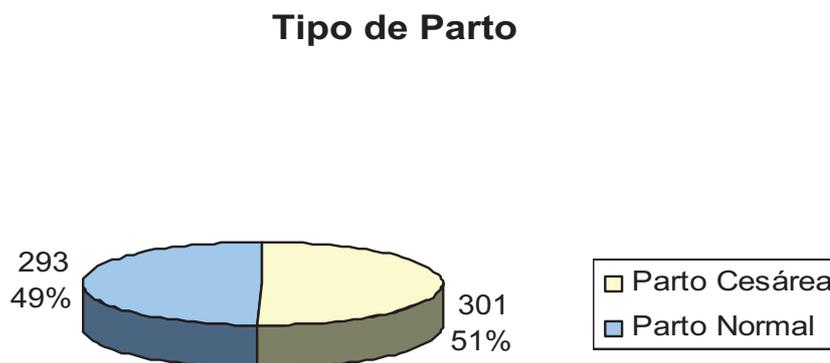


Deve-se aconselhar a mãe em potencial acerca da importância de uma dieta adequada e dos efeitos do fumo e do álcool. O estado nutricional e a saúde em geral são grandemente influenciados pelo nível de indigência, educacional (desconhecimento de uma dieta balanceada) e hábitos alimentares étnicos. Não há

relatos conclusivos sobre o efeito de desnutrição crônica da mãe como um fator isolado no feto, mas sabe-se que a desnutrição no feto tem um efeito na replicação e crescimento tecidual, especialmente do tecido cerebral (KLAUS, 1982).

Uma grande proporção de mulheres em idade gestacional já teve contato com álcool e tabaco, e cerca de 15% destas, com drogas ilícitas. No primeiro trimestre é o período que o feto está mais suscetível a danos, sendo ela interferência direta (tóxica) ou indireta (alteração do fluxo sanguíneo) é eminentemente devastadora. (MELO et al,2005).

Gráfico 11 - Porcentagem e numero absoluto do tipo de parto entre as gestantes de risco



A escolha de qualquer intervenção médica, em termos éticos, deve basear-se no balanço entre riscos e benefícios. No Brasil e em outros países, no entanto, a cesárea tem sido abusivamente utilizada sem benefícios para as mulheres e recém-natos.

Situações semelhantes enfrentam outros países como, Porto Rico, Estados Unidos, Canadá e Itália, além de alguns outros europeus e latinos, que apresentam as maiores taxas depois do Brasil, todas superiores ao nível máximo de 15% teoricamente recomendado pela OMS. O Brasil tem uma taxa de 28% no total

de cesáreas, comparadas com Argentina 25,5%, Chile 33%, Costa Rica 20,8%, México 24,1%, Paraguai 8,7%, Colômbia 16,8%, Canadá 18% e Uruguai 21,9% (Fescina, 2000).

Em 2005 a taxa de cesárea estava quase três vezes maior que o recomendado e chegou a 43% (SUS,2006).

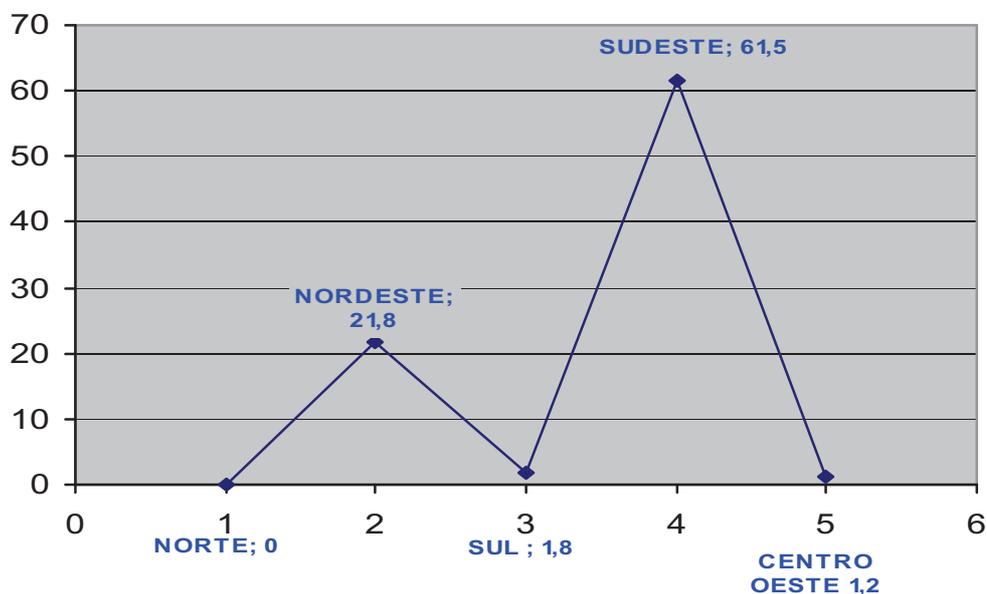
O fato deste hospital ser referência em gestante de risco é bastante plausível que o número elevado de seu número de cesáreas esteja justificado.

Em relação aos óbitos maternos declarados no país aproximadamente 60% ocorrem devido à internação para o parto sendo um dos agravos os partos cirúrgicos excessivos. Ministério da Saúde já referia que Estudos epidemiológicos têm demonstrado que o risco de morte materna e neonatal associada a cesariana é, respectivamente, sete a três vezes maior do que o associado a parto normal (BRASIL, 2003, p.11).

