



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO INTERNADAS  
EM UM HOSPITAL DE CÁCERES - MATO GROSSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília-DF como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves

Brasília – DF

2010

ELIVANIA TOLEDO RODRIGUES

**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO INTERNADAS  
EM UM HOSPITAL DE CÁCERES - MATO GROSSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília-DF como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde – Área de concentração em Saúde Coletiva.

Aprovada em 21/03/2011

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves - Orientador  
Universidade de Brasília

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Aline Oliveira Silveira  
União Social Camiliana  
Núcleo de Pós Graduação São Camilo DF

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Valeria Bertonha  
Universidade de Brasília

## DEDICATÓRIA

*A Deus, que me deu força, coragem, saúde e sabedoria, em todos os momentos da minha vida.*

*Aos meus pais, Antonio e Maria Imaculada, pelos ensinamentos e base sólida que me sustentam. Pela capacidade de compreensão, dedicação, amor e apoio incondicional em todos os momentos da minha formação.*

*Ao meu esposo Rones, companheiro, conselheiro e incentivador.*

*Aos meus irmãos e familiares que sempre estiveram torcendo por mim e souberam compreender minha ausência.*

*Dedico também, in memoriam, a minha avó Rosalina, pelo incentivo durante a minha formação acadêmica. Continue com Deus e intercedendo por mim.*

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Elioenai Dornelles Alves, por aceitar ser o orientador deste estudo, pela amizade e dedicação demonstradas durante as orientações em vários momentos desta trajetória, por suas contribuições, sugestões e críticas, que se tornaram essências para construção desta dissertação.

À Professora Doutora Fabíola Aparecida Sartin Dutra Parreira Almeida e professora Mestra Antonia Maria Rosa pelo incentivo na realização deste trabalho, meu carinho e admiração.

Às minhas colegas do mestrado, pela convivência, disponibilidade e trocas durante todo o período do Curso de Mestrado.

Enfim, a todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste estudo.

Rodrigues ET. Perfil epidemiológico das gestantes de alto risco internadas em um Hospital de Cáceres - Mato Grosso. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde] – Universidade de Brasília – UnB, Brasília, 2010.

## RESUMO

A gravidez é um evento biológico natural, entretanto, toda gravidez encerra certo risco que pode ser considerado habitual ou baixo, moderado e alto. As alterações na saúde materno-fetal podem redundar em elevada morbimortalidade tanto materna quanto fetal ou neonatal. O objetivo deste estudo foi traçar o perfil epidemiológico das gestantes de alto risco internadas no Hospital Regional Dr. Antonio Fontes em Cáceres - Mato Grosso. Estudo este com caráter descritivo e transversal, com base nos dados coletados nos prontuários de 159 gestantes de alto risco que tiveram a gravidez interrompida por alguma morbidade. Destas 18% estavam com baixo peso e 40% apresentavam sobrepeso ou obesidade. O pré natal adequado obteve proporção quanto a grau de escolaridade de ( $\chi^2 = 4,42$ ;  $p = 0,035$ ); as solteiras apresentaram menor proporção de consultas adequadas de pré-natal que as casadas ( $\chi^2 = 4,73$ ;  $p = 0,029$ ). Dentre os partos, 66% deles foram realizados via cesariana e 34% via vaginal. Os principais fatores relacionados à evolução desfavorável foram à localização do município de residência da gestante fora da regional de saúde de Cáceres ( $\chi^2 = 10,80$ ;  $p = 0,001$ ). Ao comparar as gestantes residentes no município sede com aqueles de outros municípios da Regional de saúde de Cáceres, estas últimas apresentaram maior frequência de desfecho desfavorável ( $\chi^2 = 5,49$ ;  $p = 0,019$ ). As gestantes de alto risco internadas no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes apresentam características peculiares que demandam de investigação mais contundentes para determinar a causa da evolução para gestação de alto risco, uma vez que durante boa parte da gravidez esta não apresentou sinais de complicações, ocorrendo apenas no desfecho da mesma.

**Palavras – chave:** Saúde da Mulher, Obstetrícia, Gestação de Alto Risco.

Rodrigues ET. Epidemiological profile of the high-risk pregnant women interned in a hospital of Cáceres - Coarse Weed. Dissertation [Master in Sciences of the Health] – University of Brasilia – UnB, Brasilia, 2010.

## **ABSTRACT**

The pregnancy is a natural biological event, however, all pregnancy encloses certain risk that can be considered habitual or short, moderate and high. The alterations in the maternal-fetal health can develop in elevated morbimortality so much maternal as much as fetal or neonatal. The objective of this study was draw the epidemiological profile of the high-risk pregnant women interned in the Regional Hospital Dr. Antonio Springs in Cáceres - Coarse Weed. I study this with cross and descriptive character, with base in the given collected us manuals of 159 high-risk pregnant women that had the pregnancy interrupted by some morbidity. Of these 18% were with bass weight and 40% presented soberest or obesity. The pre native adequate one obtuse proportion as regards rank of schooling of = 4.42; = 0, 035); the single women presented adequate consultations proportion minor of prenatal that the married = 4.73; = 0,029). Among the births, 66% of them were carried out road Caesarean and 34% saw vaginal. The main factors related to the unfavorable evolution were to the location of the town of residence of the pregnant woman outside of the regional one of health of Cáceres = 10.80; = 0, 001). Upon comparing the resident pregnant women in the town headquarters with those of others towns of the Regional one of health of Cáceres, these last presented bigger frequency of unfavorable outcome = 5.49; = 0, 019). The high-risk pregnant women interned in the Regional Hospital of Cáceres Dr. Antonio Springs present peculiar characteristics that sue of more blunt inquiry for decide to cause of the evolution for high-risk gestation, since during good part of the pregnancy this did not present signs of complications, occurring barely in the outcome of the same one.

Words – key: Health of the Woman, Obstetrics, high-risk Gestation.

## LISTA DE FIGURA

<b>Figura 1</b> - Mapa do Estado de Mato Grosso, destacando os municípios que compõem a Regional de Saúde de Cáceres e de Pontes e Lacerda.....	60
---	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos municípios de residência das gestantes na regional de Cáceres/MT segundo a classificação, as internações por gravidez, parto e puerpério, a taxa de internações (por 1.000 mulheres em idade fértil), as gestações de alto risco esperadas e gestações de alto risco encaminhadas ao hospital de referência (HRCAF) no período de 01/12/2009 a 30/06/2010.....	72
<b>Tabela 2</b> – Distribuição das gestantes atendidas no HRCAF de acordo com variáveis sócio-demográficas e gestacionais, 01/12/2009 a 30/06/2010, Cáceres/MT.....	75
<b>Tabela 3</b> – Distribuição dos antecedentes obstétricos e patológicos na gestação atual entre as pacientes de alto risco internadas no HRCAF no período de 01/12/2009 a 30/06/2010.Cáceres – MT.....	82
<b>Tabela 4</b> – Número de consultas de pré-natal de gestantes admitidas no HRCAF de 01/12/2009 a 30/06/2010 segundo a idade materna, escolaridade, situação conjugal e município de residência. Cáceres, MT.....	84
<b>Tabela 5</b> – Distribuição das principais queixas apresentadas na internação entre as pacientes de alto risco admitidas no HRCAF no período de 01/12/2009 a 30/06/2010. Cáceres – MT.....	86
<b>Tabela 6</b> – Classificação do estado nutricional das pacientes internadas no HRCAF no período de 01/12/2009 a 30/06/2010 de acordo com a idade gestacional como recomendado pelo Ministério da Saúde no SISVAN, Cáceres/MT.....	87
<b>Tabela 7</b> – Distribuição mínima, máxima, média e desvio padrão das variáveis maternas contínuas no período de 01/12/2009 a 30/06/2010. HRCAF, Cáceres-MT.....	89
<b>Tabela 8</b> – Distribuição principal diagnósticos na gestação atual entre as pacientes de alto risco internadas no HRCAF no período de 01/12/2009 a 30/06/2010.Cáceres – MT.....	91
<b>Tabela 9</b> – Relação variável maternas no processo evolutivo dos recém nascidos de gestantes admitidas no HRCAF no período de 01/12/2009 a 30/06/2010 de acordo com algumas variáveis. Cáceres, MT.....	95



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT – Ata das Disposições Constitucionais Transitórias  
BIRD – Banco Interamericano do Desenvolvimento  
CF – Constituição Federal  
CIT – Centro de Informação Toxicológica  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde  
DHEG – Doença Hipertensiva Específica da Gestação  
DO – Declaração de Óbito  
EC – Emenda Constitucional  
FEBRASGO - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia  
FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde  
GASE – Gestão Avançada do Sistema Estadual  
GPAB – Gestão Plena de Atenção Básica  
GPSE – Gestão Plena do Sistema Estadual  
GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal  
GM – Gabinete do Governo  
HAC - Hipertensão Arterial Crônica  
HCSPE - Hipertensão Arterial Crônica Superajuntada à Pré-Eclampsia  
HG – Hipertensão Gestacional  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
HRCAF – Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes  
IBGE - Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia  
IG – Idade Gestacional  
IMC – Índice de Massa Corporal  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INTEGRASUS – Incentivo de Integração no Sistema Único de Saúde  
Kg – Quilograma  
LDO – Lei das Diretrizes Orçamentárias

MAPA – Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial  
MG – Minas Gerais  
MS – Ministério da Saúde  
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde  
NOAS – Norma Operacional de Assistência  
NOB - Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PAB – Programa da Atenção Básica  
PB – Paraíba  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PIG – Pequeno Passo a Idade Gestacional  
PGAR – Programa da Gravidez de Alto Risco  
PL – Plenário Legislativo  
PMI – Programa Materno Infantil  
PHNPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento  
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher  
PNHN – Programa Nacional de Humanização do Nascimento  
PPI – Programação Pactuada e Integral  
PSF – Programa Saúde da Família  
REFORSUS – Reforço a Reorganização do Sistema Único de Saúde  
RMM – Redução da Mortalidade Materna  
RN – Recém Nascido  
SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica  
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade  
SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos  
SISPRENATAL – de Humanização do Nascimento  
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional  
SPU – Serviço de Prontuário do Usuário  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TPP – Trabalho de Parto Prematuro  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
<b>1.1.1 Saúde: Um direito de Todos e dever do Estado. ....</b>	<b>18</b>
1.1.1.1 Termo Saúde.....	18
1.1.1.2 Constituição Federal e Saúde .....	19
1.1.1.3 Origem do Sistema Único de Saúde (SUS).....	20
1.1.1.4 Papel do SUS.....	21
1.1.1.5 Políticas Públicas de Saúde .....	22
1.1.1.6 Desafio da garantia do acesso ao SUS.....	23
<b>1.1.2 Pacto Pela Saúde – 2006.....</b>	<b>27</b>
1.1.2.1 Conceituação .....	28
1.1.2.2 Finalidade.....	28
1.1.2.3 Componentes .....	29
1.1.2.4 Pacto pela Vida: Redução da mortalidade infantil e materna.....	31
<b>1.1.3 Saúde da mulher .....</b>	<b>32</b>
1.1.3.1 Conceituação .....	32
1.1.3.2 Histórico .....	33
1.1.3.3 Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher .....	34
1.1.3.4 Assistência pré-natal .....	37
1.1.3.5 Sistema de Informação.....	39
<b>1.1.4 Gestação de Alto Risco .....</b>	<b>40</b>
1.1.4.1 Conceituação .....	40
1.1.4.2 Fatores de Risco .....	41
1.1.4.3 Políticas Públicas para Gestação de Alto Risco no Brasil.....	43

<b>1.1.4.4 Epidemiologia da Gestação de Alto Risco</b> .....	<b>44</b>
1.1.4.5 Morbidade na gestação de alto risco.....	45
1.1.4.5.1 <i>Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)</i> .....	45
1.1.4.5.2 <i>Trabalho de Parto Pré-Maturo</i> .....	49
1.1.4.5.3 <i>Amniorrexe prematura</i> .....	50
1.1.4.5.4 <i>Alterações do estado nutricional materno</i> .....	51
1.1.4.5.5 <i>Outros estudos sobre gestação de alto risco</i> .....	54
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>58</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	58
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	58
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>59</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	59
3.2 LOCAL DA PESQUISA .....	59
<b>3.2.1 Mato Grosso: Referência para gestação de alto risco em Cáceres – Mato Grosso</b> .....	<b>61</b>
3.2.1.1 Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes .....	64
3.3 AMOSTRA DA PESQUISA .....	66
3.4 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA .....	66
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	67
3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	67
3.7 COLETA DE DADOS .....	67
3.8 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	68
<b>3.8.1 Dados sócio-demográficos</b> .....	<b>68</b>
<b>3.8.2 Antecedentes obstétricos</b> .....	<b>68</b>
<b>3.8.3 Gestação atual</b> .....	<b>69</b>
3.9 ANÁLISE .....	69
3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	71
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>72</b>

4.1 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: TAXA DE INTERNAÇÃO .....	72
4.2 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES .....	74
<b>4.2.1 Gestação de Alto Risco: Dados Sócio-Demográficos.....</b>	<b>74</b>
<b>4.2.3 Gestação de Alto Risco: Antecedentes Obstétricos .....</b>	<b>81</b>
<b>4.2.4 Gestação de Alto Risco: Gestação Atual .....</b>	<b>84</b>
<b>4.2.5 Gestação de Alto Risco: Queixas das gestantes .....</b>	<b>86</b>
<b>4.2.6 Gestação de Alto Risco: Estado Nutricional das gestantes.....</b>	<b>87</b>
<b>4.2.7 Gestação de Alto Risco: Mínima, Máxima e Desvio Padrão das variáveis maternas .....</b>	<b>89</b>
4.3 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: DIAGNÓSTICOS .....	91
4.4 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: VARIÁVEIS MATERNAS E EVOLUÇÃO DOS RECÉM NASCIDOS.....	95
4.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO .....	97
<b>5 CONCLUSÕES .....</b>	<b>99</b>
<b>SUGESTÕES.....</b>	<b>101</b>
<b>SUGESTÕES.....</b>	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>102</b>
<b>APENDICE.....</b>	<b>121</b>
<b>APENDICE 1 - Ficha Clínica de Tocoginecologia .....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>123</b>
ANEXO 1 - Carta de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral da Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá-MT.....	123
ANEXO 2 - Termo de autorização do diretor do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes – HRCAF.....	124

## PRÓLOGO

Ainda no 5º ano da faculdade de medicina tive meu primeiro contato com a obstetrícia ao assistir uma cesariana. Meu fascínio foi imenso ao ver nascer, de dentro de um útero enorme, uma criança de mais ou menos 4.000g. Deslumbrei-me especialmente ao ver aquele útero enorme de repente fazer-se tão pequeno! Nada que eu tenha estudado na anatomia e fisiologia me preparou para a visão de tamanha perfeição divina.

Desde então comecei cada vez mais me envolver pela obstetrícia e logo após a faculdade de medicina estava decidida a prestar residência médica em ginecologia e obstetrícia, sonho que tive o privilégio de realizar no Hospital Regional de Ceilândia (HRC/DF). Cresci muito profissionalmente neste hospital devido à demanda de pacientes que ali chegavam, exigindo tomada de decisões clínicas cada vez mais conscientes, responsáveis e autônomas, pautadas em um conhecimento ético. Continuando no processo de aperfeiçoamento profissional, ingressei na residência médica em uroginecologia no mesmo serviço.

Há 4 anos sou médica ginecologista/obstetra e trabalho em Cáceres – MT, município onde mora a minha família e onde fui criada; espaço este universo desta pesquisa.

O interesse pela temática relacionada à gestação de alto risco surgiu quando comecei a trabalhar no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes, uma instituição que é referência para o município e região oeste de Mato Grosso no atendimento à gestação de alto risco. Somente prestar atendimento clínico a essas gestantes não era o suficiente para mim: era preciso um reconhecimento sócio-histórico e obstétrico, de forma a contribuir inclusive para o melhor atendimento prestado no serviço.

Embora tenha ganhado experiência em pesquisa e extensão durante a graduação, não foi o bastante para me deixar segura e buscar resposta a essa curiosidade. Assim, quando surgiu a oportunidade de fazer o mestrado pela Universidade de Brasília, agarrei-me a ela com vontade, por três motivos basicamente: buscar a resposta de dúvidas no ambiente de trabalho; avançar no processo de qualificação no qual sempre estive engajada e, aumentar as possibilidades de inserção como profissional na academia em razão da escassez de

profissionais médicos com essa qualificação no Mato Grosso e especialmente na minha região.

O mestrado foi, para mim, uma trajetória de muitos desafios pessoais e profissionais. Muitas dificuldades foram superadas e por fim quase ao final, uma grata surpresa: descobro que estou ligeiramente GRAVIDA!

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação por se um fenômeno fisiológico apresenta certo cuidado; há uma parcela de mulheres chamadas de gestantes de risco que representam 15 % das mulheres grávidas. Por possuírem características específicas ou por sofrer algum agravo, apresentam maior possibilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a gestante <sup>(3)</sup>.

A Razão de Mortalidade Materna no Brasil em 2003 foi de 51,7%, com os maiores valores encontrados nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e o menor na região Sudeste <sup>(1)</sup>.

Vivenciando a assistência à gestante de alto risco no Hospital Regional de Cáceres, referência para essa clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) na região oeste de Mato Grosso, nasceu o interesse em aprofundar conhecimentos quanto ao preconizado pelo Ministério da Saúde a esse respeito, como o serviço público de atendimento a gestante de alto risco esta organizado, bem como evidenciar as principais características das gestantes internadas de forma a contribuir para melhor organização e planejamento do serviço.

A Organização Mundial de Saúde ratifica a idéia de Luz e colaboradores ao afirmar que a maioria das gestantes morrem porque não tem acesso à cuidados qualificados e atendimento de emergência<sup>(7)</sup>.

Assim, o problema norteador desta pesquisa é: qual o perfil epidemiológico das gestantes de alto risco internadas no Hospital Regional de Cáceres?

A partir do reconhecimento do perfil epidemiológico das gestantes de alto risco no município de Cáceres – Mato Grosso se tornou possível por meio das informações levantadas comprovar nossas hipóteses: as gestantes de alto risco apresentam características peculiares exigindo oferta de atendimento e acompanhamento específico levando em conta a realidade de cada gestante. O controle mais acirrado às gestantes de alto risco contribui efetivamente para a redução da mortalidade materna e infantil. As políticas públicas de saúde propostas pelo Ministério da Saúde carecem ser implantadas e implementadas de acordo com a regionalização de saúde, evitando assim confrontos entre a necessidade e a aplicabilidade da assistência a gestação de alto risco.

Esta pesquisa é relevante porque, no Brasil, embora a saúde da mulher seja



reconhecida como prioridade há algumas décadas ainda persiste a constatação de um número elevado de mortes de mulheres e crianças por complicações da gravidez e do parto. Além disso, em Cáceres esse é um estudo inédito, que poderá inclusive fomentar discussões tanto na academia quanto no próprio serviço sobre a atenção à gestante de alto risco.

Ao se trabalhar a literatura pertinente ao assunto co-relacionando com os resultados obtidos, foi possível delinear pontos e contrapontos levando-nos a considerações plausíveis, as quais possibilitaram compreender este estado tão ímpar que é a gravidez e suas complicações.

Este estudo foi organizado em capítulos que buscam retratar o avanço do conhecimento da pesquisadora sobre o tema. O Capítulo 1 trata quanto à introdução e fundamentação teórica apresentando a saúde da mulher dentro do contexto sócio-histórico, sendo ampliado, implementado a partir da Constituição Federal, da implantação do Sistema Único de Saúde, com maior ênfase no Pacto pela Vida. Após sua contextualização foi possível apresentar a gestação de alto risco como fator preocupante e de interesse da saúde pública, a qual vem cada vez mais ampliando os cuidados à mulher, garantindo inclusive hospital de referência para gestação de alto risco. O que dá suporte aos objetivos propostos e apresentados no Capítulo 2.

Em seguida, no Capítulo 3, se apresenta os materiais e métodos utilizados para o alcance dos resultados observados e discussões, que estão apresentados no Capítulo 4, buscando explorar cada aspecto do percurso realizado na execução da pesquisa de forma que o leitor possa compreender o estudo e replicá-lo se necessário.

Por fim, no Capítulo 5, são apresentadas as conclusões e sugestões considerando os objetivos propostos e as possibilidades vislumbradas a partir dos resultados observados.

## 1.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 1.1.1 Saúde: Um direito de Todos e dever do Estado.

Historicamente a saúde tem acompanhado todo o processo evolutivo da economia social, sendo norteadada pelo poder dominante e pela produção capitalista, cabendo ao Estado a garantia da produção econômica e daí a necessidade de se repensar na saúde da população, como fonte de produção <sup>(4)</sup>.