Anvisa relata que o Sistema de Internação Hospitalar (SIH), a taxa de cesárea no Brasil em 2003 foi de 26,4% sendo que no sudeste é a região com maior índice, chegando aos 30,8%. Vale ressaltar que os dados do sistema se referem apenas aos atendimentos feitos pelo SUS. De acordo com a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, atualmente o Brasil é o segundo maior realizador de cesáreas no mundo, perdendo apenas para o Chile (BRASIL, 2004, p.5).

A prevalência de naturalidade tem se mostrado significativamente ser de origem Santista, atrás de São Paulo, Minas Gerais e Guarujá.

Gráfico 12– Naturalidade, segundo regiões de origem entre as gestantes de risco



Na palestra da ENSP/Fiocruz, a ministra da secretaria Especial de Políticas para as mulheres (SPM), Nilcéia Freire, traçou um quadro estigante sobre a situação das mulheres brasileiras. Utilizando dados de Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, mostrou que as mulheres representavam 51,2% da população, sendo 46% delas pretas e pardas; ao todo são 89 milhões de mulheres, das quais 85,4% vivem em áreas urbanas. "Não somos minoria da população, mas se tivéssemos que traçar hoje a imagem de quem é mais excluído na sociedade brasileira, diríamos que é uma mulher jovem, negra, da região nordeste".

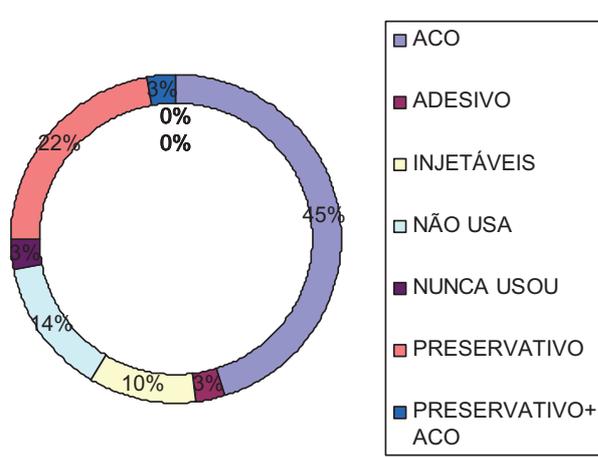
Embora quase a metade tenha verbalizado anticoncepcional oral (aco), a realidade mostra-se outra, quando aprofundamos no comentário tipo qual era a pílula que você usava, quase sempre a resposta era esquecimento, torna-se cômodo e vergonhoso para elas verbalizarem não usar nenhum meio de prevenção,

fica aqui nossa interrogação, quanto ao uso de preservativo masculino a resposta era sempre a mesma “rasgou”.

Publicada recentemente na revista Cadernos de Saúde Pública, da Fiocruz, a pesquisa analisou dados relativos a 23 mil usuários, ao longo de um ano, o uso de camisinha com parceiros fixos ficou aquém do esperado: a proporção de indivíduos que adotava este comportamento preventivo, não ultrapassava os 50% para ambos os sexos (SAÚDE, 2008).

Novos hábitos e comportamentos têm que ser trabalhados e mais divulgados entre a população feminina, conforme nosso estudo ainda mostraram muitas dúvidas em Métodos Contraceptivos.

Gráfico 13 - Métodos contraceptivos



Nota-se o grande percentil de uso de anticoncepcional oral, embora quando perguntávamos a respeito a resposta era quase unânime “esquecimento” .

Conforme tabela abaixo, o número de primigestas (primeira gestação) é superior aos outros, vindo de encontro com os indicadores do SUS (2006), que

mostra-nos que a fecundidade cai para 2,1 filhos por mulher em 2004, principalmente da região Sudeste que o número de filhos ficam em média 2 por mulher e a idade é de 25-29 anos (BRASIL, 2001).

Mas que aumenta entre as adolescentes e jovens, assim como o número de óbitos maternos nesta faixa etária, é um forte indicador de que as políticas de contracepção, planejamento familiar e atenção pré-natal, não têm se adequado ou atendido as necessidades específicas desse segmento, afetando diretamente sua saúde reprodutiva. Indicando portanto, a necessidade de formulação de ações estratégicas que geram a autonomia reprodutiva de mulheres em condições desejada e segura (BRASIL,2006).

Tabela 1 – Frequência de gestações entre paciente atendidas no HGA no período pesquisado do livro de registro de nascimentos.

GESTAÇÃO	FREQUÊNCIA	%	IC 95%
NR	22	5,30%	3,4 - 8
I	150	36,10%	31,5 - 41
II	102	24,50%	20,5 - 29
III	62	14,90%	11,7 - 18,8
IV	42	10,10%	7, 5 - 13,5
V	18	4,30%	2,7 - 6,9
VI	10	2,40%	1,2 - 4,5
VII	4	1,00%	0,3 - 2,6
VIII	2	0,50%	0,1 - 1,9
X	4	1,00%	0,3 - 2,6

Terminologia Obstétrica :

I – Uma gestação - primigesta

II – Duas gestações - secundigesta

III – Três gestações - tercigesta

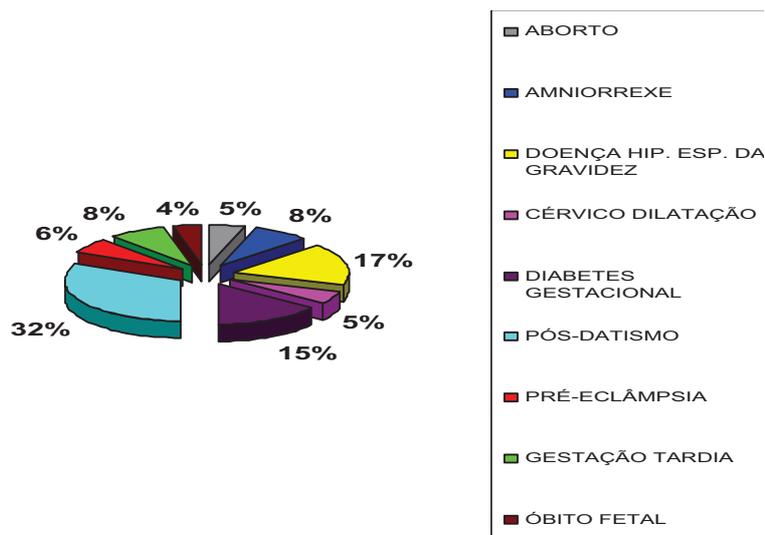
IV a X – Quatro até dez gestações – multigesta

NR – não registrou

Fica expressa a quantidade de primigestas,seguidas de secundíparas e tercíparas, relacionadas a gestantes patológicas.

Em relação à distribuição das principais patologias obstétricas observa-se que há predominância de pós-datismo, índice que pode refletir erro de data, pré-natal mal assistido, entre outros, seguida de DHEG e Diabetes Gestacional.

Gráfico 14 - Distribuição das principais patologias obstétricas observadas nas pacientes do grupo estudado



Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a pré-eclâmpsia e síndromes hemorrágicas há alto índice de morte materna.

Segundo o Painel Indicadores do Sus , o percentual de mortes maternas por causas diretas no Brasil em 2003 foram Eclampsia, com 23,28%, Aborto 14% e Pré-eclâmpsia 12% seguidas por Hemorragias pós parto 9%, Descolamento de Prematuro de Placenta com 9,48% , Infecção puerperal 8,25% e Anomalias da contração uterina 6%. Com uma predominância entre preta e parda (SUS, 2006, p.21).

A distância impressionante entre o chamado padrão ouro da ciência a prática obstétrica no Brasil é um exemplo de quanto a cultura (institucional, técnica, corporativa, sexual, reprodutiva) tem precedência sobre a racionalidade científica,

como conhecimento autoritativo na organização das práticas de saúde (DINIZ, 2005).

6.1 AMOSTRA DAS ENTREVISTADAS

As entrevistas foram realizadas durante a internação da gestante, a amostra foi intencional de acordo com a internação de gestantes no setor patológico, desde que tivesse interesse de participar do estudo, todas entrevistadas foram consultadas e assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido (TECLE) desta forma participaram 12 gestantes no mês de maio de 2008, que vivenciaram uma gestação de risco em um serviço de pré-natal de risco, utilizamos a abordagem metodológica do discurso do sujeito, de caráter exploratório do tipo descritivo. Para a organização de dados usamos a entrevista semi-estruturada, com perguntas norteadoras através de um gravador.

6.2 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

A análise foi baseada nos registros das transcrições das entrevistas, foram realizadas leituras sucessivas do material coletado a fim de extrair das falas situações de maior relevância, as quais respondessem aos objetivos do estudo, sustentando o processo de avaliação. As entrevistas foram gravadas, ouvidas e digitadas pela autora e, sendo posteriormente todas conferidas e corrigidas pela

pesquisadora, através da audição e leitura do material transcrito, de modo que a forma oral estivesse igual à escrita, como registrada na gravação.

Em seguida foram atribuídos nomes de flores ou pedras preciosas para cada entrevistada, assim preservando ainda mais suas identidades.

Segundo CHIZZOTTI (2001, p.98) “o objetivo da análise do conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas.”

6.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A idade variou entre 20 a 39 anos, com uma idade média de 32 anos; grande parte 8 gestantes (70%) possuíam o 1º grau incompleto, seguida de 3 (25%) com 1º grau completo e uma delas (5%) com 3º grau completo. Do total das entrevistadas 100% (12) referiram morar em casa própria (puxadinho, palafitas, tijolo e tradicionais), sua renda bruta variaram de R\$ 200,00 a 8.000,00, foram unânimes em responder não receber nenhuma ajuda governamental. Das 12 entrevistadas – 40% (5) referiram ter convênio médico e 60% (7) não ter. Em relação a menarca, variaram de 9 a 14 anos com uma média de 11,5 anos e a coitarca variou de 14 a 30 anos com uma média de 16 anos. Em relação a um parceiro fixo 80% - (10) referiram que sim e 20% - (2) não. Quanto ao uso de MAC apenas 40% (4) faziam uso, e 60% (8) alegaram não fazer uso, em relação ao conhecimento de algum serviço de planejamento familiar 60% - (7) dizem não conhecer e apenas 40% - (5) conheciam.

Como esclarece Blumer (1984), as respostas dos seres humanos não são feitas direta de ações dos outros, mas elas são baseadas no significado com que

eles ligam a tais ações. Então, para o autor a interação humana é mediada pelo uso de símbolos, pela interpretação, ou pelo descobrimento do significado.