Ao longo da história do Brasil, a saúde também foi tratada a partir do interesse do capital. E, apenas em 1953, foi instituído o Ministério da Saúde (MS), prevendo a garantia da saúde coletiva com fins de proporcionar a produtividade capitalista <sup>(5)</sup>.

Durante os cinquenta anos de existência, o Ministério da Saúde passou por diversas reformas na estrutura. Mas só a partir da Constituição da República Federativa do Brasil (CF) de 1988 <sup>(6)</sup>, ao adotar o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, a saúde passa a ser considerada direito de todos e dever do Estado.

Neste contexto surge o Sistema Único de Saúde (SUS) como garantia de acesso a saúde a toda população brasileira <sup>(7)</sup>.

#### 1.1.1.1 Termo Saúde

Para se compor o SUS, houve uma grande discussão em torno do conceito de saúde, ficando que: a saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso aos serviços de saúde <sup>(7)</sup>. É antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como um bem estar físico, mental e social, que não consiste apenas na ausência de doenças ou enfermidade <sup>(8)</sup>.

Para González <sup>(9)</sup> a saúde é definida através dos aspectos essenciais e em nível individual é um processo único e com manifestações próprias. A saúde não é um estado estático do organismo, é um processo que constantemente se desenvolve, onde participa de forma ativa e consciente o indivíduo como sujeito do processo. Combinando formas estreitas entre fatores genéticos, somatofuncionais e psicológicos.

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Sendo que a “saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas; dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científica, filosóficas e religiosas” <sup>(10)</sup>.

#### 1.1.1.2 Constituição Federal e Saúde

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 <sup>(6)</sup> registra o resultado da Reforma Sanitária. “(...) a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação“.

De acordo com o artigo 198 da Constituição Federal <sup>(6)</sup>, "as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”.

Em parágrafo único determina que a saúde seja financiada, de acordo com o Artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social. Contudo, a Constituição não define uma vinculação de receitas para a saúde. Apenas dispõe, no Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que “até que seja aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), trinta por cento, no mínimo do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, será destinado ao setor da saúde”. E também não determina um percentual fixo para as transferências intergovernamentais <sup>(6)</sup>.

### 1.1.1.3 Origem do Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS surgiu como resposta à insatisfação e descontentamento existente em relação aos direitos de cidadania, acesso, serviços e forma de organização do sistema de saúde <sup>(12)</sup>.

A história da Saúde Pública brasileira se descreve com o movimento da reforma sanitária, cujo marco fundamental foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nela foram deliberados os princípios e diretrizes incorporados na Política Nacional de Saúde, aprovados na Constituição de 1988 <sup>(13)</sup>.

Entre os anos 70 a 80, vários médicos, enfermeiros, donas de casa, trabalhadores de sindicatos, religiosos e funcionários dos postos e secretarias de saúde levaram adiante o "movimento sanitário", com o objetivo de criar um novo sistema público para solucionar os inúmeros problemas encontrados no atendimento à saúde da população. Este se orientava pela idéia de que todos têm direito à saúde e que o governo, juntamente com a sociedade, tem o dever de fazer o que for preciso para alcançar este objetivo <sup>(14)</sup>.

Como resultado dessas lutas sociais a Lei 8.080 institui o Sistema Único de Saúde, "com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei no seu Capítulo II. Dos princípios e diretrizes, Art.7; estabelece entre os princípios do SUS a" universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistências <sup>(15)</sup>.

O Sistema Único de Saúde traz consigo uma nova institucionalidade da participação da sociedade no processo de tomada de decisões políticas através da constituição dos Conselhos de Saúde como instâncias deliberativas <sup>(16)</sup>.

O SUS resultado de um processo de longo debate e de lutas por melhores condições de saúde surge como um novo paradigma na atenção à saúde, cujos princípios e diretrizes rompem com o padrão clínico flexneriano, porém cria a necessidade de imprimir uma nova forma de produzir e distribuir as ações e serviços de saúde, ou seja, de configurar e definir este novo modelo de atenção em saúde <sup>(13)</sup>.

#### 1.1.1.4 Papel do SUS

O SUS, sistema implantado pelo governo federal, com a participação direta dos estados e municípios para atender atividades específicas em saúde pública, consta de um conjunto de ações e serviços de saúde distribuídos sobre o território brasileiro, com vistas a garantir o acesso aos serviços de saúde a todo e qualquer cidadão brasileiro <sup>(12)</sup>.

A saúde pública é um dos poucos setores com propostas e práticas claras de controle social, busca de transparência administrativa, descentralização de recursos, gestão participativa e democratização do saber nas instâncias de controle social <sup>(17)</sup>.

As ações do SUS estão construídas num contexto de preservação das conquistas sociais, fortalecimento da organização da sociedade, em especial dos setores que mais sofrem suas conseqüências; estado de pobreza e da igualdade social <sup>(18)</sup>.

O SUS é pautado em diretrizes que contemplam a Universalidade, Eqüidade, Integralidade, Hierarquização e Regionalização, Descentralização, Controle Social, Participação complementar do Setor Privado e Recursos Humanos <sup>(19)</sup>.

A *Universalidade* conforme disposto na Lei 8080/90 <sup>(20)</sup> é a garantia de que todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do SUS, garantido por uma rede de serviços hierarquizada e com tecnologia apropriada para cada nível.

Quanto a *Eqüidade* a mesma lei preceitua que o acesso aos serviços de saúde deve ser garantido a toda a população em condições de igualdade, sem qualquer discriminação, seja esta de ordem racial, de gênero, econômica, social, cultural ou religiosa <sup>(20)</sup>.

A *Integralidade* <sup>(19)</sup> tem como foco a não separação entre as ações preventivas das ações curativas. A nova legislação é muito clara na definição: não deve mais haver essa separação; as ações de caráter individuais e coletivas devem ser financiadas e estar articuladas no mesmo sistema, gerando atendimento da demanda espontânea da população, sem que sejam esquecidos os programas pré-estruturais para atender às necessidades epidemiológicas definidas pelo gestor do serviço de saúde. Pressupondo ainda acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.

Frente às diretrizes *Hierarquização e Regionalização* afirma que “os serviços

de saúde precisam estar organizados em níveis de complexidade crescente, com tecnologia adequada para cada nível, potencializando a resolutividade”. Sendo distribuídos em distritos sanitários, ou seja, por regiões sanitárias “pressupondo a existência de gestores, tendo o município como célula básica, e os estados e União com alta complexidade tecnológica e outras atribuições” <sup>(21)</sup>.

A *Descentralização* também diretriz do SUS vem com o intuito de redistribuir o poder, repassando competências e instâncias decisórias para as esferas mais próximas da população <sup>(19)</sup>.

Uma diretriz que marca o diferencial no SUS refere-se quanto ao *Controle Social* <sup>(20)</sup> sendo considerada a garantia dada pelo Estado de que a sociedade civil organizada tem possibilidade concreta de influir sobre as políticas públicas de saúde, com poder deliberativo, se efetivando nos Conselhos Federal, Estadual e Municipal.

Diante do atual momento da saúde no Brasil, a *Participação Complementar do Setor Privado* se faz necessário, para compor um sistema de saúde completo, atendendo as condições que regulam a relação público-privado na área da saúde <sup>(17)</sup>.

O capital humano desempenha um papel central nas ações e serviços de saúde. O profissional para atender as necessidades previstas no novo modelo de saúde precisa ter nova mentalidade, trabalhar em equipe multiprofissional, e saber enfrentar com criatividade o processo saúde-doença em sua real complexidade <sup>(22)</sup>.

O SUS fora implantado após o fortalecimento da participação social no processo de definição da política pública de saúde. Sendo fundamentado em preceitos legais, inclusive, estando passível até hoje a aplicabilidade de normas para sua efetivação e operacionalização. Buscando cada vez mais seu fortalecimento, primando pela melhoria da qualidade dos serviços prestados em saúde e a ampliação do acesso aos cidadãos <sup>(12)</sup>.

#### 1.1.1.5 Políticas Públicas de Saúde

Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde <sup>(23, 24)</sup> as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo modificações significativas no desenho e

formulação das políticas de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório.

As políticas públicas, sendo conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público; São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos <sup>(25)</sup>.

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientando para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade <sup>(12)</sup>.

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se, sobretudo a partir de 1988, conforme a Constituição Federal, pelos princípios da universalidade e equidade no acesso às ações e serviços, e, pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional <sup>(26)</sup>.

As políticas públicas de saúde no Brasil se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Estando carente de algumas reformulações para a Consolidação do SUS, que hoje anseia por cumprir em sua totalidade os princípios que o norteia, buscando assim atender a todos indistintamente, com qualidade e resolutividade <sup>(5)</sup>.

#### 1.1.1.6 Desafio da garantia do acesso ao SUS

Como se observou a Constituição Federal prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas,

sem prejuízos dos serviços assistenciais.

No período de 1990 a 1992, houve uma instabilidade no campo da saúde onde culminou em uma série de normatização que garantisse o proposto na Constituição de 1988, iniciando como já se viu com a Lei nº 8.080<sup>(20)</sup> estabelecendo “condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”.

A Lei nº 8.142/90<sup>(24)</sup> vem complementar a Lei 8.080/90 trata sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e ao financiamento e atribuição das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde eram para os Estados e repassados de forma regular e automática aos municípios desde que estes tenham: Fundo de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão e Conselho Municipal<sup>(5)</sup>.

Inicialmente, incidiram sobre o SUS normas reguladoras, denominadas Normas Operacionais Básicas (NOB), criadas para operar as transformações previstas na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde<sup>(27)</sup>. Cada qual com contribuições particulares para os avanços na saúde. Assim, o Sistema de Saúde brasileiro perpassou por: NOB-INAMPS/91, NOB/SUS 01/92, NOB/SUS/93 e NOB/SUS/96.

A primeira NOB surgiu do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e deu continuidade ao modelo já instituído de repasses financeiros estaduais e municipais por produção de serviços e à prática de acompanhamento, controle e avaliação de todas as ações<sup>(28)</sup>.

A NOB/92 apenas deu continuidade a NOB/91, sem apresentar importantes modificações no modelo operacional, de financiamento, de gestão e de atenção à saúde. Os “óbices e ilegalidades maiores continuariam como continuaram intocáveis”, pois “a resultante das várias forças envolvidas na época era no sentido de conter a descentralização”<sup>(27)</sup>.

A NOB SUS/93<sup>(28)</sup>, publicada após a realização da IX Conferência Nacional de Saúde, que enfatizou a necessidade da municipalização, trouxe importantes mudanças no cenário estabelecido até então.

A instituição de formas de gestão cooperativas (incipiente, parcial e semiplena) foi estimulada, de acordo com o nível organizacional e de comprometimento com o SUS de cada município, representando um nível diferente e progressivo de transferência de responsabilidades e autonomia de gestão<sup>(28)</sup>.



No ano de 1994 houve a discussão de uma nova norma operacional, que seria a NOB/94, mas que “nunca saiu do papel para a realidade”. O seu projeto era complementar e aprofundar a NOB/93, visando à caracterização da gestão plena desejada e a substituição completa do pagamento por produção pela transferência fundo a fundo de um recurso único por quociente populacional <sup>(27)</sup>.

Com o processo de municipalização crescendo substancialmente, especialmente em nível da atenção básica, a NOB SUS/96 vem ao encontro do equilíbrio entre os atores sociais envolvidos com a gestão do SUS, induz à estratégia de descentralização e redefine as responsabilidades dos estados e da União. O poder público estadual assume a mediação das relações entre municípios e esfera federal, ou, provisoriamente, a gestão municipal, até que o município apresente autonomia para apropriar-se de um sistema adequado <sup>(28)</sup>.

Em 1996 com vistas à radicalização da descentralização do SUS; acontece a completa mudança na lógica de alocação dos recursos financeiros; o estímulo à mudança no modelo de atenção à população usuária dos serviços, priorizando-se programas e projetos voltados à reorganização do nível de atenção básica, em especial pela expansão do Programa de Saúde da Família (PSF); e a recuperação da capacidade operacional e melhoria da qualidade das unidades assistenciais integradas ao SUS <sup>(19)</sup>.

Fica fixado o Piso Assistencial Básico (PAB) para o financiamento das ações de atenção básica desenvolvidas pelo município, o qual indiretamente forçava o município a oferecer pelo menos este nível de atenção. E ainda os fatores de incentivo ao Programa de Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), destacando também a adoção de incentivos específicos a áreas estratégicas e o aumento expressivo de transferência fundo a fundo <sup>(29)</sup>.

Quanto à gestão, houve intensa transferência, por meio de ajustes, de responsabilidades, atribuições e recursos do campo federal para municípios e estados <sup>(18)</sup>.

Com relação aos municípios, as condições de gestão são a Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). E no caso dos estados, eles poderiam se habilitar na Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE) ou na Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE). Em cada uma dessas condições, os municípios e estados assumem determinadas responsabilidades e

devem apresentar determinados requisitos para poderem se habilitar ao nível de gestão escolhido.

Cria-se o Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS), implantado por meio de empréstimos do Banco Municipal (BIRD) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), com vistas à recuperação física, tecnológica, gerencial e operacional das unidades de saúde pública e filantrópicas, e, da ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Entre 1999 a 2002, é marcado pela continuação da regulamentação do SUS de acordo com os princípios constitucionais, visando suprir as principais carências e corrigir as deficiências, a fim de aprimorar o processo de construção do SUS <sup>(29)</sup>.

Primeiramente como uma medida de característica mais política do que organizacional, é publicada no Brasil a primeira Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) SUS 01/01<sup>(28)</sup>. Essa norma aponta para o reconhecimento da regionalização da atenção à saúde como uma macroestratégia para consolidação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade; constituindo-se um passo a mais em direção à descentralização.

As condições de gestão fundadas pela NOAS 01/02 apontam as responsabilidades do gestor municipal, as condições relativas às modalidades de gestão: gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal e as prerrogativas municipais e estaduais, ao exercer o papel de fio condutor clássico capaz de viabilizar, por meio do financiamento, a política pública <sup>(30)</sup>.

A norma pressupõe que estados e municípios organizem suas estruturas de controle, regulação e avaliação visando à garantia de ações integrais e resolutivas, capazes de verdadeiramente impactar sobre os problemas de saúde da população.

Sem dúvida, mostra-se como o movimento mais forte em direção ao processo de regionalização, com estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e da busca de maior equidade, com a criação de mecanismos para fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e com a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios <sup>(31)</sup>.

A partir de 2003, observa-se uma série de ações visando à intensificação e qualificação do processo de descentralização do SUS. Em destaque a Portaria 654 <sup>(32)</sup> de 28.05.2003 que trata sobre a alocação de recursos.

Em 2004 temos o Incentivo de Integração no Sistema Único de Saúde

(Integra SUS), distribuído para os hospitais filantrópicos, o incentivo à assistência ambulatorial e hospitalar à população indígena e o fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), repassado para hospitais universitários. Ocorreu também um aumento do número de municípios em gestão plena do sistema municipal, chegando, em outubro de 2005, a um total de 657, com 429 habilitados pela NOB 01/96 e 228 pela NOAS 01/02 <sup>(31)</sup>.

Após diversos debates e aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Portaria Ministerial nº 2.023 <sup>(33)</sup>, de 23 de setembro de 2004, estabeleceu que todos os municípios e o Distrito Federal são responsáveis pela gestão do Sistema Municipal de Saúde na organização e na execução das ações de atenção básica.

Durante todo este período até 2006, o SUS foi pensado e repensado, sendo proposta múltiplas alternativas e normas para que o mesmo se descentralizasse, com atendimento humanizado e eficaz. Foi em 2006 que surge novo documento pactuado entre as três esferas governamentais em prol da saúde.

### **1.1.2 Pacto Pela Saúde – 2006**

Com a efetivação da descentralização do SUS foi possível entrar em contato com especificidades regionais no que se refere à realidade social, política e administrativa do país: “(...) colocando os gestores frente a desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão” <sup>(34)</sup>.

Com este diagnóstico o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), pactuaram “responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde” <sup>(18)</sup>.

Este documento pactuado em 2006 foi elaborado a partir de uma gama de princípios: Coerência com a diversidade operativa, Respeitar as diferenças loco-regionais, Agregar pactos anteriormente existentes, Reforçar a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, Fortalecer os espaços e mecanismos de controle social, Qualificar do acesso da

população à atenção integral à saúde, Redefinir os instrumentos de regulação, programação e a valorização técnica entre os gestores e Propor um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo <sup>(34)</sup>.

O pacto pela saúde é importante enquanto instrumento voltado para os processos de trabalho das equipes de saúde e resultados obtidos, situação em que historicamente os serviços de saúde apresentavam dificuldades de registro e monitoramento <sup>(18)</sup>.

Em 2009, foi aprovado o regulamento do Sistema Único de Saúde através da Portaria nº 2.048, de 03 de setembro desse mesmo ano, que congrega e sistematiza todas as portarias e atos do SUS que regulamentam o funcionamento, a organização e a operacionalização do Sistema de Saúde <sup>(35)</sup>.

O Pacto pela Saúde em 2006 surge na eminência de suplantar os impasses vivenciados nas múltiplas esferas de abrangência do SUS. Baseando-se nos “princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população”, conforme se observa na Portaria nº 399/GM <sup>(34)</sup> de 22 de fevereiro de 2006, a qual divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

#### 1.1.2.1 Conceituação

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada entidade da federação <sup>(36)</sup>.

#### 1.1.2.2 Finalidade

Diante das necessidades e transformações sócio-históricas de gestão, nasce a necessidade de se pensar em três pontos básicos para que a saúde alcance seu

ápice ou pelo menos reduza, sobremaneira, os constantes entraves no âmbito da questão sanitária, da repolitização da saúde e reformulações no campo de gestão de saúde <sup>(18, 37)</sup>.

O pacto pela Saúde tem como objetivo promover a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais <sup>(38)</sup>.

Implantado a partir de princípios que buscam, respeitar as diferenças locais e regionais, reforçar a organização das regiões sanitárias (regionalização) instituindo mecanismo colegiados de co-gestão e planejamento regional, qualificar o acesso ao direito humano à saúde, redefinir instrumentos de regulação, programação e avaliação, valorizar a cooperação técnica entre os gestores, unificar os diversos pactos existentes, estimular o financiamento tripartite com critérios de equidade nas transferências fundo a fundo e fortalecer o controle social <sup>(39)</sup>.

Neste contexto o Pacto pela Saúde 2006, trás uma proposta organizada e articulada a partir destes três componentes “O Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS”.

Em cada um destes componentes encontramos uma estratégia para a reorganização e a possibilidade de melhorias significativas de saúde pública brasileira. Tendo ainda a preocupação em fazer valer a ampliação, a aplicabilidade dos recursos para a saúde pública e ainda aprovar o orçamento das três esferas de gestão <sup>(37)</sup>.

### 1.1.2.3 Componentes

O Pacto pela Saúde – 2006, como já citado se subdividem em três pactos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida “é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira” <sup>(34)</sup>.

Neste pacto foram pactuados seis tópicos: A Saúde do Idoso, Controle do Câncer do Colo de Útero e da Mama; Redução da mortalidade infantil e materna;

Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde e Fortalecimento da atenção Básica. Sendo que “os estados, regiões, municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos Propostos”<sup>(34)</sup>.

No Pacto em Defesa do SUS, os três gestores, das três esferas de governo devem considerar as seguintes diretrizes: 1. Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal; 2. Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

É preciso, para que o Pacto em Defesa do SUS se firme, buscar a “repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS”, e que busque a “Promoção da cidadania como estratégica de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito”, como também a “garantia de financiamento de acordo com as necessidades de sistema”<sup>(34)</sup>.

Como ações do Pacto de Defesa do SUS<sup>(34)</sup> estão previstas: “(...) articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito”, ampliar o diálogo com a sociedade, ampliar relações com movimentos sociais que lutam pela saúde e cidadania, elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, regulamentação da Emenda Complementar nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do Plenário Legislativo nº 01/03 e Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão<sup>(18,34)</sup>.

O Pacto de Gestão proposto pelo MS<sup>(34)</sup> estabelece as diretrizes para: “a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regulação, Participação e Controle social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde”.

Como diretrizes para a Gestão do SUS o Pacto de Gestão estabelece as Premissas da descentralização, buscando “aprofundar o processo de descentralização”, a regionalização como diretriz “do SUS e um eixo estruturante do

Pacto de Gestão” devendo “orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores”.

Outra diretriz do Pacto de Gestão refere-se ao financiamento do SUS onde descreve as responsabilidades das três esferas, o repasse fundo a fundo, os blocos de financiamento para custeio: “atenção básica, atenção da média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, e Gestão do SUS”; e, financiamento para investimentos.