Conseguem ainda exibir seus sentimentos em um momento ímpar de sua vida, principalmente tão delicado, como uma gestação de risco, contemplando uma análise mais reflexiva e crítica do contexto que envolve as dificuldades do seu sentimento no atendimento dentro de um hospital escola, permitindo ainda discussões, reflexões sobre atitudes no decorrer do processo de atendimento as gestantes de risco.

6.4 O SENTIMENTO NO ATENDIMENTO MÉDICO

As entrevistadas foram unânimes em relatar o bom atendimento médico.

“É bom, eu gosto, os médicos explicam, eles falam o quê que agente teme explicam numa maneira que agente possa entender, né sem usar só termo médico, que nem o caso da pré centralização ... o médico explicou detalhadamente [...]”(Rosa).

“Bom, foi bom, eu queria mesmo que fosse pesquisada a minha enfermidade ... pelas coisas que eu tava sentindo pra eu entender [...]”(Esmeralda).

Para mim ,todos foram muito bons “ [...]”(Margarida)

“É que o obstetra do convênio, falou que pelo convênio eu não teria esse atendimento... é eu até não gostei da atitude dele, assim, porque eu confiava nele...ele meio que ficou com medo, me mandou pra cá ...porque acho que seria uma referência no meu problema[...]” (Zafira).

É importante haver sinergia positiva entre avaliado e avaliador, de forma a promover o crescimento de ambos. Através de uma avaliação de desempenho é possível proporcionar desenvolvimento aos indivíduos; essa deve conter objetivos

bem definidos e estar em consonância com a política e a filosofia da Instituição (GONÇALVES; LEITE,2004).

6.5 OS SENTIMENTOS NO ATENDIMENTO POR ALUNOS

“Ah pela maneira que é feito e, sei lá, eu acho que o professor poderia pegar o caso do aluno e levar o caso do paciente e levar pros alunos e fazer aula em outro local ... eles fazem aula com agente e agente fica ali, como se fosse um exercício que foi passado na lousa, e os alunos ali olhando e aprendendo com tudo isso ... é pegar os casos e fazer todo material como é feito os papéis, ... porque tudo que se explica tem vários níveis,tem o nível médio,o básico e,o ruim e tem o péssimo ... aí você começa a fantasiar ...e de repente eu não precisava tar passando por isso ...se ele pegasse meu caso e levasse para a sala de aula”[...] (Esmeralda).

Para Cohen(1995), advoga-se que eticamente, qualquer pessoa, independente de sua idade tendo condições intelectuais e psicológicas para apreciar a natureza e as conseqüências de um ato ou proposta de assistência a sua idade, deva poder tomar decisões sobre a assistência à saúde.

“Assim quando tem mais que um assim é meio constrangedor, mas eu sei que eles estão aqui aprendendo, eu tento ficar tranqüila ...pior é quando pega uma amizade, porque ele já é super-amigo e eu me sinto muito constrangida [...] (Jasmin).

Segundo MINAYO (2004, p.157) “Toda a visão de saúde da população tem a ver com a situação em que vive com as contradições mais gerais da sociedade que também se expressam no setor saúde.Sua perspectiva não é de conservação nem de reordenação, nem de oposição do indivíduo e sociedade. Sua perspectiva é sempre a possibilidade de transformação pelas contradições das condições que geram e reproduzem as situações de crença da população e os sistemas conflitivos e inadequados de atender à saúde da população”.

“vão aprender em cima de mim né, que se dane né, o aluno que tira nota boa ou ruim vai ser em cima de mim ...você sabe que atrás de um aluno tem um professor, aí te passa mais segurança[...]”(Rosa)

“quando o professor fosse dar aula, menos aluno, as vezes fica dez, quinze num quarto pequeno ...muitos deixam agente cansada tanto mentalmente como fisicamente[...]” (Margarida).

“já fui estagiária e sei que cometem muitos erros[...]”(Pérola)

Para Freire (1997), toda ação educativa deve estar precedida de reflexão, e isso ocorre quando há integração do homem com o seu contexto, o que pode levar a compreensão da realidade desse contexto, e a sua transformação.

“sei lá, eu acho que ele vai querer me usar né, pra aprender. E eu vou tá sentindo dor ,entendeu, essa hora eu vou ficar muito nervosa,não é que eu me sinto usada,é que pô agente tá sofrendo, sentindo mó dor pra ganhar neném,aí vem um vai lá e coloca o dedo, aí vem outro vai lá e coloca o dedo de novo. [...]”(Zafira)

É importante ressaltar o ponto de vista da gestante, de como ela percebe todo este movimento, esta dinâmica da rotina estudantil no hospital de ensino.

É importante haver sinergia positiva entre avaliado e avaliador, de forma a promover o crescimento de ambos. Através de uma avaliação de desempenho criteriosa é possível proporcionar desenvolvimento aos indivíduos; essa deve conter objetivos bem definidos e estar em consonância com a política e a filosofia da Instituição (GONÇALVES & LEITE, 2005).

Em relação à autonomia, FORTES (2006), refere que o ser humano não nasce autônomo, torna-se autônomo, mas também pode perder sua autonomia quando ocorre a interferência de variáveis estruturas biológicas, psíquicas e sócio-culturais.

Segundo Simões e Souza (1997) a gestante, quando na maternidade, deixa de ser responsável pela sua saúde e a de seu filho, pois perde o controle da

sua gestação que passa para os profissionais que a assistem. Os profissionais que prestam assistência estipulam o que ela pode ou não fazer, comprometendo assim sua individualidade.