#### 1.1.2.4 Pacto pela Vida: Redução da mortalidade infantil e materna.

As alterações na saúde materno-fetal podem redundar em elevada morbimortalidade tanto materna quanto fetal ou neonatal. O Brasil estabeleceu como meta a redução da mortalidade materna e infantil. A meta está expressa no Pacto pela Saúde, subitem C do item I, Pacto pela Vida <sup>(40)</sup>. Essa é uma programação que pretende contribuir para o alcance dos objetivos do milênio, que prevê a redução da mortalidade infantil no mundo e a melhoria da saúde materna <sup>(41, 42, 8)</sup>.

A redução da mortalidade materna não é trabalho simples, devido a vários fatores envolvidos. Contudo, é adequado lembrar a importância dos Comitês de Morte Materna, considerando-a um evento em geral evitável, que fornece a discussão dos casos fatais <sup>(43)</sup>.

As iniciativas governamentais contribuíram muito no contexto da saúde materna, com as publicações de textos técnicos que guiam a tomada de decisão em situações de urgência e emergência maternas, além do pacto nacional pela redução da mortalidade materna, prevendo reduzir em 15% a Redução da Mortalidade Materna (RMM) nas capitais brasileiras, no período 2004 a 2007 <sup>(44)</sup>.

Os programas direcionados a assistência da mulher, são o planejamento familiar, para todas as mulheres em idade reprodutivas, para a redução de gravidez indesejada e possível aborto, a assistência de qualidade no pré-natal, parto e puerpério a todas as gestantes <sup>(45)</sup>.

Alguns esforços podem ser feitos na possibilidade de detecção precoce de eventos que podem colocar em risco a vida da mulher. Alguns conjuntos de recomendações fazem parte de vários programas de saúde coordenados

nacionalmente através de guias técnicos de condutas. Mesmo assim, as dificuldades para a real implementação dessas medidas provavelmente estão associadas com restrições quantitativas e qualitativas dos serviços em lograrem êxito na prevenção e controle da morbidade materna <sup>(46)</sup>.

### **1.1.3 Saúde da mulher**

A partir do século 20 com a institucionalização da assistência, o cuidado prestado à mulher sofreu modificações significativas, onde o parto passou a ser de domínio hospitalar, sendo fundamentado para a apropriação do saber na área e para o desenvolvimento do saber médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino. Se por um lado ocorreu a melhoria das condições do parto por outro ocorreu à desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento. Dessa forma, a apropriação do saber médico e as práticas médicas construiu fatores determinantes para a institucionalização do parto e transformação da mulher em propriedade institucional no processo do parto e nascimento <sup>(47)</sup>.

#### **1.1.3.1 Conceituação**

O conceito de saúde da mulher fez parte das reivindicações do movimento de mulheres e trata da promoção da saúde da mulher em todos os níveis. Durante a Conferência Nacional de Saúde e Direito da Mulher em 1986 e 1989 os temas como saúde mental, sexualidade, aborto, adolescente, velhice, trabalho e saúde, saúde e cidadania foram destacados como áreas essenciais que determinam avanços urgentes <sup>(48)</sup> e hoje estes temas integram a conceituação de saúde da mulher.

Sendo o fruto de análise de condição feminina o nível conceitual de saúde, compreendem as esferas de produção e reprodução e abordam as complexas relações entre ambos, tanto o nível das práticas sociais como a nível ideológico. Este campo de estudo, de natureza multidisciplinar, inclui desde análise histórica de estereótipos culturais até avaliações de tecnologias reprodutivas de ponta <sup>(48)</sup>.



### 1.1.3.2 Histórico

A saúde da mulher no Brasil foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, com atenção limitada à gravidez e ao parto. Nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita da mulher, sob a ótica do seu papel social de mãe e doméstica e em sua dimensão biológica, evidenciado pelos programas de saúde materno-infantis implantados <sup>(29)</sup>.

O Programa Materno Infantil (PMI) foi instituído em 1970/72, direcionado a mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos e apresentava uma lógica voltada para a atenção à mulher no ciclo gestatório, ao recém nascido e à criança.

Movimentos feministas que visavam avanços na atenção à saúde da mulher, considerando a determinação social do processo saúde-doença, lutaram por ampliação tanto da faixa etária das mulheres atendidas quanto na forma de abordagem <sup>(50)</sup>.

Assim, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi implantado no Brasil em 1983, resultado das reivindicações do gênero feminino em busca de uma abordagem mais integral da mulher, ultrapassando a concepção de um programa materno-infantil <sup>(49)</sup>.

As questões reprodutivas são idéias centrais tanto no PMI quanto no PAISM, ainda que tenham ocorrido avanços a partir da implantação do PAISM na incorporação da atenção aos outros aspectos, como as questões de gênero e violência <sup>(51)</sup>.

A implantação do Sistema Único de Saúde em 1990 influenciou a implementação do PAISM, bem como o processo de municipalização e a reorganização da atenção básica que acompanharam a nova política de saúde pública <sup>(35)</sup>.

Em 2004 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), partindo dos princípios propostos no PAISM, configurando uma agenda política e extrapolando a idéia de um “programa”.

Ainda que tenha sido implantado num momento de início da descentralização e regionalização da atenção à saúde, gerando conflitos entre os três níveis de governo e numa perspectiva burocrática, o Programa Nacional de Humanização do Nascimento (PNHN) foi importante porque possibilitou a discussão

da atenção à gestação, ao parto e ao nascimento pelos municípios e revelou pontos frágeis na capacidade instalada e distribuição de recursos para a média e alta complexidade <sup>(45)</sup>.

### 1.1.3.3 Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher

As políticas de saúde no Brasil têm tido papel fundamental para a constituição e a estabilização da ordem sociopolítica brasileira. Elas reforçam vários traços estruturais dessa ordem, tais como a concentração do poder e a restrita participação nos circuitos de decisão econômica, política e cultural do país <sup>(52)</sup>.

A construção de políticas públicas dirigidas à saúde da mulher no Brasil é parte das profundas mudanças societárias das últimas décadas, através das lutas do movimento feminista e dos profissionais da saúde do movimento sanitário. Que tinham como foco o comprometimento com a filosofia de saúde enquanto direito e a garantia assistência à mulher, enfatizando a preocupação com seu corpo de forma integral, "e não apenas como órgãos isolados, a serem tratados por diferentes especialistas" <sup>(53, 47, 54)</sup>.

Este debate tem início em 1983, cujo desdobramento resultou na implantação do PAISM. A partir de então, o Programa passa a ser gradativamente implantado, em diversos Estados do Brasil.

O PAISM, elaborado pelo Ministério da Saúde, executado desde 1983, opera políticas públicas em relação à saúde das mulheres. Nascido num momento de intensa efervescência política e social, e no bojo das transformações estruturais da sociedade brasileira ocorrida a partir do final da década de 70 <sup>(47)</sup>.

O surgimento do PAISM em meio a três forças: as pressões internacionais para que os países em desenvolvimento controlassem o crescimento populacional, as pressões internas dos movimentos sociais por mudanças na política de saúde, e as pressões dos movimentos de mulheres no sentido de que elas fossem tratadas como cidadãs, na plenitude de seus direitos, o que incluía a atenção à sua saúde como um todo, e não apenas como mãe em potencial <sup>(55)</sup>.

O programa determina um novo campo de visão e ação da saúde da mulher, ao romper com o modelo materno infantil retrógrado e conservador, que via a mulher

como uma mera reprodutora. Foi um marco na luta das mulheres por saúde, direito reprodutivo, cidadania e pelo seu reconhecimento enquanto sujeito de direito, significando uma conquista importante para a sociedade brasileira.

No início dos anos 80, o PAISM tinha por inspiração tanto os valores que norteavam o movimento sanitário quanto aqueles advindos da reflexão feminista. Incluía tanto a idéia de integração das distintas modalidades e níveis de assistência, quanto à perspectiva da integralidade dos sujeitos sociais <sup>(56)</sup>.

Como resultado, suas diretrizes propunham a assistência à saúde nas diferentes etapas da vida das mulheres, tendo a integralidade como principal estratégia de reorganização dos serviços de saúde.

A compreensão de que a organização das práticas de saúde apóia-se em valores que produzem e reproduzem as desigualdades de gênero, as propostas originais do PAISM pretendiam difundir a construção de novos valores. No plano das relações entre usuárias e serviços de saúde privilegiou a sensibilização de profissionais na busca de melhoria da qualidade da atenção e humanização das práticas assistenciais.

Enquanto diretriz filosófica e política o PAISM, incorpora princípios norteadores da reforma sanitária, a idéia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social. Propõe forma de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. Garantindo, assistência em todas as fases da vida clínico ginecológica, no campo da reprodução como nos casos de doenças crônicas ou agudas <sup>(57)</sup>.

Trata-se de uma organização das práticas de saúde que teve, desde o início, a intenção de trabalhar questões do cotidiano da vida social para além das patologias ou riscos ligados à vida reprodutiva. "Assim, sua noção de saúde integral já pretendia inscrever na atenção à mulher as dimensões psicossociais integradas à biológica; (...) isso ocorreu porque sua formulação se deu em um momento de abertura política e fortalecimento dos movimentos sociais, o que lhe conferiu um caráter especialmente democrático" <sup>(58)</sup>.

O PAISM com foco na atenção à saúde da mulher levou os serviços e gestores a pensarem de forma mais ampla. Sua implantação foi bastante diferenciada em todo o país, refletindo os diferentes graus de compromisso político dos governantes, a heterogeneidade nas estratégias adotadas para o

desenvolvimento e a organização do sistema de saúde <sup>(59, 60)</sup>.

A integralidade do PAISM compreende a intenção de integrar as várias modalidades da assistência, nos diversos níveis, bem como pela atenção integral que se refere à assistência à mulher nas diversas fases da sua vida. Abrangendo idéia de integração bio-psico-social, inspirada na idéia de sensibilização através da ação educativa <sup>(61)</sup>.

O PAISM tinha como finalidade principal recolocar a questão da saúde das mulheres, saindo do campo biológico <sup>(62)</sup>. Passando para o campo de saúde integral à mulher e a produção de conhecimento científico no campo da saúde pública <sup>(52)</sup>.

Na nova visão da mulher, o entendimento de sua integralidade, assim como de sua vulnerabilidade a partir das questões de gênero tem que ser consideradas. <sup>(52)</sup>.

O PAISM funcionou como Programa de Atenção à Saúde da Mulher, desde sua implantação, até 2004, quando, em 28 de maio de 2004, o Ministro da Saúde, Humberto Costa, lançou a - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) - Princípios e Diretrizes, construídos a partir da proposição do SUS, respeitando as características da nova política de saúde <sup>(49)</sup>.

Esses parâmetros de saúde integral, dentro de uma concepção de garantia de direitos, remetem-nos a compreender alguns pontos na constituição de tais diretrizes para execução de uma Política Nacional, Estadual e Municipal de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

O Ministério da Saúde em 2000 iniciou a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com objetivos de promover ações direcionadas à redução da morbimortalidade materna, melhorar os resultados perinatais, tendo como pano de fundo a humanização do atendimento <sup>(63)</sup>.

Com a preocupação de prevenir as gestações de risco, o Ministério da Saúde criou o Programa da Gravidez de Alto Risco (PGAR). O propósito de sua elaboração foi regulamentar e operacionalizar as ações de assistência especial e especializada aos riscos reprodutivos e obstétricos, à prevenção de gestações futuras, quando indicadas, e ao diagnóstico e tratamento da esterilidade ou da infertilidade <sup>(47)</sup>.

#### 1.1.3.4 Assistência pré-natal

Faz uma retrospectiva histórica no que se refere à saúde materno-infantil, ainda na primeira metade do Século XX, atenta-se a consolidação do conhecimento e da prática médica obstétrica e neonatal, avanços estes que provocou uma redução significativa tanto da mortalidade materna quanto perinatal, em particular nos países desenvolvidos <sup>(64)</sup>. Entretanto, nos países subdesenvolvidos, persistia a preocupação com a freqüência com que ainda ocorrem mortes de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez e do parto, a maioria destas evitáveis por meio de uma adequada assistência pré-natal.

O pré-natal é um tema que tem ocupado historicamente um espaço relevante na atenção a saúde da população. Abrange um conjunto de ações que visa à saúde das mulheres grávidas e dos recém nascidos. Compreende, também, o estabelecimento de ações adequadas de prevenção, diagnóstico e manuseio clínico de problemas obstétricos que possivelmente venham a ocorrer, ou de enfermidades previamente existentes <sup>(65)</sup>.

O pré-natal é o atendimento multidisciplinar que objetiva alcançar e manter a integridade das condições de saúde materna e fetal; cujos resultados devem ser avaliados em longo prazo, com a formação de pessoas físicas e intelectualmente úteis a comunidade e produtivas ao País <sup>(66)</sup>.

Os objetivos principais da assistência pré-natal são de assegurar uma evolução normal da gravidez; preparar a mãe para um parto, puerpério e lactação normais; identificar o mais rápido possível as situações de risco, para que seja possível prevenir as complicações mais freqüentes da gravidez e do ciclo puerperal <sup>(67)</sup>.

Tem como finalidade a realização de atividade educativa visando à promoção da saúde, as quais envolvem baixo custo tecnológico <sup>(68)</sup>.

Sabendo da importância da atenção pré-natal no resultado perinatal e na redução das taxas de mortalidade materna, o Ministério da Saúde lançou no ano de 2000 o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, propondo assim critérios marcadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderirem a este programa <sup>(69)</sup>.

A questão norteadora para melhorar a qualidade da atenção no pré-natal foi

traduzida na realização de todos os critérios instituídos no PHPN por cada mulher. Os indicadores do Sistema de Informação do Programa de Pré natal e Nascimento (SISPRENATAL) para todo o país é consistente com resultados das avaliações realizadas em diferentes serviços e municípios sobre essa assistência, que também indicam que apenas um pequeno número de mulheres recebia a assistência adequada <sup>(45)</sup>.

Prioriza-se o atendimento pré-natal como forma de medicina preventiva, na esperança de controlar, por intermédio da educação das mães, a saúde física e psicológica da família e das futuras gerações. O atendimento pré-natal oferece à gestante ensinamento sobre higiene pessoal, alimentação, exercício, danos produzidos à saúde pelo tabagismo, ingestão cautelosa de álcool e sobre os perigos do uso de drogas <sup>(5)</sup>.

Em relação aos procedimentos a que as gestantes devem ser submetidas durante o pré-natal, inclui-se: exames laboratoriais tais como tipagem de sangue, hemoglobina/hematócrito, sorologia para sífilis e vírus da imunodeficiência humana (HIV), urina de rotina, glicemia de jejum, todos realizados na primeira consulta e os quatro últimos, repetidos próximo a trigésima semana da gestação, aplicação de vacina antitetânica, até a dose imunizante (terceira), ou reforço para as já imunizadas; classificação continuada de risco gestacional e atividades educativas <sup>(40)</sup>. A ausência de vacinação com as doses adequadas aumenta o risco de tétano neonatal especialmente em populações mais pobres <sup>(70)</sup>.

A garantia da qualidade da atenção pré-natal pressupõe a acessibilidade ao cuidado, incluindo aqui o aumento na oferta de serviço de saúde, o acesso a exames laboratoriais, e a existência de mecanismos formais de referência e contra-referência entre os níveis de atenção <sup>(63)</sup>.

O Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) recomenda a primeira consulta até o 3º mês de gravidez, totalizando seis no mínimo e idealmente sete consultas, para cada mulher, assim distribuídas: uma no primeiro trimestre, duas no segundo, três no terceiro e uma consulta no puerpério, até quarenta dias após o parto <sup>(40)</sup>.

No entanto, os avanços no número de consultas de pré-natal adequadas (> 6 consultas) não bastam, são necessárias melhorias significativas na qualidade da atenção ao pré-natal, parto e puerpério.

A captação precoce de gestantes para início do pré-natal até o 3º mês de

gestação é de extrema importância. Entretanto, tanto a captação precoce quanto a evasão do acompanhamento, a exemplo da regional de Cáceres, ainda se constituem um desafio para os serviços de saúde de acordo com Almeida e Tanaka<sup>(71)</sup>.

O vínculo construído entre a mulher e o profissional foi apontado como importante quesito para a humanização da atenção, para a adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao pré-natal<sup>(72)</sup>.

Quanto melhor a assistência pré-gestacional prestada, quantitativamente e qualitativamente, menores os índices de complicações obstétricas. A assistência pré-natal adequada possibilitaria determinar o risco gestacional, facilitando a identificação e o encaminhamento daquelas que necessitam de atenção terciária<sup>(73)</sup>.

#### 1.1.3.5 Sistema de Informação

A informação no setor da saúde deve ser entendida como um redutor de incertezas, uma ferramenta para detectar, focos prioritários para levar a um planejamento com responsabilidade e executar com precisão ações que condicionem a realidade das modificações necessárias.

O DATASUS realiza monitoramento da atenção pré-natal e puerperal de forma organizada e estruturada por meio do de Humanização do Nascimento (SISPRENATAL): este sistema é de uso obrigatório nas unidades de saúde para a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante<sup>(74)</sup>.

Na avaliação da atenção ao pré-natal e período puerperal levam-se em conta os indicadores de processo, de resultado e de impacto. A interpretação dos indicadores do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) são importante instrumento para a organização da assistência<sup>(2)</sup>.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), foi proposta pelo Instituto Nacional de alimentação, que foi criado a partir de políticas públicas; planejamento, acompanhamento e avaliação de programas sociais relacionado à nutrição; avaliação da eficácia das ações governamentais, assim cumprindo o papel em auxiliar os gestores públicos na gestão de políticas voltadas a nutrição e alimentação. São contempladas pelo SISVAN todas as fases do ciclo da vida

crianças, adolescente, adulto, idosos e gestantes <sup>(75)</sup>.

O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) oferece informações relevantes para a definição de prioridade nos programas de prevenção e controle de doença, a partir da Declaração de Óbito (DO), coletadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Os dados coletados permitem a vigilância sanitária à análise epidemiológica, além de estatísticas de saúde e demografia <sup>(76)</sup>.

O Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) propicia um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes, como sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto e peso ao nascer, entre outras <sup>(77)</sup>.

#### **1.1.4 Gestação de Alto Risco**

A gestação, fenômeno fisiológico, quase sempre decorre sem variações de anormalidade. Contudo em alguns casos apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Esta parcela constitui o grupo chamado de “gestação de alto risco”.

A gravidez é um evento biológico natural, um momento singular na vida da mulher, que se desenvolve em um contexto social e cultural. O qual influência sobre a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal <sup>(78)</sup>, requerendo cuidado que pode ser considerado habitual, moderado ou alto.

A vivência da gestação de alto risco caracteriza-se por um processo extremamente complexo, dinâmico, subjetivo, e diversificado, podendo ser individual e social. Sendo uma experiência única, que se estende ao companheiro, família e sociedade <sup>(79)</sup>.

##### **1.1.4.1 Conceituação**

As gestantes de alto risco são mulheres que apresentam a interferência de fatores de risco na gestação, sejam eles ambientais, biológicos, psicológicos, clínicos, sócio-culturais ou econômicos. Com maior probabilidade de apresentarem



uma evolução desfavorável na gravidez, o que pode levar a morbidade e mortalidade materna, fetal e do lactente <sup>(81)</sup>.

A gestação de alto risco é entendida como uma gestação atingida por complicações na vida ou na saúde da mãe e/ou feto <sup>(80)</sup>.

As gestantes de risco devem ser consideradas como um grupo que possui necessidades específicas, em que a esperança do sucesso da evolução da gestação até o termo se confronta com as complicações presentes ou potenciais <sup>(3)</sup>.

O risco gravídico, que pode ser definido como agravos físicos, psíquicos e sociais a que estão expostos a gestante e o feto, constitui um fator de influência na elaboração de programa de Saúde da Mulher e sua posterior avaliação, uma vez que, com a análise da sua incidência são dimensionados os serviços de pré-natal, leitos de maternidade e a avaliação da qualidade dessas atividades <sup>(82)</sup>.

#### 1.1.4.2 Fatores de Risco

Durante a assistência pré-natal a identificação de indivíduos de alto e baixo risco é imprescindível para que a equipe forneça cuidados de maneira diferenciada. As necessidades de grupos de baixo risco são resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples na atenção básica, em hospitais gerais e casas de parto. Entretanto, as necessidades dos grupos de alto risco em geral requerem técnicas mais especializadas e demandam estruturas de serviços de média e alta complexidade <sup>(83)</sup>.

Uma série de fatores, que atuando de forma isolada, praticamente nada acarreta em relação ao risco gravídico. Outros por si só, já determinam o alto risco, a associação de vários fatores mesmo de pequena importância podem levar a uma gestação de alto risco <sup>(84)</sup>.

Os fatores de risco que favorece uma gestação de alto risco são agrupados em quatro grupos <sup>(44)</sup>:

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis: gestante com idade menor que 14 e maior que 35 anos; a exposição a agentes físicos, químicos e biológicos; situação conjugal insegura; baixa escolaridade; altura menor que 1,45m; peso menor que 45 kg e maior que 75 kg; dependência de drogas

ilícitas.

História reprodutiva anterior de morte perinatal sendo explicada e inexplicada; abortamento habitual; intervalo de tempo menor que dois ou maior que cinco anos; nulidade e multiparidade; síndromes hemorrágicas ou doença hipertensiva.

Doença obstétrica na gravidez atual com trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ganho ponderal inadequado; pré-eclampsia e eclampsia; amniorrexe prematura; hemorragia da gestação; desvio quanto ao crescimento uterino.

Intercorrências clínica como cardiopatias; neuropatias; pneumopatias; doenças auto-imunes; doenças infecciosas; ginecopatias; doenças endocrinológicas.

A ansiedade é apontada como possível fator de risco tanto da prematuridade quanto do baixo peso ao nascer. Podendo afetar negativamente a gestação por causar uma suposta alteração endócrina e por propiciar comportamentos de risco como: o hábito de fumar, alimentação e ganho de peso inadequado e atraso no acesso ao pré-natal <sup>(85)</sup>.

Em estudo bibliográfico de vários trabalhos sobre o tema verificou que há uma imprecisão sobre o que é gravidez de alto risco, pois os autores dos artigos não trabalham o conceito de gravidez de alto-risco. E sim os fatores que implicam no desfecho que compromete a gravidez, caracterizando-se como marcadores de morbimortalidade futura. Além disso, há um reducionismo do discurso em torno dos fatores que geram risco e os aspectos fisiopatológicos, o que limita a abordagem da mulher e da criança enquanto sujeitos do processo gravídico-puerperal <sup>(86)</sup>.

Uma definição de risco na área da reprodução humana gênero e conceito reprodutivo são tidos como a possibilidade de sofrer um dano durante o processo de reprodução. E que o risco reprodutivo é um indicador de necessidade que nos permite identificar a mulher, familiares ou populações mais vulneráveis <sup>(87)</sup>.

Aproximadamente 10 a 20% das gestações podem ser classificadas como de alto risco <sup>(88)</sup>, seja em função de alterações na saúde materna ou de alterações na saúde fetal. Deve-se levar em consideração que os fatores que aumentam o risco materno determinam igualmente elevação do risco fetal. Este por outro lado, pode aumentar sem que o risco materno seja afetado.

#### 1.1.4.3 Políticas Públicas para Gestação de Alto Risco no Brasil

O SUS quanto às gestantes de alto risco propõe uma assistência integral, considerando que o diagnóstico deve acontecer na atenção básica para que estes profissionais possam por meio da rede de serviços (referência e contra-referência) encaminhá-las para o acompanhamento e tratamento devido <sup>(89)</sup>.

Uma das primeiras políticas públicas de saúde para a gestação de alto risco é a de não tomar a “prática de atenção ao parto como um procedimento isolado, desvinculado da atenção pré-natal, e criar estratégias de articulação dos diferentes níveis de complexidade da atenção”<sup>(84)</sup>.

Embora a política nacional gira em torno da ampliação do índice de partos naturais, registra-se que quando se trata de gestação de alto risco, o país passou a normalizar o parto tipo cesáreo com a intenção de diminuir a morbidade e mortalidade perinatais. A indicação para esta prática cirúrgica restringe quando do (a): sofrimento fetal, apresentação pélvica, hemorragia anteparto, doença hipertensiva específica da gravidez, gemelaridade, diabetes e cesárea de repetição <sup>(83)</sup>.

O Ministério da Saúde em 2000 lança o Manual de Normas Técnicas para a gestação de alto risco, onde prevê orientações técnicas para a assistência ao tratamento das doenças obstétricas, aloimunização, intercorrências clínicas, técnica para avaliação fetal, avaliação para antecipação do parto de gestação de alto risco, além de outras <sup>(147)</sup>.

Destaca-se como política pública de saúde a implantação do Programa de Gestação de Alto Risco no Brasil, em 1998, onde se passou a estruturar em cada estado uma rede de atendimento organizada e hierarquizada em níveis de complexidade diferentes <sup>(162)</sup>.

Em cada estado brasileiro inicia-se a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à gestante de alto risco, visando o atendimento de acordo com as necessidades específicas de cada gestante <sup>(57)</sup>.

Neste sistema estadual são estabelecidas unidades secundárias que tem por finalidade a análise e a identificação do risco bem como a necessidade de encaminhamentos desta gestante para outra referência. E as unidades terciárias compreendidas como àquelas que dispõem de leitos para as internações

necessárias <sup>(162)</sup>. O Programa ainda prevê a instalação das Casas da Gestante de Alto Risco com o objetivo de oferecer a observação e o acompanhamento prolongado caso necessário.

#### 1.1.4.4 Epidemiologia da Gestação de Alto Risco

Cerca de 600 (seiscentas) mil mulheres morrem anualmente no mundo por complicações na gravidez, parto e puerpério, correspondendo a 99% das mortes aos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento onde se inclui o Brasil <sup>(152)</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como aceitável uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) entre 6 e 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos. No Brasil, mais especificamente nas capitais brasileiras ocorreram em 2001 74,5 mortes por causas maternas para cada 100 mil nascidos vivos. Sendo que destas aproximadamente 98% podem ser evitadas <sup>(83)</sup>.

Ao contrário dos países desenvolvidos onde as mortes perinatais estão relacionadas condições de difícil prevenção, tais como as malformações congênitas, o descolamento prematuro de placenta e os acidentes do cordão umbilical, nos países em desenvolvimento predominam os óbitos perinatais por condições evitáveis através de adequada assistência pré-natal, tais como as síndromes hipertensivas <sup>(87)</sup>.

Enquanto nos países desenvolvidos o risco de uma mulher morrer durante ou após a gravidez é de 1 em cada 4.300 gestações, nos países em desenvolvimento o risco de morte materna é muito elevado, chegando a 1 em cada 31 gestações <sup>(90)</sup>.

Um estudo realizado nas capitais brasileiras no primeiro semestre de 2002 constatou que quanto às causas de morte de mulheres em idade fértil 6,2% dos óbitos ocorreram na gestação, no parto ou até um ano após a ocorrência do mesmo <sup>(6)</sup>.

O indicador de mortalidade materna constitui-se da mais alta relevância em saúde materno-infantil e vários aspectos interferem nos valores dos coeficientes de mortalidade específicos para essa causa, como os aspectos considerados biológicos da reprodução humana, as doenças características e associadas à gravidez, até

mesmo características próprias da população e da forma como as mesmas utilizam os serviços de saúde <sup>(44)</sup>.

O Brasil, por apresentar grandes dimensões territoriais e características sócio-econômico-culturais diferenciadas em cada região, apresenta fatores de risco diferenciados no processo reprodutivo <sup>(90)</sup>.

#### 1.1.4.5 Morbidade na gestação de alto risco

Este subitem apresenta o comportamento das doenças e agravos à saúde em gestantes, sendo evidenciadas àquelas com maior ocorrência:

##### 1.1.4.5.1 Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)

Na identificação das formas de manifestação da hipertensão arterial na gravidez é fundamental diferenciar a hipertensão que antecede a gravidez daquela que é condição específica da mesma. Na primeira, a elevação da pressão arterial é o aspecto fisiopatológico básico da doença, a segunda é resultado da má adaptação do organismo materno à gravidez, sendo a hipertensão apenas um de seus achados. O impacto dessas duas condições, sobre mãe e feto, é bem diferente, assim como seu controle <sup>(91)</sup>.

A Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), caracterizada pelo aparecimento, em grávida normotensa, após a vigésima semana de gestação, com o surgimento de três sintomas: hipertensão, proteinúria e edema. É uma doença incurável, exceto pela interrupção da gravidez, e pode evoluir para quadros complexos, como eclâmpsia ou Síndrome Hellp <sup>(95)</sup>.

Mudanças específicas da gestação que interferem na resposta inflamatória, além da interação com fatores tais como a dieta, diabetes e hipertensão arterial podem redundar em reduzida perfusão placentária e levar ao desenvolvimento de pré-eclâmpsia/eclâmpsia <sup>(96)</sup>.

Classifica-se a DHEG em duas formas básicas: pré-eclâmpsia (forma não convulsiva marcado pelo início da hipertensão aguda após a vigésima semana de gestão) e eclâmpsia, que é um distúrbio hipertensivo gestacional que se caracteriza

pelos episódios convulsivos conseqüentes a efeitos cerebrais profundos da pré-eclâmpsia <sup>(178)</sup>.

A DHEG está associada à disfunção do endotélio vascular, acentuada vasoconstrição arteriolar, retração do volume plasmático e hemoconcentração, o que favorece a ativação das plaquetas e a coagulação sangüínea, resultando em um estado de hipercoagulabilidade ainda mais acentuado do que na gravidez normal <sup>(97)</sup>.

Nos estudos de Duckitt <sup>(98)</sup> identifica os seguintes fatores de risco para pré eclâmpsia e eclâmpsia em estudo de revisão: história prévia de pré-eclâmpsia, história familiar, diabetes pré existente, aumento da pressão arterial, maior índice de massa corporal anterior ou durante a gravidez, idade materna  $\geq 40$  anos.

A doença hipertensiva específica da gestação apresentou influência na incidência de recém-nascidos de baixo peso <sup>(99, 100, 101)</sup>, nascimentos pré termos <sup>(100)</sup>, comprometimento fetal grave, resultando em óbito fetal <sup>(102)</sup>, óbitos fetais e neonatais <sup>(180)</sup> e óbitos maternos <sup>(73)</sup>.

O conhecimento da fisiopatologia da pré-eclâmpsia, o diagnóstico precoce e a atuação precisa no momento adequado nas situações complicadas pela eclâmpsia e/ou síndrome Hellp permitem melhorar o prognóstico materno e perinatal e, principalmente, reduzir as altas taxas de mortalidade materna, decorrentes das síndromes hipertensivas <sup>(91)</sup>.

As gestantes hipertensas merecem cuidados especiais, exigem seguimento pré-natal diferenciado, exames laboratoriais específicos, avaliação fetal minuciosa e maior possibilidade de hospitalização durante a gestação, em vista dos riscos maternos e fetais associados <sup>(103)</sup>.

Medidas não farmacológicas também estão indicadas no tratamento da hipertensão gestacional; estas visam a dar orientação relacionada a hábitos de vida, como diminuir a ingestão de sódio e aumentar a de potássio, abolir ingestão de álcool e realizar atividade física regulares, executadas de forma correta, sob prescrição rigorosa e com orientação profissional <sup>(46)</sup>.

A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) vem, nos últimos anos, tornando-se um método não-invasivo de extrema utilidade na clínica obstétrica, em gestantes hipertensas ou normotensas com fatores de risco para o desenvolvimento da DHEG <sup>(63)</sup>.

Ao analisar o perfil de gestantes de alto risco no município do Norte Cearense, onde 24,4% foram referenciadas devido à hipertensão e edema; e, 24,4%

tiveram diagnóstico de DHEG. Ximenes <sup>(104)</sup> conclui sobre a importância de conhecer o perfil das gestantes e traçar planos de cuidados.

Num estudo retrospectivo no serviço de gravidez de alto risco do Hospital Universitário Alzira Velano, com 87 gestantes realizado por Ajeje <sup>(105)</sup>, a patologia mais incidente foi hipertensão arterial crônica com 12.08%, seguida de doença hipertensiva específica da gestação com 7.69% e diabetes mellitus com 5.49%.

A incidência de gestante com DHEG e recém nascido com baixo peso ao nascer foi verificada por Martins <sup>(99)</sup> onde analisou 239 prontuários num hospital público de Goiânia, e, constatou que 69,70% das mães tiveram filhos com peso menor que 2500 g, levando-nos a concluir que a DHEG influencia na incidência de Recém Nascido de Baixo Peso (RNBP).

Ao avaliar a sintomatologia depressiva em 6 gestantes de alto-risco em um Hospital-escola Batista <sup>(106)</sup> apresenta que a respeito das patologias apresentadas pela amostra, 66,6% possuíam DHEG, 16,6% Trombose Venosa Profunda (TVP) e 16,6% Trabalho de Parto Prematuro (TPP). Revelou a necessidade de atuação multidisciplinar para o atendimento dessas mulheres, preparando-as para o enfrentamento da hospitalização e controle de níveis de ansiedade.

Num estudo retrospectivo de janeiro de 1996 a outubro de 2003 onde Oliveira <sup>(100)</sup> avaliou síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais; verificou que tanto a hipertensão arterial crônica e a hipertensão gestacional aumentam o risco de recém nascido Pequeno para Idade Gestacional (PIG), Apgar baixo no 1º e 5º minutos, infecção neonatal, prematuridade e Síndrome da Angústia Respiratória (SAR). Hipertensão Arterial Crônica (HAC) apresentou maior risco relativo para prematuridade.

O perfil das gestantes de alto risco atendidas em uma maternidade de um hospital geral em Taubaté apontado por Buzzo <sup>(107)</sup> destaca a prevalência das doenças de maior acometimento, a partir de 264 prontuários. A patologia de maior prevalência foi a DHEG com 70 (67%), Diabetes Gestacional 5 (6%), HIV 1 (1%) e outros 27 (26%) foram encontrados outros tipos de doenças durante o período gestacional, como: infecção do trato urinário, cardiopatias, distúrbios psiquiátricos. E, concluiu que devem constar registros nos prontuários quanto à causa da não realização do pré-natal.

Campana <sup>(108)</sup> realizou um levantamento dos partos cesáreos realizados em um Hospital Universitário no período de 2001 a 2003, a partir de 927 prontuários de

gestantes. Quanto à indicação de partos cesáreos os diagnósticos foram: Distócia 235 (15,08%), Rotura de membranas 104 (6,68%), DHEG 201(12,89%), Hemorragias 40 (2,37%), trabalho de parto prematuro 10 (0,64%), Gemelaridade 20 (1,28%), HIV 6 (0,38%). Concluiu que apesar do serviço atender gestantes de alto risco, houve uma taxa de cesárea acima do justificável, mostrando ser necessário repensar esta prática.

Ao estudar a mortalidade materna por hipertensão na gestação ocorridos na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand no Ceará, Bezerra <sup>(116)</sup> estimou a razão de mortalidade e o perfil das pacientes que foram a óbito por esta causa. Verificou que as razões de mortalidade materna geral por hipertensão foram elevadas, sendo a hipertensão a principal causa de óbito materno.

Chaim <sup>(109)</sup> identificou a prevalência da hipertensão arterial na gravidez e associou a Pressão Arterial Diastólica (PAD) materna com o tipo de parto e condições do neonato ao nascimento em uma maternidade de São Paulo, referência em gestação de alto risco. Verificou que a pressão arterial diastólica maior que 110 mmHg apresentaram associação significativa com baixo peso e prematuridade.

Gonçalves <sup>(110)</sup> realizou uma pesquisa na unidade de patologia obstétrica em hospital público de São Paulo de janeiro a junho de 2002, para conhecer a prevalência da DHEG e as complicações a partir de 604 prontuários. Constatou o precário preenchimento e dados insuficientes de prontuários o que dificulta a assistência prestada, a identificação dos indicadores de saúde, o perfil epidemiológico, sendo este um instrumento na melhoria da qualidade da assistência da população.

Melo <sup>(111)</sup> descreveu o perfil epidemiológico e o comportamento dos níveis tensionais no puerpério de mulheres admitidas durante a gravidez com pré-eclâmpsia grave. Alertou quanto a importância em se vigiar, tratar e observar picos hipertensivos os quais tem sido destacado às complicações neurológicas da pré-eclâmpsia.

Dantas <sup>(112)</sup> analisou a frequência e as principais hipóteses diagnosticadas para a ocorrência de gestações de alto risco num hospital em Campina Grande-PB. Os resultados apontam como principal hipótese diagnóstica para internação de alto risco a pré-eclâmpsia com índice de 40%, seguida de trabalho de parto prematuro 22%. Portanto, o estudo aponta a necessidade de um melhor acompanhamento pré-natal, para prevenir e diagnosticar precocemente a gestação de alto risco.



Araújo <sup>(85)</sup> levantou a prevalência de patologias presente nas gestantes de alto risco atendida pelo Ambulatório de referência em Juiz de Fora- MG, a partir de 75 prontuários detectou que as patologias responsáveis pelo pré-natal de alto risco foram: hipertensão arterial crônica (28%), DHEG (13,33 %).

#### *1.1.4.5.2 Trabalho de Parto Pré-Maturo*

A prematuridade pode ocorrer espontaneamente ou decorrente do Trabalho de Parto Prematuro (TPP) propriamente dito ou interrupção da gravidez, devido alguma complicação materna que obrigam ou levam à inevitável ocorrência do parto antes de 37 semanas <sup>(67)</sup>.

Oliveira <sup>(100)</sup> enfatiza que não é conhecido o mecanismo pelo qual a parturição é iniciada, isto é a preparação e o processo que leva a expulsão do produto conceptual, seja na gravidez a termo ou a pré-termo.

A prematuridade traz risco para o recém-nascido e problemas para a mãe e toda família, tais como: a angústia pelo período de internação do bebê, condutas invasivas que aumentam o risco de infecção e a própria distância da mãe e da família <sup>(66)</sup>.

O parto prematuro é a principal causa de morbidade e mortalidade perinatal <sup>(113,114)</sup>; apesar do conhecimento dos fatores envolvidos na parturição e dos recursos terapêuticos à disposição do obstetra para bloquear o trabalho de parto.

No Brasil, a prematuridade tem um importante papel nos óbitos infantis, com 61,4% das causas perinatais de mortalidade infantil associadas à prematuridade <sup>(115)</sup>.

Para diagnóstico de trabalho de parto prematuro, devem-se considerar a contratilidade uterina e as modificações cervicais. É importante lembrar que existem contrações uterinas durante a gestação, denominadas de Braxton-Hicks, que são diferentes daquelas do trabalho de parto, pela ausência de ritmo e regularidade <sup>(115)</sup>.

Durante a internação hospitalar da gestante para tratamento de TPP, conclui-se que é essencial observar os aspectos educativos como: repouso, abstinência sexual, identificação precoce das contrações e aconselhar a mulher a procurar imediatamente o Hospital no caso de ocorrer qualquer atividade uterina <sup>(116)</sup>.

A importância clínica do diagnóstico precoce do parto prematuro reside na

possibilidade de aumento nos dias de gestação, mediante uma intervenção em tempo hábil. Tal intervenção permitiria uma melhora no peso fetal ao nascer, associada a uma diminuição da morbidade e mortalidade neonatal <sup>(62)</sup>. A prevenção do parto prematuro espontânea torna um dos principais desafios do obstetra na assistência pré-natal <sup>(100)</sup>.

Uma boa orientação e aconselhamento durante as consulta de pré natal é um fator importante, porque permite à gestante identificar e recorrer imediatamente ao hospital para o tratamento <sup>(62)</sup>.

Bezerra <sup>(116)</sup> identificou a prevalência de parto prematuro em gestantes submetidas ao tratamento de inibição de trabalho de parto prematuro e analisar os fatores associados, a partir de 163 prontuários de gestantes do hospital universitário da universidade de São Paulo. Através do seu estudo concluiu que atenção deve ser dada às gestantes nulíparas e com número reduzido de consulta pré-natal submetido ao tratamento de inibição de trabalho de parto, com finalidade de prevenção do evento.

#### *1.1.4.5.3 Amniorrexe prematura*

A Amniorrexe prematura ou ruptura prematura das Membranas Ovulares (RPM) é uma condição comum entre 10% das gestações <sup>(117)</sup>. Ocorre quando existe uma ruptura das membranas, córion e âmnio, que limitam a cavidade amniótica durante toda a gestação, antes do início do trabalho de parto <sup>(118)</sup>.

A amniorrexe prematura caracteriza-se pela rotura das membranas amnióticas antes de instalado o trabalho de parto. Em aproximadamente 1/3 dos casos constitui-se causa importante de partos prematuros, contribuindo para o aumento da morbidade perinatal bem como a morbidade materna pelos riscos de infecção tanto no anteparto como no período puerperal <sup>(40)</sup>.

A incidência de infecção após a amniorrexe aumenta conforme decorre o tempo de rotura das membranas e deriva principalmente da infecção ascendente de microorganismos oriundos do canal vaginal, especialmente em razão do aumento do pH vaginal <sup>(119)</sup>. Além do risco aumentado de infecções, a amniorrexe prematura compreende maior risco de partos cesarianos <sup>(119)</sup>.

A rotura das membranas, na maioria das vezes, é responsável pelo parto

premature e adiciona os riscos de complicações bacterianas. A associação de ruptura prematura de membranas e infecção perinatal é confirmada por vários estudos <sup>(120)</sup>.

O manejo de casos de ruptura prematura das membranas espontânea no segundo trimestre muitas vezes consiste em indução do parto por causa do risco de infecção materna e baixa probabilidade de sobrevivência neonatal <sup>(121)</sup>.