6.6 PERCEPÇÃO DE HOSPITAL ESCOLA

É importante para nós entender a sua percepção da dinâmica de um hospital escola.

Pode-se observar na fala abaixo, a insegurança por ser um hospital escola.

“hospital escola trás alunos pra aprender... gente serve como cobaia, fica um monte, que nem hoje tava lotado, ficou falando, falando, falando, falando, muitos não prestam atenção.[...] (Margarida)”

“É quando vem os alunos que tão aprendendo (...) eu não me importo de colaborar, de deixar examinar, porque eu sei que estão aprendendo pra mais tarde ensinar (...) num é, se deixar fazer o que quer não, que agente também somos ser humanos (Jasmim).”

“Olha eu acho, eu fiquei surpresa assim, porque a gente escuta muitas coisas sobre o Guilherme, né...acho que não tem burocracia, i assim, com um monte de coisa que agente escuta do SUS, né aqui não, como eu não utilizava, agora utilizo e fico achando um excelente serviço [...] (Anis)”

“Esse é o hospital escola que você entra e só sai quando tiver tudo bem com você e seu bebê, por isso que eu me senti segura de vir para cá (...) como se nós pra eles fosse um estudo, e realmente somos(Hortência).”

A fala abaixo apresenta claramente a sua positividade em relação a “troca” profissionais competentes pelo seu caso.

“Pra mim hospital escola é onde você é o paciente, tem um atendimento melhor, entendeu, é uma troca, você permite ao entrar no hospital, que pessoas que não são profissionais lidem com você (...) eu acho que é uma troca, você tem professores pesquisadores, acho que funciona assim (Zafira).”

Nestas falas observamos um entendimento real de suas percepções quanto pacientes em um hospital de ensino

“Então no hospital escola, as vezes eles dão até mais atenção que os próprios médicos, pergunta pros professores e explica pra nós direitinho[...]”(Anis)

Segundo Caparroz (2003), para maioria dos professores de medicina é mais fácil operar do que humanizar, o conhecimento da técnica operatória é mais fácil do que o emocional, quanto mais passivo for o paciente mais fácil para a estrutura médica.

Cabe refletir o papel importante das Unidades Básicas de Saúde e ambulatórios de atendimentos de pré-natal.

Segundo Melchior (2000), que defende a gravidade e a complexidade da situação imposta pelas características de ambas as doenças no seu contexto epidemiológico, social e individual. O serviço público como palco da adversidade vivenciada pelos professores de saúde, deve incorporar princípios no sentido de garantir os espaços.

De acordo com o Ministério da Saúde, autonomia significa auto determinação, auto governo: é o poder da pessoa humana em tomar decisões sobre sua saúde, sua integridade física-psíquica, suas relações sociais. A pessoa autônoma tem liberdade de pensamento, deve ter capacidade para dividir, de forma racional, optando entre alternativas que lhe são apresentadas, de acordo com seus valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças pessoais. Deve ainda ter compreensão de suas escolhas (BRASIL,2001).

7 CONCLUSÕES

1. As características sócias demográficas da amostra foram:

- As procedências de maior número das gestantes foram de Santos seguidas de São Vicente;
- A média de anos de estudo foi de 10 anos
- A média da idade foi de 25 anos entre 18 e 42 anos
- A frequência de gravidez planejada com 26%
- A situação conjugal predominante foi de parceiro fixo com 52%
- A frequência de vícios apenas 21% são tabagistas e 71% sem vícios
- O tipo de parto predominante é parto cesáreo com 51%
- A origem das gestantes, segundo a naturalidade, as regiões mais predominantes foram, região Sudeste com 61,5% e nordeste com 21,8%
- Frequência de métodos contraceptivos, 45% fez uso de ACO e 22% preservativo.
- A moradia mais comum , foi casa própria (Alvenaria e tijolo)

2. As características obstétricas da amostra foram:

- A maior parte , primigestas com uma frequência de 150;
- As principais patologias 32% pós-datismo,17% doença hipertensiva específica da gravidez, 15% diabetes gestacional,8% amniorrexe e gestação tardia e 6% pré-eclâmpsia.

3. Voz das pacientes, categorias que emergiram; atendimento médico , atendimento por alunos e percepção de hospital escola.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi norteado pelas linhas do SUS, nos resultados do estudo quantitativo foram apresentadas as condições sócio-demográficas da população de gestantes de risco possibilitando analisar características das freqüentadoras do hospital Guilherme Álvaro e entender a dinâmica do acesso e acessibilidade do serviço de referência RMBS.

Possibilitou registrar as principais patologias obstétricas, métodos contraceptivos, tempo de escolaridade, renda familiar, tipo de moradia, procedência, naturalidade, idade, situação conjugal corroborando com o perfil do atendimento.

Na avaliação do qualitativo, o sentido deste estudo em construção como muitas outras pesquisas sobre este objeto de investigação foram de corporificar o que se vem pensando ou declarando como “natural”, na realidade, um produto histórico, cultural e, portanto possível de mudanças na ótica do atendimento dentro de um hospital escola.

Sob esta lógica pudemos aprender que o mando social da gestante de risco habitado pelos profissionais e estudantes de saúde é construído dentro de um universo simbólico que desqualifica a gestante para a entrada no mundo das mulheres com poder de escolha e posse sob sua vida.