Costa <sup>(123)</sup> no seu estudo identificou gestantes com amniorrexe prematura internada em uma maternidade pública demonstrando que estas não conhecem sobre a patologia, temendo pela vida dos filhos, sem saber o que fazer diante dessa situação.

Rocha <sup>(124)</sup> avaliou gestantes portadoras de Ruptura Prematura das Membranas (RPM), identificou que a taxa de corioamnionite clínica foi de 29,4% (15/50), ao passo que a de corioamnionite histológica foi de 40% (20/50). Todos os casos de corioamnionite clínica apresentaram período de latência superior a 24 horas.

#### *1.1.4.5.4 Alterações do estado nutricional materno*

É importante o registro do estado nutricional no prontuário e no cartão da gestante durante as consultas. A avaliação do estado nutricional é capaz de fornecer informações importantes para a prevenção e o controle de agravos à saúde e nutrição, contudo vale ressaltar a importância da realização de outros procedimentos que possam complementar o diagnóstico nutricional ou alterar a interpretação deste, conforme a necessidade de cada gestante <sup>(34)</sup>.

A função do estado nutricional deve ser avaliada e monitorada pelo sistema de informação do (SISVAN) no início do pré-natal para prevenção e tratamento de distúrbios nutricionais, até o fim da gestação. Sendo preciso realizar orientação nutricional às gestantes para a adoção de práticas alimentares saudáveis <sup>(34)</sup>.

Uma mulher adulta sadia necessita de aproximadamente 25 a 30 Kcal/Kg/dia para suprir as suas necessidades energéticas. Esses valores passam para 30-35 Kcal/Kg/dia durante a gestação, o que representa em média um acréscimo de 300 Kcal/dia <sup>(125)</sup>.

Esse acréscimo no aporte nutricional é importante, pois o ganho de peso

durante a gestação é reflexo tanto do crescimento fetal quanto da expansão de tecidos maternos tais como a placenta, tecido adiposo, útero e mamas, bem como do aumento de líquido extracelular e do volume sanguíneo e formação de líquido amniótico <sup>(126)</sup>.

Espera-se que a gestante tenha um ganho de peso diferenciado durante a gestação dependendo do estado nutricional inicial da mesma, de forma que ela alcance ou mantenha o peso adequado ao término da gestação, reduzindo os riscos de repercussões desfavoráveis para o feto <sup>(127)</sup>.

Assim, o estado nutricional prévio deve ser avaliado para estimar o ganho de peso adequado durante a gestação e prover uma alimentação segura quantitativa e qualitativa <sup>(128)</sup>.

A suscetibilidade individual às complicações gestacionais estão relacionado às mulheres obesas, embora o baixo peso também aumente os riscos de desfechos desfavoráveis tanto para a mãe como para o filho. Estes desfechos podem ser: diabetes e hipertensão materna, macrossomia, sofrimento fetal, trabalho de parto prolongado, parto cirúrgico, restrição de crescimento intra-uterino e prematuridade. O baixo peso materno tem sido considerado como fator de risco para as complicações e resultados adversos ocorridos na gestação, especialmente o baixo peso ao nascer <sup>(123, 130)</sup>.

O Brasil tem vivenciado um processo de transição demográfica com declínio da desnutrição e aumento das taxas de obesidade sem que os serviços de saúde estejam preparados para responder adequadamente a essa demanda <sup>(132)</sup>.

Fujimori <sup>(133)</sup> afirma que a gestante apresenta tendência de manter o status nutricional inicial até o final da gravidez. Gestantes com sobrepeso ou obesidade apresentam maior ganho de peso ao longo da gestação, o que contribui para manutenção do Índice de Massa Corpórea (IMC) alto <sup>(134, 135)</sup>.

Por outro lado, estudos têm demonstrado que o sobrepeso ou obesidade durante a gestação influencia no aumento das taxas de partos cesarianas, de nascimentos pré termo eletivos, bem como na elevação do risco de resultados perinatais desfavoráveis <sup>(136, 137)</sup>.

Além disso, o ganho de peso excessivo durante a gestação está associado com diabetes mellitus gestacional e síndromes hipertensivas da gravidez <sup>(129, 138, 98, 140)</sup>.

Assim, a avaliação do estado nutricional das gestantes deve levar em

consideração não somente o efeito do peso ao nascer, mas outros aspectos tais como as condições clínicas maternas <sup>(141)</sup>.

Lima <sup>(142)</sup> analisou a influência de fatores obstétricos, socioeconômico e nutricionais sobre o peso do recém-nascido em uma maternidade de Teresina-PI. Constatou que um adequado ganho de peso durante a gestação e a consulta pré-natal deve ter um papel fundamental na prevenção do mau prognóstico neonatal.

Batista <sup>(106)</sup> analisou como fonte de informação três estudos transversais realizados na década de 70, 80 e 90, fazendo uma análise da transição nutricional no Brasil. Resumiu que as ações setoriais de saúde ainda não apresentam o grau de agilidade e o nível de eficácia para responder com presteza, aos desafios do quadro epidemiológico brasileiro.

Drehmer <sup>(142)</sup> caracterizou o ganho ponderal gestacional e sua associação com estado nutricional, pré gestacional e fatores relacionados, a partir de informações do peso de 667 gestantes nas consultas. Constatou que gestantes com menos de seis consultas de pré-natal tiveram risco de 52% de ganho de peso insuficiente. Embora o ganho ponderal insuficiente persista como um problema de saúde pública, o ganho excessivo está se configurando como uma questão que precisa de atenção imediata nos serviços de pré-natal.

Andreto <sup>(134)</sup> avaliou a evolução do ganho ponderal excessivo durante o segundo e o terceiro trimestre de gestação e as influências de fatores biológico, sócio- demográficos, comportamentais, reprodutivos e morbidades associada ao ganho de peso com 240 gestantes de baixo risco. Verificou que no terceiro trimestre da gestação o ganho de peso semanal excessivo foi mais fortemente influenciado pela escolaridade e a situação marital, de modo que as mulheres com menos de oito anos de estudo e as com companheiro tiveram maior freqüência de ganho de peso semanal excessivo.

Tanaka <sup>(144)</sup> estudou dois grupos de gestantes, sendo um grupo de grávidas normais e outras grávidas obesas, procurou conhecer as características sócio-demográficas dos grupos estudados. Os recém-nascidos, filhos de obesas, registraram índice maior de mortalidade, principalmente no período perinatal. Houve maior incidência de prematuridade e de fetos macrossômicos, sendo a curva de distribuição de peso ao nascer diferente da dos recém-nascidos das gestantes normais. Concluiu que a obesidade é um fator de aumento do risco gravídico, que pode afetar tanto a mãe como o bebê.

#### 1.1.4.5.5 Outros estudos sobre gestação de alto risco

Gomes <sup>(153)</sup> realizou um estudo bibliográfico e analisou o conceito de gravidez de alto risco, em artigos publicados nos anos 90 no campo da ginecologia/obstetrícia. Apontando a necessidade de perspectiva interdisciplinar na abordagem do tema, considerando a complexidade dos aspectos que envolvem a participação da mulher na atenção à gravidez.

Carneiro <sup>(154)</sup> apresenta a experiência de organização de um serviço de saúde em atenção primária, no Centro de Saúde-Escola Barra Funda na cidade de São Paulo. Apontou para a possibilidade de se programar políticas de saúde que promovam intervenções eficazes junto a segmentos sociais normalmente excluídos nos serviços de saúde, efetivando o princípio da universalização.

Soares <sup>(184)</sup> identificou o perfil, a tendência e os determinantes da mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia no estado do Paraná. Observou dificuldades e demora quanto ao trabalho e às transferências para serviços de referência, resultando que as mulheres chegavam a estes, muitas vezes, em estado crítico.

Carvalho <sup>(145)</sup> avaliou a evolução da gestação, controle metabólico e resultados perinatais de pacientes diabéticas pré-gestacionais e faz um estudo comparativo entre os resultados de pacientes com diabetes insulino-dependente e não-insulino-dependente. Verificou que não houve diferença na incidência de intercorrências clínicas e obstétricas entre as pacientes insulino-dependentes e não-insulino-dependentes, excluindo-se hipoglicemia materna.

Os fatores de riscos maternos associados ao diagnóstico de sepse neonatal foram estudados a fim de garantir a realização de intervenções eficazes, com o intuito de colaborar na diminuição da mortalidade neonatal gerada a partir desses riscos. Observou-se um problema de saúde pública, o acompanhamento pré-natal inadequado; apesar de as instituições investirem em qualificação profissional e equipamentos, a mortalidade neonatal tem se mantido elevada <sup>(146)</sup>.

A impossibilidade de retornos mais freqüentes ou de monitorização domiciliar da glicemia são exemplos de como o fator financeiro pode interferir no resultado do binômio mãe-filho nesta difícil desordem endocrinológica <sup>(145)</sup>.

O início tardio do pré-natal é fator preocupante em pacientes sabidamente diabéticas antes da gravidez. A falta de acesso aos serviços pré-natais, seja por

culpa da paciente ou do próprio sistema de saúde, poderia ser fator arrolado como causador do fato <sup>(145)</sup>.

A presença da diabetes previamente à gestação, independente do tipo, e não obstante todos os avanços propedêuticos e terapêuticos atualmente existentes, continua sendo patologia preocupante a denotar cuidados extremos por partes do obstetra e de toda equipe multidisciplinar que acompanha a grávida <sup>(145)</sup>.

Em outro estudo, os fatores de risco mais associados foram freqüência do pré-natal inferior a seis consultas, história de febre no domicílio, prematuridade baixo peso ao nascer e asfixia perinatal. O autor afirma que devemos incentivar um protocolo de prevenção específico para sepse neonatal, com investimentos e monitorização da produtividade e assistência do pré-natal, com vistas à redução da mortalidade neonatal por infecção <sup>(146)</sup>.

O uso de substâncias nocivas a saúde no período grávido-puerperal, como drogas lícitas e ilícitas deve ser investigado e desestimulado, pois o crescimento fetal restrito aborto, parto prematuro, deficiências cognitivas no concepto, entre outros, podem estar associados ao uso e abuso dessas substâncias <sup>(147)</sup>.

Costa <sup>(72)</sup> identificou melhorias na qualidade da atenção ao pré natal, porém destaca a fragilidade da estruturação dos serviços de média e alta complexidade, o que, segundo os autores reforçam as questões de desigualdades regionais e populacionais no país.

A assistência pré-natal de qualidade é fundamental para redução da mortalidade materna e perinatal. Para que seja considerada assistência adequada é necessário prevenir, diagnosticar e tratar precocemente os eventos indesejáveis na gestação <sup>(148)</sup>.

Segundo Buchabqui <sup>(83)</sup> 38 (35,3%) dos encaminhamentos para serviços de referência de gestação de alto risco do interior do estado do Rio Grande do Sul, provenientes da rede básica foram considerados inadequados.

Castro buscou estudar infectadas pelo HIV, com o fim de planejar a melhoria do atendimento oferecido; dos serviços especializados contraceptivos, ao seguimento puerperal e ao planejamento familiar <sup>(149)</sup>.

Romanelli <sup>(150)</sup> analisou o perfil das gestantes infectadas pelo HIV, atendidas em centro de referência de Belo Horizonte. Das 90 gestantes (61,1%), das mulheres tinham conhecimento prévio da infecção. Sessenta e quatro (71,1%) informavam união estável, com a probabilidade de todas terem adquirido o HIV em relações

heterossexuais. Cinquenta e quatro (60%) tiveram o diagnóstico durante alguma gravidez. Concluiu que novas gestações em mulheres infectadas pelo HIV não são raras, apesar dos recursos de contracepção oferecidos.

Cabral <sup>(119)</sup> verificou a contribuição da idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva, ruptura prematura das membranas, como fator de risco para cesáreas na Maternidade Professor Monteiro de Moraes em Recife-PE.

Almeida <sup>(152)</sup> realizou uma análise quanto à importância da inclusão da perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Identificou aspectos que no momento da avaliação poderia resultar em maior efetividade e humanização do controle pré natal oferecido.

Spindola <sup>(152)</sup> identificou o perfil epidemiológico de gestante, a partir de fichas de atendimento do ambulatório de obstetrícia de um hospital público do Rio de Janeiro, verificando que o atendimento contribui de maneira significativa para a redução da morbimortalidade das gestantes.

Carvalho <sup>(63)</sup> investigou a adequação da assistência pré-natal realizada por 612 gestantes do SUS da cidade do Recife-PE. Verificou assistência pré-natal disponível para gestante na cidade com cobertura elevada sugere para que o sistema adote medidas a melhorar a qualidade da atenção.

Goldenberg <sup>(156)</sup> investigou a ocorrência de partos de adolescentes na Rede hospitalar de Montes Claros-MG a partir de Declarações de Nascidos Vivos no período de 1997 a 2001. Verificou indicativo de aumento na gravidez na adolescência, apontando como um problema de saúde pública.

Laurenti <sup>(90)</sup> no seu estudo procurou conhecer a qualidade da informação da Razão da Mortalidade Materna (RMM) e os fatores de ajuste para os dados oficiais. Comprovou que as mortes obstétricas diretas corresponderam a 67,1% mostrando que assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve ser aprimorada.

Kilsztajn <sup>(157)</sup> analisou o papel das consultas pré-natais e fatores de risco a partir dos dados da evolução histórica da taxa de mortalidade infantil e neonatal por peso ao nascer e durante a gestação. Verificou através da análise que o aumento do número de consultas pré-natais e elevação da acessibilidade para as categorias de risco permitiriam reduzir a prevalência de retardo do crescimento intra-uterino, prematuridade, número de nascidos vivos com baixo peso e óbito por afecção do período neonatal.

Ciari <sup>(89)</sup> quantificou a avaliação do risco baseado nos fatores de classificação



atribuindo notas que somam e medem a intensidade do risco gravídico. A partir da análise de óbitos e os fatores que determinam o alto risco sugere elementos para elaboração de programa de saúde materna.

Guimarães <sup>(158)</sup> identificou e descreveu os potenciais determinantes para o baixo peso ao nascer e sua prevalência, a partir de declaração de nascido vivo no período de 1997 a 1999 no município de Itaúna-MG. Finalizou que os sistemas de vigilância do baixo peso ao nascer em virtude da sua forte relação com a morbimortalidade infantil devem ressaltar os esforços nos determinantes biológicos e ambientais e na vigilância ao retardo intra-uterino.

Costa <sup>(70)</sup> analisou o atendimento ao pré-natal em unidades de saúde, com intuito de obter uma linha de base que subsidie futuros estudos avaliativos. E percebeu que houve lacunas relacionadas à oferta e qualidade da atenção ao pré-natal no Sistema Único de Saúde.

Buchabqui <sup>(83)</sup> verificou as causas mais prevalentes e a adequação dos encaminhamentos das pacientes de pré-natal, revisando 821 encaminhamento para o ambulatório de gestação de alto risco do hospital Fêmeina. Aponta que houve baixa concordância diagnóstica entre os observadores, ocorrendo à necessidade de treinamento para dar maior resolatividade ao serviço de atenção básica.

Duarte <sup>(159)</sup> avaliou os aspectos diagnósticos, terapêuticos e as complicações dos casos de Infecção do Trato Urinário (ITU) com 136 grávidas com diagnóstico de pielonefrite. O trabalho de parto pré-termo ocorreu em 33,3% das gestantes que deram à luz em nosso serviço, e o parto pré-termo em 18,9%.

Por fim, cabe ressaltar que todas essas condições contribuem para aumentar o risco materno-fetal e determinar maior morbimortalidade materna e fetal, exigindo maior preparo dos serviços de atenção à gestante para dar respostas mais adequadas às necessidades de saúde, especialmente da população de gestantes de alto risco.

## 2 OBJETIVOS

A partir do problema norteador desta pesquisa, os objetivos do estudo são:

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Traçar o perfil epidemiológico das gestantes de alto risco internadas no HRCAF, no período entre dezembro/2009 a junho/2010.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as taxas de internações por gravidez, parto e puerpério de acordo com os municípios de residência na Regional de Saúde de Cáceres/MT;
- Caracterizar as gestantes de alto risco internadas no HRCAF segundo variáveis sócio-demográficas, história reprodutiva e intercorrências da gestação atual;
- Apontar e discutir os principais diagnósticos de gestação de alto risco da população evidenciada;
- Demonstrar a partir das características maternas a evolução dos recém nascidos.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal do perfil epidemiológico das gestantes de alto risco admitidas no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes (HRCAF), cuja gestão é estadual e compõe a rede de atenção hospitalar do estado de Mato Grosso, com dados obtidos por meio de fontes secundárias.

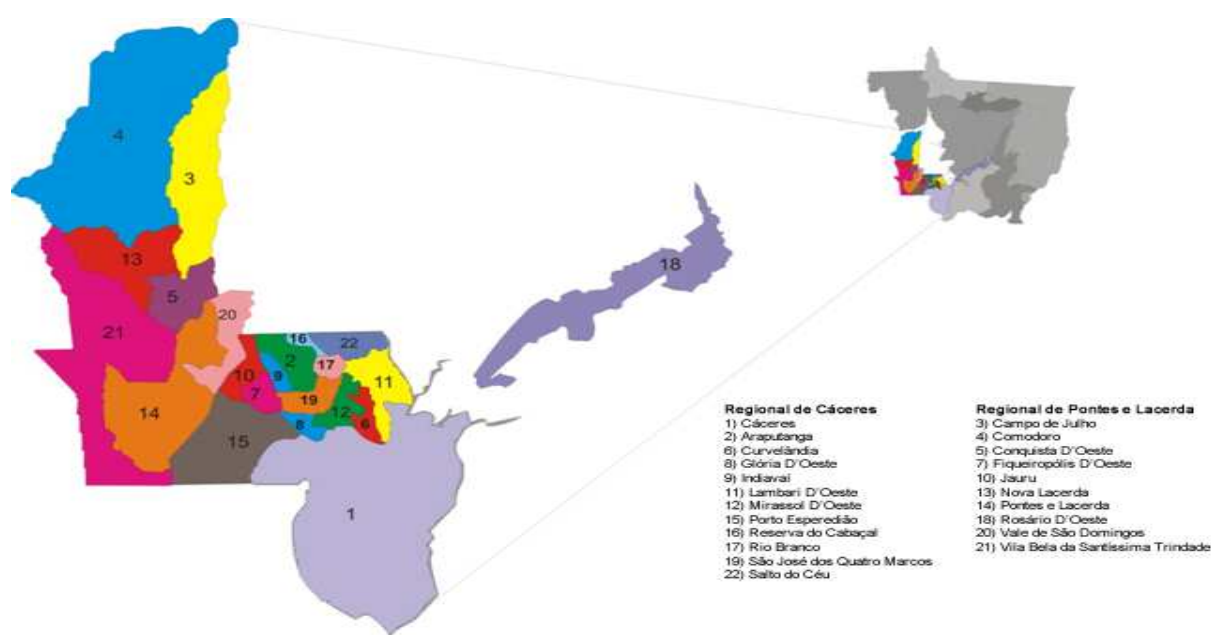
O estudo transversal; estudo epidemiológico no qual fator e efeito é observado num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado <sup>(190)</sup> nas pesquisas de saúde, pois por meio dele se consegue aferir uma realidade epidemiológica em dado tempo e lugar.

Optou-se pelo estudo descritivo em razão do seu objetivo de informar sobre a distribuição de um evento na população em termos quantitativos. Segundo Pereira <sup>(84)</sup>, os estudos descritivos e transversais são utilizados para alcançar dois objetivos principais: identificar grupos de risco - o que informa sobre as necessidades e as características dos segmentos que poderiam beneficiar-se de alguma forma de medida saneadora – daí a íntima relação da epidemiologia com a prevenção de doenças e planejamento de saúde; sugerir explicações para as variações de frequência - o que serve de base ao prosseguimento de pesquisas sobre o assunto, através de estudos analíticos.

#### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

O município de Cáceres localiza-se a 16° 04' 16" de latitude ao Sul e 57° 40' 44" de longitude ao Oeste, no pantanal Matogrossense. Pertence ao estado de Mato Grosso e situa-se a 211 quilômetros da capital – Cuiabá. Possui uma área de 24.351 km e uma população de 87.912 habitantes <sup>(85)</sup>. Seu bioma é Cerrado, Amazônia e Pantanal e a principal atividade econômica da cidade é a agropecuária. Faz divisa com os municípios de Glória D'Oeste, Curvelândia, Lambari D'Oeste e Porto Estrela ao norte, Poconé, Porto Espiridião e República da Bolívia ao sul.

A média de domicílios com renda per capita de  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo é maior na Regional de Cáceres que a média do Estado, com alguns municípios contribuindo especificamente para essa condição, como Reserva do Cabaçal, Porto Espiridião e Salto do Céu. Quando se observa a renda de 3 salários mínimos e mais, a média da Regional (7,26%) está abaixo da média do Estado (15,6%), sendo que alguns municípios aumentam essa distância: Indiavaí (2,3%), Lambari (4,1%), Rio Branco (4,5%) e Reserva do Cabaçal (4,9%), de acordo com dados do IBGE.



**Figura 1** - Mapa do Estado de Mato Grosso, destacando os municípios que compõem a Regional de Saúde de Cáceres e de Pontes e Lacerda.

**Fonte:** Org. Rodrigues ET, 2010. Adaptado da Secretaria do Estado de Saúde do Estado de Mato Grosso. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/v2008/index.php>.

A escolha pelo local da pesquisa - Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes (HRCFAF) justifica-se pelo fato desta instituição ser referência em atendimento à gestante de alto risco para a Regional de Saúde de Cáceres, oeste de Mato Grosso.

Essa Regional de Saúde constitui-se de 12 municípios: Araputanga, Cáceres, Curvelândia, Glória D'Oeste, Indiavaí, Lambari D'Oeste, Mirassol D'Oeste, Porto Espiridião, Reserva do Cabaçal, Rio Branco, Salto do Céu, São José dos Quatro Marcos, com uma população total de 185.663 habitantes, dos quais 58.815 são mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), de acordo com estimativa do IBGE <sup>(85)</sup>.

As pacientes são encaminhadas para o HRCFAF tanto dos municípios que fazem parte da Regional de Saúde pactuada no processo de regionalização, quanto

da regional de Pontes e Lacerda cujo sistema de atenção terciária ainda está em processo de estruturação e também do país vizinho, Bolívia, com o qual o município de Cáceres apresenta uma extensa área de fronteira continental.

A Regional de Pontes de Lacerda foi desmembrada recentemente e não possui ainda serviços de gestação de alto risco estruturado. A Bolívia é um país que faz fronteira com o município de Cáceres que apresenta dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde, principalmente em razão das distancias dos centros urbanos <sup>(86)</sup>.

O HRCAF é uma instituição de nível terciário de atenção que atende pelo Sistema Único de Saúde, equipado com centro cirúrgico e centro obstétrico, UTI para adultos e UTI neonatal, com equipes médicas de plantão 24 horas - incluindo obstetra, anestesista, ortopedista, pediatra, intensivista, cirurgião geral e outras especialidades, em caso de necessidade.

### **3.2.1 Mato Grosso: Referência para gestação de alto risco em Cáceres – Mato Grosso**

O Estado do Mato Grosso tem extensão territorial de 900.000 Km<sup>2</sup> divididos em 141 sendo que muitos destes estão distantes da capital mais de 1.000 km o que dificulta o acesso à saúde dos serviços de alta complexidade <sup>(160)</sup>.

As características gerais do estado mostram o grau de dificuldade para a organização do Sistema Estadual de Referência do SUS-MT. Embora a configuração do SER-SUS-MT já esteja consolidada, sua implantação e operacionalização são processuais e abrange o SUS-MT, desde a assistência básica no nível local até a alta complexidade, inclusive a assistência pré-hospitalar especializada às situações emergenciais <sup>(161)</sup>.

Além de pouco investimento em infra-estrutura física de serviços de saúde no interior, existe a escassez de profissionais especializados, em virtude dos mesmos não encontrarem atrativos motivadores à interiorização. Daí a sobrecarga histórica dos serviços de saúde na capital <sup>(162)</sup>.

O Estado de Mato Grosso vem construindo, ao longo dos últimos anos, o processo da Programação e Pactuação Integrada da Assistência, buscando avançar

na consolidação do Sistema Único de Saúde, através da Coordenação da Secretaria Estadual de Saúde - SES, em nível Central e Regional, tendo as Comissões Intergestores (Estadual e Regionais) como principal espaço de negociação e pactuação <sup>(160)</sup>.

A organização do SER/SUS no interior do Estado avançou com a criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Em Mato Grosso, alguns mecanismos de regulação já vêm sendo executados, como as Centrais de Vagas e Internação e o agendamento de exames e consultas especializadas <sup>(163)</sup>.

No Oeste Mato-grossense <sup>(162)</sup> o Consórcio Intermunicipal de Saúde conta com vinte e dois municípios organizados com uma população de 254.317 habitantes dos quais 80.868 são mulheres em idade fértil.

Quanto ao Programa de Gestação de Alto Risco (PGAR) é um Programa criado pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de implantar nos Estados os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar de Atendimento à Gestante de Alto Risco. Surgiu em função da necessidade de organizar a assistência à gestante e recém-nascido de risco <sup>(163)</sup>.

Em Mato Grosso, o Programa foi instituído através do Convênio nº 3.203/98, firmado entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde/MT. Este convênio viabilizou recursos financeiros para a execução das ações do Programa <sup>(161)</sup>.

Crítérios adotados para a inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência, conforme a Portaria nº 3.477, de 20/08/1998: apresentar índices de cesariana menor ou igual a 40%; Implantar o Comitê de Mortalidade Materna e mantê-lo atuante; Implantar Comitê de Controle de Infecção Hospitalar e mantê-lo atuante; Manter todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para as Centrais de Vagas ou Regulação, de acordo com a organização do Sistema Estadual ou Municipal; Manter serviço de assistência ao pré-natal e de planejamento familiar à gestante de risco <sup>(162)</sup>.

E, ainda dispor de infra-estrutura física para o atendimento à gestante de alto risco, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.884, de 11/11/94 <sup>(164)</sup>, incluindo os seguintes itens: Isolamento para infecção pós-parto, pós-curetagem e outras doenças infecto-contagiosas, Unidade de avaliação de bem-estar fetal, Banco de Leite Materno, Unidade de Terapia Intensiva Adulto (6% dos leitos em relação ao total de leitos existentes); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (5% dos leitos em

relação ao total de leitos obstétricos); Serviços próprios de diagnóstico e terapia durante as 24 horas, com: Ultrassonografia com Doppler, Radioimagem, Eletrocardiografia, Cardiotocografia, Serviço de avaliação de maturidade pulmonar fetal, Laboratório clínico (no mínimo, oferecer serviços de hematologia, bioquímica, gasometria e sorologia), Agência Transfusional/Banco de Sangue.

Garantir o acesso a serviços de: Tomografia computadorizada, Ecocardiografia, Laboratório de Dosagem Hormonal (no mínimo Beta HCG, Prolactina, T3, T4 e TSH), Laboratório de Citogenética, Anatomia Patológica <sup>(164)</sup>.

Além de dispor de equipe técnica para atendimento resolutivo em clínica e cirurgia obstétrica, neonatologia, UTI adulto e UTI neonatal, a Unidade deve dispor de equipe interdisciplinar de atenção à gestante de risco, constituída pelos seguintes profissionais: Neurologista, Cardiologista, Endocrinologista, Nefrologista, Cirurgião Geral, Clínico Geral, Ultrassonografista, Enfermeiro, Assistente Social, Farmacêutico, Psicólogo; Nutricionista, Neurocirurgião <sup>(164)</sup>.

Dispor de infra-estrutura física para o atendimento de emergência em obstetrícia e neonatologia 24 horas, de acordo com a Portaria GM/MS/nº 1.884, de 11/11/94 <sup>(165)</sup>.

Com a descentralização das especialidades vários municípios se tornaram referência em serviços, a exemplo Tangará da Serra, que hoje oferta serviços em áreas complexas como a de nefrologia e UTI. Assim como as cidades de Rondonópolis, Sinop e Cáceres que ofertam, além do atendimento na área de nefrologia, também o tratamento oncológico, voltado à pacientes com câncer, e o principal gestação de alto risco <sup>(162)</sup>.

No Mato Grosso, o processo de microrregionalização tem se fortalecido a partir da criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, que provê uma série de especialidades, exames complementares e outros serviços antes só ofertados na capital do Estado <sup>(162)</sup>.

Atualmente há, no Estado, 16 regionais de saúde implantadas, algumas mais ou menos avançadas em termos de estruturação e organização da oferta de serviços.

Organizando-se dessa forma, por meio do processo de microrregionalização, aqueles municípios pequenos no interior do Estado que apresentam dificuldades para captar e fixar especialistas ou nos quais os serviços de média e alta complexidade serão inviáveis de serem implantados localmente em termos de custo-

benefício, podem dispor desses serviços em um centro maior, entretanto mais próximo geograficamente que a capital <sup>(161)</sup>.

Assim, parte-se do princípio da regionalização proposto no SUS em busca de uma maior integralidade da atenção. Os municípios se responsabilizam pela atenção básica localmente e se organizam para prover os serviços de média e alta complexidade via consórcios intermunicipais de saúde dentro das suas regionais <sup>(161)</sup>.

No caso específico das gestantes, aquelas de risco habitual ou baixo são atendidas na rede básica de atenção de seus municípios de origem, com o parto realizado em hospitais gerais ou maternidades dos mesmos.

Em Cáceres – Mato Grosso encontra-se credenciado o Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes, descrito no subitem a seguir:

#### 3.2.1.1 Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes

De acordo com os dados encontrados da Secretaria de Comunicação Social de Mato Grosso <sup>(163)</sup>, o HRCAF foi inaugurado em Agosto de 2001 com 60 leitos, é uma instituição de nível de atenção terciária, de referência ao atendimento de urgência e emergência, para a Microrregião Oeste do Estado de Mato Grosso. Inicialmente prestava atendimentos nas áreas de Traumatologia, Pediatria, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Clínica Cirúrgica.

A partir de 2003 foram implementados novos serviços no hospital, como UTI neonatal, atendimentos a gestantes de alto risco, cirurgia pediátrica, cirurgia urológica, centro de atendimento a gestantes de alto risco, Centro de Atendimento Odontológico para Portadores de Necessidades Especiais (CAOPE) e tomografia computadorizada, centro de oncologia <sup>(162)</sup>.

O complexo do Hospital Regional de Cáceres presta serviços ambulatoriais de média e alta complexidade e apóia o ensino e pesquisa na área de saúde.

As contratações por tempo determinado, para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, se dá por meio de processo seletivo, com deferimento da Secretaria Estadual de Saúde/MT, podendo ser de 30 ou 40 horas semanais.



O HRCAF conta com 110 leitos hospitalares ativos e 572 funcionários. O número de leitos está distribuído por especialidade: possui 29 leitos na clínica ortopédica, 22 na Clínica Cirúrgica, 23 na Pediatria clínica e cirúrgica, 09 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 08 na Obstetrícia, 06 na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 4 na clínica geral e 09 leitos no setor de trauma e emergência, segundo dados da diretoria do HRCAF.

O Hospital Regional de Cáceres conta com novas estruturas físicas e também serviços abrangentes de Média e Alta Complexidade capazes de prestar atendimento às populações de sua respectiva região. Com isso, os cidadãos do interior passaram a contar com serviços antes inexistentes, como internações em UTIs, serviços de cardiologia, neurologia, pediatria, urologia, ortopedia, serviços de imagens de alta tecnologia, implementação das clínicas médicas e cirúrgicas, assistência hospitalar à gestante de alto risco, implantação de UTI neonatal, entre outras especialidades <sup>(160)</sup>.

O hospital presta aos usuários do Sistema Único de Saúde da região oeste, serviços de assistência em saúde nas áreas de trauma e emergência, gestação de alto risco, cirurgias ortopédicas de média complexidade, cirurgia geral, clínica pediátrica, exames de análises clínicas, raios-X, tomografia computadorizada, ultrassonografia venosa e arterial com Doppler, colonoscopia, fonoaudiologia, fisioterapia, odontologia e nutrição clínica <sup>(163)</sup>.

As gestantes de alto risco são atendidas durante o pré natal nas unidades básicas de saúde, com acompanhamento periódico em ambulatórios especializados e o parto deverá ser realizado em unidade terciária de atenção, com acesso garantido e próximo tanto a UTI adulto quanto a garantia de vaga em UTI neonatal <sup>(160)</sup>.

A Unidade de Terapia Intensiva obstétrica é caracterizada como uma unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua que admite mulheres com alterações no ciclo grávido puerperal <sup>(166)</sup>, e esta, no Hospital Regional de Cáceres esta ativamente recebendo estas pacientes.

Na UTI obstétrica são observados inúmeros benefícios como o reconhecimento e tratamento precoce das complicações, em decorrência da observação intensa, monitorização intensiva, melhora na continuidade da assistência tanto antes como depois do parto. As gestantes com condições clínicas graves podem ser conduzida em uma UTI obstétrica, para garantir o tratamento

adequado, contribuindo para redução da morbimortalidade <sup>(167)</sup>.

Já a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal consiste em uma unidade que concentra os principais recursos, humanos e materiais necessários para dar suporte às funções vitais do recém-nascido, permitindo a sobrevivência <sup>(168)</sup>.

O Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes esta estruturado para receber gestantes de alto risco de todos os municípios da regional de saúde, e vem buscando a cada dia melhor a assistência a estas pacientes.

### 3.3 AMOSTRA DA PESQUISA

Foram levantados todos os prontuários de gestantes que apresentavam condições definidoras de morbidade materna a partir dos diagnósticos clínicos, internadas na unidade de obstetrícia de alto risco do HRCAF no município de Cáceres – MT, no período de 7 (sete) meses, compreendido entre 01 de dezembro de 2009 a 30 de junho de 2010, período este suficiente para levantar uma amostragem aleatória de gestantes. Trata-se de uma amostragem aleatória simples a princípio, pois todas as gestantes internadas neste período com registro de Gestação de Alto Risco estariam passíveis de serem estudadas, porém como o recorte desta pesquisa era gestante de alto risco que tiveram sua gravidez interrompida dado às condições de morbidades, a amostragem aleatória por conglomerado foi acrescida para o recorte do universo da pesquisa.

### 3.4 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

O universo do estudo foi composto por gestantes de alto risco que tiveram sua gestação interrompida devido à morbidade gestacional atual, internadas na unidade de obstetrícia de alto risco do HRCAF no município de Cáceres -MT.

Das 278 gestantes internadas nestes setes meses de pesquisa, no serviço de Gestação de Alto Risco; 116 (41,72%) delas apresentaram alguma intercorrência na gestação e, apesar de terem sido encaminhadas para a referência de alto risco, necessitaram apenas de tratamento clínico obstétrico para logo receberem alta com

orientações de acompanhamento do pré-natal na unidade básica de saúde de origem.

Outras 03 (1,08%) dessas pacientes tiveram que ser encaminhadas para outro hospital de referencia em razão de não ter vaga para internação na UTI neonatal do HRCAF. Para a análise final foram considerados 159 prontuários (57,20%), que preencheram os critérios de inclusão.

### 3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram analisados os prontuários de todas as mulheres que tiveram interrupção da gestação por complicações relacionadas à morbidade da gestação, internadas no HRCAF no período analisado, independente da origem dos municípios de residência dessas gestantes.

### 3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Excluíram-se os prontuários das gestantes internadas sem complicações na gravidez; àquelas que foram transferidas para outro hospital e aquelas que tiveram apenas tratamento clínico - obstétrico, com alta posterior.

### 3.7 COLETA DE DADOS

Pesquisou-se, no sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a distribuição das internações por gravidez, parto e puerpério na Regional de Saúde de Cáceres/MT, de acordo com os municípios de residência. Essas internações correspondem ao capítulo XV da 10ª Classificação Internacional de Doenças - CID 10, códigos O00 a O99 <sup>(87)</sup>. A população de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos de cada município foi obtida a partir do IBGE <sup>(85)</sup>.

Logo em seguida, foi realizado levantamento nos prontuários clínicos junto ao Serviço de Prontuário do Usuário (SPU) do Hospital Regional de Cáceres Dr.

Antonio Fontes, no período de 7 meses. Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, durante a internação ou após a alta hospitalar uma vez por semana (toda sexta – feira pela manhã). Quando a coleta foi durante a internação não houve contato direto ou entrevista com as mulheres. Aos dados retirados dos prontuários acrescentaram-se os dados dos livros de registro da unidade de internação do setor de obstetrícia e de UTI neonatal.

Para a transferência dos dados coletados foi elaborada uma ficha clínica chamada ficha de tocoginecologia (Apêndice 1), com base nas orientações da Febrasgo <sup>(61)</sup>, que serviu como roteiro no intuito de obter informações mais precisas sobre o perfil sócio demográfico, características clínicas e a prevalência das gestantes de alto risco.

### 3.8 VARIÁVEIS DE ESTUDO

#### **3.8.1 Dados sócio-demográficos**

A idade foi coletada como variável contínua e categorizada durante a análise em  $\leq 15$  anos, 16 a 34 anos e  $\geq 35$  anos de acordo com o Ministério da Saúde <sup>(2)</sup>.

Considerou-se o estado civil como solteira, casada/união estável ou outros quando a situação era indefinida de acordo com a gestante.

Em relação à escolaridade, se a gestante não era alfabetizada foi classificada como nenhuma, ensino fundamental se havia estudado até a 8<sup>a</sup> ou 9<sup>a</sup> série, ensino médio se estudou até a o 3<sup>o</sup> ano e ensino superior se graduada.

A variável cor/raça foi auto-referida pela gestante em branca, negra, parda, indígena ou asiática.

#### **3.8.2 Antecedentes obstétricos**

Foi questionado se a gestante apresentou, na gestação anterior, doença relacionada à gestação. Quanto ao número de gestações, foram classificadas em

primigesta (primeira gestação), secundigesta (segunda gestação), tercigesta (terceira gestação) ou múltipara (mais de três gestações). A via de parto na gravidez anterior foi categorizada em cesariano e vaginal.

### **3.8.3 Gestação atual**

Em relação às condições do pré-natal, foi identificado o número de consultas (< 6 ou ≥ 6) e o uso de vacina antitetânica até a 3ª dose ou dose de reforço naquelas que tiveram a última gravidez em menos de 5 anos.

Foi registrado, na variável 'sinais e sintomas apresentados na gestação atual' qualquer queixa que a gestante fez referencia que tenha ocorrido durante o processo gravídico.

O peso materno em quilos referido pela gestante tanto no início da gravidez quanto à internação foi utilizado para calcular o ganho de peso ao longo da gravidez e o índice de massa corpórea.

A estatura materna em metros referida pela gestante foi registrada como variável contínua e utilizada para calcular o índice de massa corpórea. Foram utilizados o peso e a estatura auto-referidos pela gestante em razão desse ser um procedimento confiável e válido segundo Peixoto <sup>(88)</sup> para a análise da antropometria em adultos.

A via de parto na gravidez atual foi categorizada em cesariano e vaginal.

Registrou-se ainda o diagnóstico clínico atual, avaliado pelo obstetra assistente por critérios clínico - laboratoriais na internação e anotado no prontuário.

## **3.9 ANÁLISE**

Consta de uma análise descritiva que possibilita o familiarizar-se com os dados; organizá-los e sistematizá-los de forma a obter as informações necessárias do conjunto de dados para responder as questões que estão sendo investigadas <sup>(189)</sup>.

As informações constantes da Ficha Clínica de Tocoginecologia foram digitadas e processadas em planilha Excel®, sendo analisadas por meio do software SPSS® (Statistic Package for the Social Sciences, Chicago, IL, USA) versão 15 para

Windows®.

A partir dos dados sobre as internações por gravidez, parto e puerpério (Capítulo XV) registradas no sistema único de saúde no período do estudo e o número de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos (idade fértil) calculou-se a taxa de internações por gravidez, parto e puerpério por 1.000 mulheres nessa faixa etária (número de internações dividido pela população feminina na faixa etária multiplicado por 1.000).

Os dados de internações do Capítulo XV foram utilizados também para calcular as gestações de alto risco esperadas, considerando-se o valor esperado de 15% (valor médio entre 10 e 20%) de gestação de alto risco entre as gestações no período <sup>(37)</sup>.

A partir do peso referido pelas gestantes na primeira consulta (peso prévio) e na data da internação, calculou-se o índice de massa corpórea (IMC) por meio da fórmula 'peso corporal em quilos dividido pela estatura em metros ao quadrado' ( $IMC = \text{peso}/E^2$ ).

Classificou-se o IMC em baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade de acordo com a idade gestacional como proposto originalmente por Atalah <sup>(89)</sup> e adotado pelo Ministério da Saúde no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) <sup>(71)</sup>.

O ganho de peso na gestação foi considerado como a diferença entre o peso prévio e o peso referido na admissão hospitalar.

O peso do RN foi categorizado em < 2.500 gramas, 2.500 a 4.000 gramas e > 4.000 gramas. A mensuração do peso é um procedimento mediato de atenção realizado pela equipe de enfermagem ainda na sala de parto/sala de cuidados do recém nascido em balança pediátrica eletrônica com capacidade para 15 quilos.

Entretanto, quando o bebê nasce em condições clínicas graves, o atendimento de emergência é prestado e logo o recém nascido é encaminhado para a UTI neonatal e nesse caso os registros do peso serão realizados no prontuário do RN pela equipe da UTI.