Fica clara após algumas questões sócio-demográficas, a diversidade do grupo estudado, tendo sido observada as representações das diversas camadas sociais, a heterogenia de usuários do SUS, dentro de um mesmo recinto recebendo as mesmas atenções e dividindo o mesmo espaço, vindo de encontro com princípios e diretrizes do SUS na Equidade e Integralidade.

Na voz das pacientes percebemos uma importante fonte de informação sobre a real percepção na condição de paciente gestante atendida em um hospital de referência do SUS, servindo-nos de subsídios para a formulação de novas políticas e estratégias de atendimento a essas gestantes, proporcionando reflexões

a gestores, gerentes, professores e discentes na revisão de suas práticas assistenciais e administrativas.

REFERÊNCIAS

AGEM. Agência Metropolitana da Baixada Santista. Indicadores Metropolitanos da Baixada Santista. Santos, 2008. Disponível em [http:// www.agem.sp.gov.br](http://www.agem.sp.gov.br)

BIS, Boletim do instituto de Saúde, **Humanização em saúde III** n.39/ 08/2006 p.12

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspectives and methods**. New Jersey: Printice Hall, 1984. p.207.

BONADIO, I.C.; TSUNECHIRO, M.A. **A experiência vivenciada por mulheres grávidas no contexto de um serviço de pré-natal**. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.81-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez de Alto Risco: sistema estaduais de referência hospitalar**. Secretaria Executiva. Brasília (DF), 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de ações programáticas estratégicas: área técnica de saúde da mulher**. Manual técnico: Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF), 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas: área técnica de saúde da mulher**. Manual técnico: Gestação de alto risco. Brasília (DF), 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política Pública. **Assistência Pré-natal**, manual técnico. 3ª ed. Brasília (DF); 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 24 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) p.11-12.
Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS10347757PTBRIE.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico gravidez de risco**. Brasília (DF) 2002 p.6-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério**. Assistência Humanizada. Brasília (DF), 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde Dep. Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**, Brasília (DF); 2007.

CAPARROZ,S.C. **O resgate do parto normal: contribuições de uma tecnologia apropriada.**Ed.Univille,2003.

CHIZZOTTI,A.**Pesquisa em ciências humanas e sociais.**5ª ed.São Paulo: Cortez;2001.

COHN, A.;ELIAS,P.E. M. **Saúde no Brasil políticas e organizações e serviços.** 2.ed.São Paulo:Cortez:CEDEC,1998.p.92.

COHEN,C.Ética e psiquiatria. **Jornal do CREMESP**,N.95,P.3,1995.

DINIZ, C. S. G. **Humanização da Assistência ao Parto no Brasil.** Ciência Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.10, n.3, 2005.

DIR-XIX.Baixada Santista. Secretaria de Estudo da Saúde. **Relatório sobre Mortalidade Infantil**,2000.Santos,2007.

DONABEDIAN,A. The Role of. **Outcomes in Quality Assessment and Assurance.**QRB. 18:356-360,1992.

FESCINA,R.H.**A incidência de cesáreas nas Américas.**Jornal da FEBRASGO,2000,1:7-8.

FREIRE,P. **Educação e mudança.**Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.p.28

FREIRE,P. **Educação e mudança.**21ª ed. Rio de Janeiro:Paz e terra; 1997.

FORTES,P.A.C.*et al* Boletim do Instituto de Saúde: **Ética ,Cidadania e Humanização.** BOL. INSTITUTO SAÚDE, n. 39,p.7,2006.

FUSTINONI, S.M. **As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social** [tese]. São Paulo (SP). Escola de Enfermagem da USP, 2002.

GALVÃO,L.W.**Características reprodutivas de mulheres de 15 a49 anos:** Estudos comparativos e planejamento de ações.Rev.Saúde Pública.1999.v.33,,n1,p64-72.

GONÇALVES,V.L.M,LEITEM.M.J. Diagnóstico situacional de um processo de avaliação de desempenho profissional,Ver.Bras.Enferm.2004;57(4): 430-3.

GOTARDO, G.I.B. **A percepção da mulher sobre a assistência recebida em seu processo de ser mãe, um cenário de bons e maus tratos.**[tese]. São Paulo. (SP) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Ribeirão Preto, 2003.

HALBE,H.W.Tratado de Ginecologia.3ªedição.São Paulo:Rocca 2000.vol.2p213

IBGE.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.Estados@ S.P. 2008 disponível em : [http:// www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php](http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php) (07julho 2008).

Klaus, Marshall H. Alto Risco em neonatologia, "**Medicina de Urgência Diagnóstico e Tratamento**", Interamericana, 1982. 3. ed, p. 50.

MANDU, E.N.T.; Recursos e Estratégias em saúde: **Saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares**. Rev. Latino-Am. Enfermagem; Ribeirão Preto, v.8, n.4, 2000.

MARTINS, L.B.M. et al; **Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes**. Rev. Saúde Pública, 2006, v.40, n1, p.57-64.

MARTINS, A.L.; Tanaka, A.C.A. **Mulheres negras e mortalidade materna no estado do Paraná; Brasil de 1993 a 1998**. Rev. Bras. Crescimento e desenvolvimento humano 10: 27-38, 2000.

MELCHIOR, R. **Avaliação da aderência de usuários do sistema público de assistência ao tratamento de AIDS**. Uma análise qualitativa. Dissertação (mestrado-Saúde Pública) Fac. Saúde Pública, 2000. USP, SP.