Considerando o número de consultas de pré natal como inadequado (< 6) ou adequado ( $\geq 6$ ), realizou-se análise bivariada, com o intuito de estabelecer relações entre as variáveis: idade materna, escolaridade, situação conjugal e município de residência (município sede da regional de saúde, demais municípios da regional e municípios de fora da regional), com vistas a observar se a distribuição entre elas

são estatisticamente significantes.

Foi realizada análise bivariada considerando a evolução dos recém nascidos (favorável ou desfavorável), estabelecendo relações entre as variáveis: sócio-demográficas das gestantes, história reprodutiva e município de residência como categorizado acima; visando confirmar se os dados confirmam ou não a idéia de ser uma condicionante na evolução do recém nascido.

Considerou-se evolução desfavorável do recém nascido aquelas que culminaram em óbitos ou internações em Unidades de Terapia Intensiva neonatal (UTI neo) e favorável aquelas que permaneceram no alojamento conjunto.

Utilizou-se o teste do qui quadrado ( $\chi^2$ ): teste este que mede a dispersão para duas variáveis com vistas a registrar as divergências entre as freqüências, ao nível de significância de 5%.

### 3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral da Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá-MT – atendendo o disposto da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa, obtendo a aprovação sob o parecer nº 177 CEP/UNIC/2009 (Anexo 1). De acordo com as normas estabelecidas para o desenvolvimento de pesquisa, o projeto foi encaminhado para conhecimento e autorização da Direção do Hospital Regional, obtendo permissão por escrito em 31 de julho de 2009 (Anexo 2).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este Capítulo apresenta os resultados e suas respectivas discussões, quanto aos dados levantados em prontuários de 159 (cento e cinquenta e nove) gestantes de alto risco, internadas no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes; organizados em consonância com as variáveis e objetivos do estudo.

### 4.1 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: TAXA DE INTERNAÇÃO

A Tabela 1 abaixo apresenta valores correspondentes às taxas de internação das gestantes de alto risco, ou seja, apresenta a proporção de usuárias do SUS que foram internadas com incidência em gestação de alto risco, observe:

**Tabela 1** – Distribuição dos municípios de residência das gestantes na regional de Cáceres/MT segundo a classificação, as internações por gravidez, parto e puerpério, a taxa de internações (por 1.000 mulheres em idade fértil), as gestações de alto risco encaminhadas e internadas no hospital de referencia (HRCAF) no período de 01/12/2009 a 30/06/2010.

Local de Origem	Municípios	Internações Gravidez, parto e puerpério	Taxa de internações gravidez, parto e puerpério por município	Internações Gestações de alto risco	Taxa internações Gestações de alto risco
<b>Sede</b>					
	Cáceres	949	34,50	92	57,86
<b>Outros na Regional</b>					
	Araputanga	75	13,87	4	
	Porto Esp.	68	22,70	3	
	Mirassol	42	5,00	7	
	São José	37	5,98	8	
	Lambari	42	25,80	5	
	Rio Branco	41	24,48	4	25,15
	Curvelândia	29	20,68	3	
	Salto do Céu	24	22,75	6	
	Glória	5	5,41	0	
	Indiavaí	13	15,46	0	
	Reserva	13	16,39	0	
	Outros Fora da Regional	-	-	20	12,58
	Sem informação	-	-	07	4,40
<b>Total na Regional</b>		<b>1.338</b>	<b>-</b>	<b>159</b>	<b>100</b>

Fonte: Rodrigues ET, 2010 (org.). DATASUS, 2010.



Dentre as 159 internações verificadas no serviço de gestação de alto risco do HRCAF, 92 (57,86%) foram pacientes encaminhadas do município de Cáceres – sede da Regional, 40 (25,15%) de outros municípios da Regional, 20 (12,58%) eram provenientes de municípios de fora da Regional de Saúde de Cáceres ou da Bolívia e 07 (4,40%) não apresentavam informações sobre a procedência.

Observou-se que alguns municípios, como Cáceres, Araputanga, Porto Espiridião, Indiavaí e Reserva do Cabaçal encaminharam à unidade de alto risco do HRCAF uma frequência menor de gestações de alto risco no período. Os municípios de São José dos Quatro Marcos e Salto do Céu, por outro lado, encaminharam um número maior de gestantes que o esperado.

Mais da metade das gestações de alto risco admitidas no HRCAF são provenientes de Cáceres, o que é esperado, uma vez que esse município concentra 46,7% da população feminina em idade fértil da Regional <sup>(9)</sup>.

Entre as pacientes atendidas, aproximadamente um décimo vieram encaminhadas de outros municípios de fora da Regional de Saúde tais como da Regional de Pontes e Lacerda e do país vizinho, Bolívia.

A acessibilidade, entendida como um grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e a população no processo da busca e obtenção de assistência à saúde, permite identificar fatores que obstaculizam o cuidado, nas dimensões organizacionais, econômicas, geográfica e sociocultural. O fato de o serviço ser acessível é condição básica para que qualquer política pública possa responder às necessidades sociais e gerar impacto positivo <sup>(67)</sup>, e, isto o Hospital Regional vem cumprindo, ao atender todas as gestantes com indicativos de risco gravídico que ali chegam.

A taxa de internação por gravidez, parto e puerpério no Brasil no mesmo período correspondente ao do estudo (01 de dezembro de 2009 a 31 de junho de 2010) foi de 22,7 a cada 1.000 mulheres de 10 a 49 anos, similar às taxas da região centro-oeste e do estado de Mato Grosso, que foram respectivamente 21,9 e 22,9% <sup>(9)</sup>.

Já a taxa de internações por gravidez, parto e puerpério nos municípios da Regional variou de 42 (5,0%) gestantes para cada mil mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos em Mirassol D Oeste a 949 (34,5%) em Cáceres. Ainda que tenha sido observada essa ampla variação, em média as taxas são similares às aquelas observadas para o Brasil, a região Centro Oeste e o estado de Mato Grosso <sup>(9)</sup>.

Em linhas gerais se observou que quanto à taxa de internação de gestantes de alto risco a grande maioria representa a população de Cáceres, isto explica pela realidade geográfica, pois o Hospital Regional se encontra localizado no município, facilitando o acesso dessas gestantes. Fator este ampliado pela possibilidade de exames diagnósticos realizados no próprio hospital o que possibilita aos profissionais ampliarem suas avaliações quanto ao estado de saúde de cada gestante acompanhada.

## 4.2 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: CARACTERÍSTICAS DAS GESTANTES

O Item 4.2 deste estudo demonstra a partir dos resultados obtidos, informações que permitiram traçar o perfil das gestantes estudadas, quanto a sua condição sócio demográfica, quanto aos antecedentes obstétricos e gestação atual.

### 4.2.1 Gestação de Alto Risco: Dados Sócio-Demográficos

A importância de conhecer o perfil sócio demográfico e econômico permite distinguir a vulnerabilidade da clientela relacionada com a patologia e atua no aperfeiçoamento, da qualidade da assistência assim intervindo de maneira mais precisa.

Ainda que novos arranjos familiares estejam em formação, a proporção de mulheres solteiras com gestações de alto risco é um fator importante a ser levado em consideração, pois pode carregar consigo conseqüências negativas tais como a dificuldade de aceitação da criança, de realizar o pré natal e realizar o auto-cuidado (49).

A Tabela 2 apresenta resultados quanto às variáveis sóciodemográficas: situação conjugal, escolaridade, faixa etária, tipo de gestação, número consulta de pré-natal na gestação atual, vacina antitetânica, estado nutricional e tipo de parto, o que nos permitiu obter um primeiro reconhecimento da amostra pesquisada.

**Tabela 2** - Distribuição dos dados de gestantes atendidas no HRCAF de acordo com variáveis sócio-demográficas e gestacionais, 01/12/2009 a 30/06/2010, Cáceres/MT

Variável	N	%
<b>Situação Conjugal</b>		
Casada/União Estável	94	59,10
Solteira	62	39,00
Outros	3	1,90
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	61	38,40
Ensino Médio	89	56,00
Ensino Superior	9	5,60
<b>Faixa etária</b>		
≤ 15 anos	8	5,00
16 – 34 anos	142	89,30
≥ 35 anos	9	5,70
<b>Tipo gestação</b>		
Primigesta	80	50,30
Secundigesta	44	27,70
Tercigesta	22	13,80
Múltipara	13	8,20
<b>Número de consultas de pré-natal</b>		
< 6 consultas	68	42,80
≥ 6 consultas	83	52,20
Não realizou	07	4,40
Sem informação	01	0,60
<b>Vacinada contra tétano</b>		
Sim	144	91,72
Não	13	8,28
<b>Estado nutricional*</b>		
Baixo peso	28	18,80
Peso adequado	63	42,29
Sobrepeso	41	27,50
Obesidade	17	11,41
<b>Tipo de parto</b>		
Cesáreo	105	66,00
Vaginal	54	34,00
TOTAL	159	100,00

\* Excluídos aqueles sem informação (10)

**Fonte:** Rodrigues ET, 2010 (org.). Prontuários de gestantes de alto risco internadas no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes, no período de 01.12.2009 a 30.06.2010.

No que se refere à **situação conjugal** na Tabela 2, pode-se verificar que 94 (59,10%) das gestantes são casadas ou mantém união estável e 62 (39%) são solteiras.

Resultados estes que vão de encontro a outros estudos, como o de Gouveia<sup>(3)</sup> onde verificou na sua amostra quanto à situação conjugal; adolescentes: 8 (66,7%), moravam com seus parceiros e 4 (33,3%) não, demais gestantes: 50 (84,7%) moravam com seu parceiro, 7 (11,9%) não moravam e 2 (3,4%) não tinham parceiro.

Já em outro estudo observou o estado civil das gestantes, 99 (37,5%) eram

solteiras, 57 (21,6%) eram amasiadas, 89 (33,7%) eram casadas, 14 (5,3%) separadas e 5 (1,9%) eram gestantes viúvas <sup>(107)</sup>.

Quanto à **escolaridade**, 61 (38,40%) cursaram o ensino fundamental, 89 (56%) o ensino médio e 9 (5,6%) o nível superior. O que se compara a outro estudo com resultado compreendendo que 2 (2,8%) tinha curso superior completo e 5 (7%) incompleto; 18 (25,4%) tinham ensino médio completo e 26 (36,6%), incompleto e 2 (2,8) eram analfabetas <sup>(3)</sup>.

Outras pesquisas demonstram que 5 (1,8%) tinham curso superior completo e 2 (0,7%) incompleto; 47 (17,8%) tinham ensino médio completo e 63 (24,2%) incompleto; 30 (11,3%) tinham ensino fundamental completo e 90 (34%) incompleto e 4 (1,5%) eram analfabetas, sendo que em 23 (8,7%) dos prontuários, não constavam informações quanto ao grau de escolaridade <sup>(107)</sup>; o que difere de nossa pesquisa.

Em relação à **faixa etária**, observa-se que 8 (5%) são adolescentes com idade menor ou igual há 15 anos, 142 (89,30%) tem idade entre 16 a 34 anos e 9 (5,7%) tem 35 anos ou mais.

Buzzo <sup>(107)</sup> observou à faixa etária, 32 (12,1%) das gestantes de alto risco eram menores de 15 anos e 36 (13,6%) eram maiores de 40 anos.

A primeira gestação de uma jovem ou adolescente, bem como a que ocorre em idade avançadas (gravidez nos extremos do período reprodutivos), são fatores de risco gestacional <sup>(116)</sup>.

No estudo de Gouveia <sup>(3)</sup> com 71 gestantes de risco que representavam 50% do total de gestantes internadas no período. Quanto à faixa etária, cerca de 50% das gestantes eram jovens, 12 (16,9%) adolescentes, na faixa dos 15 aos 19 anos e 24 (33,8%) adultas jovens entre 20 e 24 anos. A menor idade foi 15 anos e há maior 40 anos.

Apesar da gravidez na adolescência ser classificada como gestação de alto risco <sup>(2, 90)</sup>, no estudo de Goldenberg <sup>(159)</sup> a proporção de gestações na adolescência foi bem abaixo dos valores encontrados, isso pode ser explicado a partir da conduta profissional onde considera essa situação como de risco se houvesse uma morbidade associada que fortalecesse a necessidade desse encaminhamento.

A gestação na adolescência, para Chen <sup>(90)</sup>, foi associada com baixo peso ao nascer, recém nascido pré termo e mortalidade neonatal, independente dos fatores de confusão analisados tais como condições socioeconômicas. O estudo de Chen e

colaboradores envolveu 3.886.364 mulheres gestantes menores de 25 anos de idade entre 1995 e 2000, de forma retrospectiva, nos Estados Unidos.

Quanto ao **tipo de gestação** tem-se que 80 (50%) das gestantes são primigestas, 44 (27,7%) secundigestas, 22 (13,8%) tercigestas e 13 (8,2%) múltiparas.

Bezerra <sup>(116)</sup> refere que são fatores de risco para partos prematuros o fato de a gestante estar na primeira gravidez e a realização de consultas de pré natal em número menor que 7 consultas.

No que se refere a **número de consulta de pré-natal**, nesse estudo, ainda que mais da metade das gestantes tenham realizado 06 consultas ou mais de pré-natal 83 (52%), há uma proporção de 68 (42,8%) que realizaram menos que 6 consultas, configurando maior risco de partos prematuros como refere Bezerra <sup>(116)</sup>.

A proporção de consultas de pré natal maior ou igual a 06 consultas, como recomendado pelo Ministério da Saúde foi similar à registrada no sítio do DATASUS para as gestantes da Regional de Cáceres independente da classificação do risco gestacional. Nessa Regional, a proporção de mulheres com pré natal adequado em 2009 foi em média de 53%, com variação de 39% em Cáceres a 92% em Reserva do Cabaçal <sup>(9)</sup>.

Buzzo <sup>(107)</sup>, 2007 no seu estudo identificou o número de consulta de pré-natal das gestantes pesquisadas verificou que 206 (78%) realizaram corretamente e 42 (16%) não realizaram corretamente, conforme o Ministério da Saúde, sendo que em 16 (6%) dos prontuários, não constavam informações quanto à realização do pré-natal

Apesar da alta cobertura, confirma-se achados anteriores descrevendo a desigualdade dos cuidados à gestante. As mães com melhores condições sócio-econômicas são as que mais consultam durante a gestação. Em estudo brasileiro se verificou que mães com menor renda, a proporção de pré- natal inadequado foi de 16% enquanto que esta proporção foi menor que 1% naquelas mães de renda familiar superior a dez salários mínimos mensais <sup>(178)</sup>.

Controlados esses dados em função da freqüência ao pré-natal, as razões de prevalência indicaram variações significativas da chance de ocorrência desses desfechos nas faixas etárias consideradas, evidenciando que a freqüência adequada ao pré-natal, sem dúvida, confere proteção à ocorrência de complicações da gravidez, em geral, e na adolescência, em particular. Porém, a adequada freqüência

a esse serviço não seria suficiente para garantir a ausência dessas complicações na gravidez precoce <sup>(156)</sup>.

As considerações em torno do caráter protetor da frequência adequada ao pré-natal, nos levam a observar os indicativos da exposição “intrínseca” da idade às complicações relativas aos desfechos considerados, e a confirmar a concentração da presença de prematuridade e baixo peso ao nascer nas gestantes com idades mais jovens e, em particular, na adolescência precoce <sup>(156)</sup>.

Uma precariedade na atenção à saúde (número de consultas, data da consultas) é refletida em altas porcentagens de inadequação da referência para instâncias de atenção de maior complexidade <sup>(83)</sup>.

Sabe-se que o início tardio e a realização de menor número de consultas de pré-natal, além de dificultar o diagnóstico e o tratamento precoce, comprometem um dos principais trabalhos desenvolvidos durante o pré-natal que é a promoção da saúde <sup>(63)</sup>.

O aumento da cobertura da realização do pré-natal poderia proporcionar resultados imediatos para a redução da prevalência de baixo peso/ou pré-termo. Um pré-natal adequado muitas vezes permite o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações na gestação <sup>(66)</sup>.

Todas as gestantes deveriam ser **vacinadas contra tétano**, de forma a prover imunidade para prevenção do tétano neonatal. Neste estudo observou-se uma proporção de 144 (91,7%) de gestantes vacinadas contra tétano considerando a dose imunizante, o que deixa uma parcela da população vulnerável, especialmente em razão das práticas de cuidados com o coto umbilical ainda vigente em algumas culturas <sup>(33)</sup>.

Halpern <sup>(178)</sup> em relação à vacina antitetânica, 34% das gestantes não receberam nenhuma dose da vacina, e em cerca de 50% a imunização estava inadequada. Verificou que as mulheres com maior risco, receberam a pior atenção, principalmente no que se refere a exame ginecológico e orientação pra amamentação, verificação do peso, medição da altura uterina e aferição da pressão arterial procedimentos que foram realizados em todas as gestantes.

Os procedimentos menos referidos pelas gestantes durante a consulta de pré-natal foram o uso de vitaminas e suplementação de ferro, exames dos seios e orientação sobre amamentação <sup>(178)</sup>.

A utilização dos critérios de risco gestacional permite verificar de que forma os

serviços são utilizados, e demonstram, com clareza que as pessoas mais necessitadas são exatamente que iniciam o pré-natal mais tardiamente, têm o menor número de consultas, e recebem seletivamente, menor atenção em procedimentos prioritários durante a gestação, como avaliação e orientação ao aleitamento materno (178).

Percebeu que a maioria que está comparecendo para receber assistência, porém é preciso haver uma conscientização com relação à rotina das consultas, pois são necessárias, no mínimo, de seis consultas para garantir uma gestação saudável e um parto seguro para mãe e filho (66).

Em relação ao **estado nutricional**, 63 (42,29%) das gestantes apresentavam peso adequado para a idade gestacional, entretanto 28 (18,80%) estavam com baixo peso e 41 (27,50%) apresentavam sobrepeso ou obesidade. Esses dados são similares aos observados por Melo (111), com exceção da menor proporção de baixo peso observada no estudo desses autores (9,9%).

O sobrepeso ou a obesidade aumentam o risco de resultados adversos tanto para a mulher quanto para o feto/recém nascido (78). Os riscos para a mulher incluem a hipertensão, diabetes gestacional, internação maior que 5 dias e parto via cesariana. Para os recém nascidos são a hipoglicemia, defeitos ao nascimento, admissão em unidades de cuidados intensivos, parto prematuro e icterícia (79).

Quanto ao **tipo de parto** 105 (66%) deles foram realizados via cesariana e 54 (34%) via vaginal. Segundo dados do Ministério da Saúde (94), das Autorizações de Internações hospitalares (AIH) pagas em 2009 no país classificadas como gestações de alto risco, 41,4% (49) foram partos realizados por via normal/vaginal e 58,6% (70) por via cesariana. Entretanto, apesar dessa aparente diferença numérica entre o Brasil e os dados observados neste estudo, estatisticamente essa diferença apresentou significância estatística para todas as frequências ( $\chi^2 = 3,64$ ;  $p = 0,056$ ).

Estudo de Melo (111) com gestantes com diagnóstico de pré eclampsia grave também apontou alta taxa de partos via cesariana (79%). Cabral (119) identificou que as chances de partos cesarianos foram maiores na gemelaridade, síndrome hipertensiva, primiparidade, mulheres com idade superior a 34 anos e na presença de ruptura das membranas amnióticas. Todas essas condições clínicas foram detectadas nas gestantes internadas no HRCAF.

Segundo Barros (181) as taxas de cesarianas aumentaram de 28% em 1982 para 43% em 2004, na contramão da proposta do Ministério da Saúde de redução

das taxas de cesariana. No entanto, em gestantes de alto risco, especialmente naquelas com pré eclampsia grave em que a interrupção da gestação é muitas vezes mandatória para salvaguardar a integridade materno-fetal, essas altas taxas parecem ser esperadas.

Gouveia <sup>(3)</sup> o grupo das gestantes como todo teve 75 partos e, desses, 45 partos (60%) tinha sido por via vaginal (42 normais e três fórceps) e 30 (40%), cesarianas.

A cesariana representa, quando adequadamente indicada, grande aquisição da obstetrícia porque proporciona redução da anoxia e trauma obstétrico, conduzindo à acentuada diminuição da mortalidade fetal e materna. A indicação de parto cesariano é valiosa quando esta é realizada com a finalidade de salvar vidas e prevenir seqüelas neonatais anteriormente comuns, provocadas principalmente por partos vaginais distócicos <sup>(66)</sup>.

Com relação ao tipo de parto, o estudo evidenciou menor freqüência de cesárea entre as mais jovens. Afastado o caráter epidêmico de sua ocorrência, que pressupunha indicações injustificadas, os níveis superiores de sua ocorrência por referência ao de outros países sinalizariam para a necessidade de realização de estudos no sentido de qualificar a procedência de sua utilização. Consubstanciando as suspeitas de maior freqüência destas implicações da gravidez na adolescência, tanto a prematuridade como o baixo peso do recém-nascido variaram segundo a idade, sendo mais freqüentes entre as adolescentes <sup>(177)</sup>.