MELO, A.S.O. et al. **Estado Nutricional Materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer**. Rev. Bras. Epidemiologia; 10(2):282-93, 2005.

MERIGHI, M.A.B.; GUALDA, D.M.R. **Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento**. Diagn Tratamento, 2002; 7(2):6-10.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004

NEME, Bussamara. **Obstetrícia básica**. 2ed. São Paulo: SARVIER, 2000., p.1362.

OHMAN, S.G.; GRUVNEWALD, C.; WALDENSTRON, U. **Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women**. Scand J Caring Sci, 2003; 17(2):148-52.

PEREIRA, Adriana L. de Figueiredo. **O parto assistido pela enfermeira na política de humanização ao parto e nascimento**. 2001. 251p. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional para a Saúde) Universidade Federal do Rio de Janeiro.

POSTMAN, N. **O desaparecimento da infância**. Rio de Janeiro: Graphia, 1999. Revista **Saúde São Paulo**, ano 4 nº 9, maio de 2008.

REIS, M.A.S., et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. Interface - Comunicação Saúde, Educação. v11, n23, p.655-66, set/dez. 2007.

Revista **Saúde**, Brasil, Ministério da Saúde, setembro, 2008 edição 148.

RICHARD et all.American Journal of obstetrics and gynecology **Recursos Humanos no cuidado para a maternidade** presentes no sistema no Brasil, Japão, América do Norte,.n6,vol 4,2002 .

SANTINI, L.A; GOULART, F.A.A; REIS,H.C.(org) **A saúde no município: organização e gestão**. Rio de Janeiro:IBAN/UNICEF,1991.

SIMÕES,S.N.F & SOUZA,I.E.O.Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica.Rev.Lat.Americana de Enf.,v.5,n3, 1997.

SEADE.Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados.**Informação dos Municípios Paulistas**.Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>Acesso 22 maio 2008.

SEADE.Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados.**O mercado de trabalho feminino na região metropolitana da baixada santista em 2005**. disponível em:<http://www.seade.gov.br/produtos/mulher/index.php> (06 maio 2007).

SILVA.W.V.Convivendo com obstáculo e fazendo o que se pode; **a comunicação interpessoal na assistência pré-natal**.[tese]. São Paulo (SP); escola de Enfermagem da USP; 1999.

SUS.**Painel Indicadores do Sus**.Ministério da Saúde.Brasil,MS.Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa.Ano I, nº 1- agosto de 2006.

UNGLERT,C.V.S.; O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização em dimensão de serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.24,n.6,dez.1990.

VAITSMAN,J.;Andrade,G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medira qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10,p.599-613,2005.

- () Hortaliças e leguminosas
() Mix

12.1 O que não pode faltar na sua mesa, que para você é essencial?

b) DADOS OBSTÉTRICOS:

- Menarca:_____Coitarca:_____
13. Idade gestacional em semanas:_____
14. Gesta_____Para_____Aborto_____
15. N° de filhos vivos;_____/N° de filhos que vivem com você:_____
16. Idade do filho caçula;_____anos/Idade do filho mais velho;_____anos
17. N° de pai de filhos gerados;_____/N° de consultas de Pré Natal :
18. Diagnóstico Obstétrico Patológico Atual;_____
19. -Diagnóstico Obstétrico Patológico Progresso:_____
20. Diagnóstico Clínico;_____/USG:_____

c) ENTREVISTA

21. Principais queixas durante a gestação;
- () Dor de baixo ventre
 - () Náuseas e vômitos
 - () lombalgia
 - () pirose
 - () dor MMII
 - () edema de MMII
 - () cefaléia
 - () prurido e leucorréia
 - () outros_____
22. Faz uso de métodos contraceptivos; () sim () não
Qual;_____Tempo_____
23. Conhece serviço de Planejamento Familiar; () sim () não
a- Deseja ter mais filhos? () sim () não
b- Esta gestação foi planejada?

d) PERCEPÇÃO DO ATENDIMENTO;

24. Você foi atendida no HGA ; () encaminhada
() livre demanda
25. O médico, do seu pré-natal foi escolhido por você; () sim () não
26. Como você avalia o atendimento na maternidade, em relação à equipe médica e a de enfermagem?
27. Em relação a Equipe médica você tinha que expectativas?

28. E na equipe de enfermagem, qual sua expectativa ?
29. E quanto aos estagiários, você sabe definir quem são os de Enfermagem, de Medicina, de fonoaudiologia, psicologia e fisioterapia ?
30. Quanto aos estagiários/internos, como é a relação, como você sente, quando examinado por eles?
- 31 . Qual a sua percepção em relação ao tratamento?
32. O que facilita e o que dificulta na sua opinião o seu tratamento?
33. Você e os seus familiares, tem livre acesso neste setor, tem informação?
34. Qual foi a sensação de quando estava chegando no Hospital HGA?
35. O que é um Hospital escola para você?

ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ fui informada sobre o estudo “Análise epidemiológica da gestante de risco no hospital Guilherme Álvaro”.

O objetivo deste estudo é conhecer as características das gestantes de risco, a percepção do atendimento das gestantes de risco de um hospital escola e sua vulnerabilidade social avaliando o impacto dessas condições na saúde destas mulheres. Trata-se de uma pesquisa realizada por Karin Beatriz Barboza, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos. O estudo constará de entrevistas gravadas em áudio e coletas do meu prontuário.

- Concordando em participar desta pesquisa, irei colaborar como entrevistada realizada em meu leito ou em local que eu melhor escolher (se eu concordar).
- Estarei livre para não responder alguma questão que me trouxer desconforto e sei que posso, a qualquer momento, interromper minha entrevista.
- O acesso às respostas será reservado à Karin Beatriz Barboza. Em nenhum relatório, artigo ou apresentação dos resultados da pesquisa será usado a minha identificação. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa.
- A participação deste estudo é livre e estarei contribuindo para a definição de características definidoras de gestantes de risco frequentadoras do hospital Guilherme Álvaro e para a compreensão do atendimento.
- Tenho o direito de receber informações atualizadas durante qualquer fase desta pesquisa. No caso de haver dúvidas quanto à minha participação neste estudo, poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável Karin Beatriz Barboza, na Rua Antenor Bue nº 380 ap 53, telefone nº 3236.9007.
- Também poderei contatar o NEPEC – Núcleo de Estudos em Educação em Saúde, na Rua Carvalho de Mendonça, nº 144, 4º andar, sala 403, ou pelo telefone (13) 3205-5555, Ramal 716.
- Minha participação é totalmente voluntária e posso retirar meu consentimento e abandonar a pesquisa a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter

adquirido, ou no atendimento aos serviços da cidade. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

CONSENTIMENTO

Minha participação no estudo é voluntária, estando livre para aceitar ou não com este projeto.

Minha decisão em participar ou não do estudo não afetará em nada o meu atendimento no hospital.

Receberei uma cópia deste formulário de consentimento

Nome: _____ RG: _____

Assinatura da
entrevistada: _____

Data: ___/___/____.

RG:

Nome da Testemunha e ou responsável

Assinatura _____

Data: _____/_____/_____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa para a participação neste estudo.

Pesquisadora: Karin Beatriz Barboza

Assinatura do responsável pelo estudo: _____ Data: ____ / ____ / ____.

ANEXO C : PRONTUÁRIO MÉDICO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
HOSPITAL "GUILHERME ÁLVARO"
SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA - PRÉ-NATAL



1. Identificação

Nome _____ Idade _____
Estado civil _____ RG _____ Data _____
Naturalidade _____ Procedência _____
Grau de instrução _____ Religião _____

2. Antecedentes pessoais

TIPAGEM SANGÜÍNEA: _____ Rh: _____
Doenças clínicas: _____
Cirurgias: _____
Alergias: _____
Transfusão sanguínea anterior? _____
Malformações fetais anteriores: _____
Ginecológico ciclo: _____ Último M.A.C. _____
Obstétrico:

Gest.	Duração parto	Tipo de parto	Sexo RN	Peso RN (kg)	Evolução	Tratamento

3. Antecedentes familiares

Doenças clínicas: _____
Parceiro atual: a) primeiro? _____ b) único? _____ c) Consanguinidade: _____
d) viciado: _____ e) doenças clínicas: _____ f) transfusão sg. _____

4. Gestação Atual

D.U.M. _____ D.P.P. _____ Idade gestacional: _____
Idade gestacional no primeiro USG: _____ / _____ / _____ (Comparável com D.U.M.?)
Sexão, idade gestacional ultrasonográfica hoje: _____ (gravidos obturados?) _____
Falta de M.A.C. _____ Meio de acesso (maternidade): _____

5. Exame físico

Estado geral: _____ PA: _____ (DD) Pulso: _____ bat/m

temperatura: Sim? Não (protocolo) _____ (DEE) Temp: _____ °C

Ap. cardio-vascular: _____

Ap. respiratório: _____ sibilos: _____

Abdomen: _____

Punhos periféricos: _____

Alt: _____ em Dorso fetal: B / D Situação: _____ Apresentação: _____ Foco fetal: _____ bat/m

Especular: _____

Toque: _____

Bacia obstétrica: a) ângulo sub-púbico > 90°: sim / não

b) espinhas ciliárias salientes?: sim / não

c) promontório acessível?: sim / não

d) diâmetro bituberoso?: cm

MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. _____ MÉDICO R2: Dr. _____

MÉDICO R1: Dr. _____ INTERNO: _____

6. DIAGNÓSTICOS

OBSTÉTRICO NORMALIDADE: _____

OBSTÉTRICO PATOLÓGICO PROGRESSO: _____

OBSTÉTRICO PATOLÓGICO ATUAL: _____

CLÍNICO-CIRÚRGICO: _____

GINECOLÓGICO: _____

ANEXO D: AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ**PARECER DO COMET-UNISANTOS**

Processo nº 1648.20.2008

Data: 28/03/2008

Pesquisador (a) Responsável: KARIN BEATRIZ BARBOZA**Projeto de Pesquisa:** "Percepção da gestante de risco quanto ao atendimento em um hospital escola, no caso Guilherme Álvaro".

Prezada Pesquisadora

Cumprindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa acima referido foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que considerou **APROVADO** com recomendação baseada nas seguintes considerações, quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, item IV.1;

- 1) Desvincular o NEPEC como entidade responsável pelos esclarecimentos das dúvidas dos participantes no estudo.

Recomendação como contribuição:

- 2) Assumir a total responsabilidade pelos esclarecimentos aos participantes de estudos com seres humanos em projetos futuros.

Santos, 13 de abril de 2.009.

Profª. Dra. Waldine Viana da Silva
Coordenadora do COMET - UNISANTOS

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.