A utilização do partograma observada nos serviços ainda não foi universal, nem realizada de forma recomendada para a melhoria efetiva dos resultados maternos e perinatais, compreendendo assim o acompanhamento do trabalho de parto. Este instrumento possibilita que as estratégias de redução de cesarianas, a condução ativa de distócias aguardar pelo menos duas ou mais horas de contrações uterinas eficazes e regulares antes da indicação de cesárea seja feita adequada <sup>(100)</sup>.

Ainda que fatores políticos, econômicos, sociais e culturais possam ser também determinantes da qualidade em saúde, especialmente da saúde das mulheres, não existem mais dúvidas de que os profissionais da área muito podem fazer tecnicamente para melhorar a qualidade - de saúde e de vida - dessas mulheres. <sup>(183)</sup>.

A gestante atendida no serviço público geralmente é aquela que não pode pagar pelo serviço profissional, costuma ter menor poder aquisitivo e maior



dificuldade para chegar aos serviços de saúde. Tanto por residirem em locais afastados como por falta de orientação sobre a importância do acompanhamento pré-natal<sup>(179)</sup>.

A passagem da criança pelo canal de parto tem uma função importante. Seu estreitamento ajuda o bebê no processo de instalação da respiração pulmonar. A cesariana, entretanto, é a melhor opção nos partos em que o sofrimento fetal põe em risco a vida da criança ou quando existem problemas obstétricos, tais como a desproporção cefalopélvica<sup>(66)</sup>.

A população feminina estudada reflete na maioria em mulheres casada ou com união estável 94 (59,10%), com nível de escolar médio 89 (56%), na faixa etária entre 16 a 34 anos 142 (89,30%), primigestas 80 (50,3%), tendo realizado seis ou mais consultas de pré-natal 83 (52,20%), com vacina antitetânica em dia 144 (91,72%) e peso adequado á idade gestacional 63 (42,29%), tendo realizado parto cesáreo 105 (66%). Caracterizando mães conscientes que buscam acompanhamento médico durante a gestação com idade para fase gestacional, mas dentre todas condicionantes as mesmas apresentaram fatores adversos aos sócios demográficos para a evolução da gestação de alto risco.

#### **4.2.3 Gestação de Alto Risco: Antecedentes Obstétricos**

Este subitem apresenta a relação gestação de alto risco com antecedentes obstétricos, sendo este último de grande importância, pois o histórico progresso no processo saúde/doença materna oportuniza um reconhecimento quanto as doenças obstétrico anteriores, as intercorrências clínicas, dentre outras informações necessárias para o controle da gestação atual.

Os antecedentes obstétricos são variáveis de suma importância para o controle da gestação de alto risco, e estes devem ser realizados na anamnese realizada pelo profissional médico na primeira consulta do pré-natal. Na Tabela 3 encontramos alguns antecedentes que foram avaliados quanto a sua relação à gestação de alto risco. O acesso oportuno a um conjunto de intervenções obstétricas e neonatais adequadas poderá reduzir a incidência de alguns agravos e uma maior sobrevivência de recém-nascidos de riscos prematuros<sup>(66)</sup>.

**Tabela 3** – Distribuição dos antecedentes obstétricos e patológicos entre as pacientes de alto risco internadas no HRCAF no período de 01/12/2009 a 30/06/2010. Cáceres – MT

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	N	%
<b>Tipo gestação</b>		
Primigesta	80	50,30
Secundigesta	44	27,70
Tercigesta	22	13,80
Multipara	13	8,20
<b>Antecedentes Patológicos</b>		
Nega antecedentes	78	49,37
Hipertensão arterial	60	37,97
Trabalho de parto prematuro	13	8,23
Vírus da imunodeficiência humana	02	1,27
Infecção do trato urinário	02	1,27
Outros	03	1,90

**Fonte:** Rodrigues ET, 2010 (org.). Prontuários de gestantes de alto risco internadas no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes, no período de 01.12.2009 a 30.06.2010.

Metade das gestantes atendidas negou antecedentes patológicos 78 (49,4%). A hipertensão arterial foi à principal condição referida como antecedente 60 (37,9%), seguida do trabalho de parto prematuro, com 13 (8,2%) dos casos.

Gouveia <sup>(3)</sup> em relação à história pregressa, o número de gestações, 25 (35,2%) estavam grávidas pela primeira vez e 46 (64,8%) eram multigestas. Dentre as gestantes adolescentes, 9 (75%) eram primigestas e 3 (25%) eram multigestas, sendo que duas se encontravam em sua segunda gestação e uma, com 19 anos, na quarta gestação.

Soares <sup>(184)</sup> evidenciou o perfil com maior proporção de óbitos entres as primigestas, 22 (39,3%), seguidas de Multigestas ( $\geq 4$ ) com 15 (26,8%). Dentre as complicações apresentadas nas gestações anteriores, à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a pré-eclâmpsia/eclâmpsia e as hemorragias foram mais freqüentes

Franceschini <sup>(185)</sup> analisou os fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestante de baixa renda verificou com relação à paridade, 37,7% e 62,3% das gestantes eram primíparas e múltíparas.

Silva <sup>(186)</sup> demonstra a partir do estudo com 16 mulheres que 12 já tinham tido sífilis em outra gestação, das quais 09 transmitiram sífilis congênita em todas as gestações, que variaram de 2 a 8 filhos. Reconhecer a história de vida de cada gestante foi constatado que não foi só o não comparecimento às consultas de pré-natal que as levou à transmissão vertical, mas sim a falta do cumprimento das agendas pelos profissionais de saúde, a violência institucional sofrida e a não

prescrição da penicilina benzatina <sup>(186)</sup>.

A presença dos antecedentes ginecológicos e obstétricos na ficha da gestante permite principalmente o mapeamento de riscos aos quais a sua gravidez pode estar exposta e a possibilidade de melhorar as orientações e encaminhamentos em cada momento da gestação <sup>(187)</sup>.

O registro dos antecedentes de morbidade familiares e pessoais das gestantes é fundamental para o acompanhamento e a tomada de decisões sobre ações e procedimentos preventivos e terapêuticos em relação a doenças crônicas, doenças infecto-contagiosas e mesmo anomalias e malformações genética <sup>(34)</sup>.

Quanto aos partos e abortos anteriores, os resultados de Gouveia apontam que 28 gestantes (60,9%) tinham partos anteriores e nenhum aborto, 12 (26,1%) tinham parto e pelo menos um aborto anterior, 28 gestantes (60,9%) tinham partos anteriores e nenhum aborto, 12 (26,1%) tinham parto e pelo menos um aborto e 6 (13%) tinha tido somente aborto <sup>(3)</sup>.

Apresenta-se o perfil das gestantes de alto risco atendida em uma maternidade de um hospital geral em Taubaté a prevalência das doenças de maior acometimento, com antecedentes obstétricos, a partir de 264 prontuários. A patologia de maior prevalência foi a DHEG com 70 (67%), Diabetes Gestacional 5 (6), HIV 1 (1%) e outros 27 (26%) foram outros tipos de doenças durante o período gestacional, como: infecção do trato urinário, cardiopatias, distúrbios psiquiátricos <sup>(107)</sup>.

Quanto aos **antecedentes obstétrico/patológicos**, dado a maioria das gestantes serem primigesta não se foi possível mensurar relação com outras gestações anteriores, tão pouco com histórico patológico, pois a maioria 78 (49,37) negou antecedente. Por outro lado registra-se um número significativo 60 (37,97%) com histórico de hipertensão arterial.

Ressalva-se que muitas jovens não tem o cuidado de buscar apoio profissional antes da maternidade para receber aconselhamento genético, orientações preventivas, realização de exames dentre outras condutas pré-gestacional.

Há de se lembrar que aquelas com histórico hipertensivo provavelmente, não realizavam controle devido durante a gestação. E as com histórico de parto prematuro careciam de cuidados específicos na segunda gestação, o que provavelmente não ocorreu. Não se tem como avaliar se os antecedentes

obstétricos foram fatores condicionantes para o diagnóstico atual.

#### 4.2.4 Gestão de Alto Risco: Gestão Atual

A melhoria da atenção profissional e institucional ao parto, independentemente das condições das mulheres, é capaz de reduzir significativamente a ocorrência de morbidade materna grave e de mortes maternas. Portanto, dessa responsabilidade não podem eximir-se os profissionais da saúde (183).

Além de um componente genérico de saúde geral e condições sociais das mulheres, acredita-se que o adequado atendimento a mulher durante a gestação e, principalmente, durante o parto, desempenha um papel fundamental na determinação de bons resultados de saúde neste momento (183). A Tabela 4 apresenta informações quanto às consultas de pré-natal na população estudada:

**Tabela 4** – Número de consultas de pré-natal de gestantes admitidas no HRCFAF de 01/12/2009 a 30/06/2010 segundo a idade materna, escolaridade, situação conjugal e município de residência. Cáceres, MT

Variáveis	Consulta de pré natal				Total	$\chi^2$	p-valor
	< 6		≥ 6				
	N	%	n	%			
<b>Idade materna</b>							
≤ 15 anos	6	75,00	2	25,00	8	2,77	0,096
16 – 34 anos	60	44,78	74	45,22	134		
≥ 35 anos	3	33,33	6	66,67	9	0,45	0,503
<b>Escolaridade</b>							
Ensino Fundamental	34	57,63	25	42,37	59	4,42	0,035
Ensino Médio	33	39,76	50	60,24	83		
Ensino Superior	2	22,22	7	77,78	9	3,93	0,047
<b>Situação Conjugal</b>							
Casada/União Estável	36	39,56	55	60,44	91	4,73	0,029
Solteira	33	57,89	24	42,11	57		
<b>Município*</b>							
Sede da Regional	38	44,19	48	55,81	86	0,03	0,857
Outros Regional	17	45,95	20	54,05	37		
Fora da Regional	10	52,63	9	47,37	19	0,45	0,503

\* Localização do município de residência.

**Fonte:** Rodrigues ET, 2010 (org.). Prontuários de gestantes de alto risco internadas no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes, no período de 01.12.2009 a 30.06.2010.

Quanto à **idade materna x consulta de pré-natal**. Como se observa na Tabela 4, gestantes com apenas o ensino fundamental fizeram menor proporção de

pré natal adequado ( $\geq 6$  consultas) que aquelas com ensino médio ( $p = 0,035$ ) e ensino superior ( $p = 0,047$ ). As gestantes solteiras também realizaram pré natal adequado em menor proporção que as casadas ou com união estável ( $p = 0,029$ ).

A idade materna não mostrou relação significativa com o número de consultas de pré natal, ainda que a proporção de adolescentes que fizeram seis consultas ou mais seja inferior à proporção de mulheres acima de 16 anos. Resultados diferentes dos observados por Goldenberg <sup>(156)</sup> em Montes Claros-MG que relatou uma diferença significativa na proporção de consultas de pré natal entre mulheres adultas e adolescentes, e primíparas. Pode ser que neste estudo o tamanho da população de 15 anos ou menos ( $< 6$  consultas,  $n = 6$ ;  $\geq 6$  consultas  $n = 2$ ) interfira no  $p$ -valor observado ( $p = 0,096$ ).

No estudo de Assis <sup>(175)</sup> o fator de risco idade acima de 30 anos demonstrou um fator de risco para a HCSPE, independente dos fatores obesidade e pré-eclampsia prévia. Atualmente observa-se o número de mulheres que engravidam após os 30 anos de idade, o que eleva a probabilidade de serem portadora de Hipertensão Arterial Crônica (HAC) ou desenvolverem Hipertensão Arterial Crônica Superajuntada à Pré-Eclampsia (HCSPE) durante a gestação <sup>(175)</sup>.

No que se refere à **escolaridade materna x consulta de pré-natal** tem se que gestantes com apenas o ensino fundamental fizeram menor proporção de pré natal adequado ( $\geq 6$  consultas) que aquelas com ensino médio ( $p = 0,035$ ) e ensino superior ( $p = 0,047$ ).

Quanto à **situação conjugal x consulta de pré natal** as gestantes solteiras também realizaram pré natal adequado em menor proporção que as casadas ou com união estável ( $p = 0,029$ ).

Na relação **município x consulta de pré-natal** à localização do município de residência, seja na sede da Regional de Saúde, nos outros municípios da mesma ou fora dela- na Bolívia, não houve diferença quanto à realização do pré natal.

Apesar da variação observada entre os municípios da Regional de Saúde quanto à realização de consultas <sup>(9)</sup>, na população estudada a proporção de gestantes que realizaram o pré natal adequado foi similar para aquelas residentes na sede da Regional, nos demais municípios da mesma ou em municípios fora da Regional de Cáceres.

Do total de registros sobre o número de consultas pré natais, a maioria das gestantes, em cada grupo analisado realizou mais de sete consultas pré-natais,

sendo 25% dos casos no grupo PE, 15% no HG, 11,3% no HCSPE e 48,9% no GC, no entanto não foi observada diferença entre os grupos ( $p= 0,96$ )<sup>(175)</sup>.

Para Laurenti<sup>(90)</sup>, as mortes por causas relacionadas ao período da gravidez, parto e puerpério estavam subnotificadas em 26 capitais brasileiras em 2000. Utilizando um fator de ajuste, identificou que os óbitos obstétricos diretos (aqueles resultantes de complicações no ciclo gravídico-puerperal) corresponderam a 67,1% de todos os óbitos maternos, mostrando que a assistência ao pré natal, parto e puerpério precisa ser melhorada.

Quanto à gestação atual relacionadas a algumas variáveis sócias demográficas observa-se que o nível de escolaridade e o estado civil influenciaram na quantidade de consultas de pré-natal. Fato este já demonstrado em outras literaturas, pois compreende que por meio de conhecimento se estabelece regras e condutas com vistas ao bem estar e a qualidade de vida<sup>(9,90)</sup>.

#### 4.2.5 Gestação de Alto Risco: Queixas das gestantes

A anamnese cuidadosa juntamente com exames complementares pode auxiliar em um diagnóstico precoce, assim reduzindo o índice de morbimortalidade entre as gestantes. Pela possibilidade da intervenção para evitar complicações<sup>(64)</sup>. As queixas apresentadas pelas gestantes são de relevância para a avaliação das condições gestacional, na Tabela 5 seguem algumas informações:

**Tabela 5** – Distribuição das principais queixas apresentadas na internação entre as pacientes de alto risco admitidas no HRCAF no período de 01/12/2009 a 30/06/2010. Cáceres – MT

Queixas	n	%
Dor pélvica/lombar	114	71,70
Perda de líquido amniótico	51	32,10
Contrações uterinas	46	28,90
Sangramento vaginal	37	23,30
Hipertensão arterial	11	6,90
Edema	9	5,70
Dor abdominal	8	5,03

**Fonte:** Rodrigues ET, 2010 (org.). Prontuários de gestantes de alto risco internadas no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes, no período de 01.12.2009 a 30.06.2010.

Na Tabela 5, verifica-se que a principal queixa das gestantes internadas no período foi à dor pélvica ou lombar 114 (71,7%), seguida de perda de líquido

amniótico 51 (32,1%) e contrações uterinas 46 (28,9%). Apesar da queixa de perda de líquido amniótico em 51 (32,1%) das gestantes, em sua grande maioria esse diagnóstico não se confirmou, pois apenas 5% delas tiveram diagnóstico médico de alterações do líquido amniótico à internação.

No estudo de Soares <sup>(184)</sup> os principais sintomas apresentados no momento da internação, além da elevação da pressão arterial foram edema (34%) cefaléia (20%) e náuseas/vômitos (16%), além de escotomas e dor epigástrica.

A maior queixa das mulheres, nos achados de Silva <sup>(186)</sup> foi à ausência de dialogo. Portanto o cuidar de gestante, necessita de conviver, conhecer e ouvir a história de vida para planejar o cuidado, perceber que a mulher encontra-se mais sensível. E, ainda levar em conta as queixas e avaliá-las com outras fontes diagnósticas.

#### 4.2.6 Gestação de Alto Risco: Estado Nutricional das gestantes

O desequilíbrio no consumo alimentar, tanto em relação ao excesso quanto a deficiência, durante este período fisiológico pode provocar o comprometimento do crescimento e desenvolvimento do recém nascido. O prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gravidez <sup>(124)</sup>. Observe a Tabela 6:

**Tabela 6** – Classificação do estado nutricional das pacientes internadas no HRCFAF no período de 01/12/2009 a 30/06/2010 de acordo com a idade gestacional como recomendado pelo Ministério da Saúde no SISVAN, Cáceres/MT

Classificação do peso materno*	Idade Gestacional							
	≤ 28 semanas		29 a 31 semanas		32 a 36 semanas		≥ 37 semanas	
	N	%	N	%	N	%	n	%
Baixo peso	-	-	03	50,00	18	21,69	07	14,90
Peso adequado	07	53,85	02	33,33	36	43,37	18	38,30
Sobrepeso	06	46,15	01	16,67	23	27,71	11	23,40
Obesidade	-	-	-	-	06	7,23	10	21,70
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>06</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

\* De acordo com o peso referido no momento da internação hospitalar.

**Fonte:** Rodrigues ET, 2010 (org.). Prontuários de gestantes de alto risco internadas no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes, no período de 01.12.2009 a 30.06.2010.

Quanto ao **peso x idade gestacional** obteve-se que o baixo peso foi mais freqüente nas gestantes com 29 a 31 semanas (50%). A obesidade foi mais freqüente nas gestantes com 32 semanas ou mais de idade gestacional (7,2% a 23,4%), como se verifica na Tabela 6.

Nesse estudo foi observada maior proporção de gestantes com baixo peso quando comparadas àquelas com obesidade e, da mesma forma, maior proporção de recém nascidos pré termos entre as gestantes com baixo peso. A proporção de baixo peso foi bem menor que a observada por Nucci <sup>(129)</sup>, entretanto similar ao identificado no estudo de Lima & Sampaio <sup>(128)</sup>. Possivelmente características socioeconômicas da região de Cáceres expliquem essa diferença, tais como a baixa renda.

De acordo com Callawy <sup>(79)</sup>, recém-nascidos de mulheres com obesidade apresentam risco aumentado de defeitos ao nascimento e hipoglicemia. Recém nascidos de mulheres com obesidade mórbida (IMC  $\geq$  40) tiveram risco aumentado de admissão em unidades de terapia intensiva, parto prematuro e icterícia.

A obesidade foi fator de risco independente tanto para Hipertensão Gestacional (HG) quanto para Hipertensão Arterial Crônica Superajuntada à Pré-Eclampsia (HCSPE), verificou o risco entre as gestantes obesas foi de 23,94 vezes, o risco de gestantes não obesas para HCSPE e para a HG foi de 17,63 vezes. Um achado preocupante pois a obesidade, atualmente sendo um problema de saúde publica crescente aumenta o risco para SHG <sup>(175)</sup>.

O problema do sobrepeso/obesidade ainda não tem sido devidamente considerado em nível das ações de saúde no Brasil, embora tenha sido enfaticamente valorizado no documento sobre a política nacional de alimentação e nutrição <sup>(57)</sup>. Igualmente, mesmo sendo uma ocorrência de elevada magnitude, as anemias não ganharam ainda o status de um problema prioritário de alimentação e nutrição, sendo mesmo, banalizada no dia-a-dia da atenção à criança e à gestante.

No extremo oposto à desnutrição situa-se a obesidade, distúrbio metabólico que tem como manifestação final o excesso de tecido adiposo na composição do organismo. O excesso de peso tem conseqüências significativas como o aumento de risco de resultados perinatais, como diabetes mellitus e síndromes hipertensivas da gravidez, fetos microssômicos, desproporção cefalo-pelvica, trauma, asfixias e mortes perinatais <sup>(134)</sup>.

O estado nutricional pré-gestacional da mulher pode interferir no processo



normal da gestação. <sup>(124)</sup>.

A possibilidade de constatar uma elevada prevalência de ganho de peso excessivo, bem como tentar buscar possíveis fatores que possam estar interferindo nesse fenômeno, já se constitui por si só um avanço na identificação do problema. Os resultados obtidos chamam a atenção para a necessidade de estudos especialmente delineados com a finalidade de obtenção de dados antropométricos de modo de identificar as mulheres que deverão ser monitoradas <sup>(134)</sup>.

#### 4.2.7 Gestação de Alto Risco: Mínima, Máxima e Desvio Padrão das variáveis maternas

O reconhecimento das médias das variáveis maternas como idade, peso, estatura, pressão arterial pode ser útil para a identificação de risco. Facilitando assim realizar intervenções eficazes para a diminuição de agravos. Observe a Tabela 7:

**Tabela 7** – Distribuição mínima, máxima, média e desvio padrão das variáveis maternas contínuas no período de 01/12/2009 a 30/06/2010. HRCAF, Cáceres-MT

Variáveis maternas	Mínima	Máxima	Média	Desvio padrão (±)
Idade materna (anos)	14	40	24,02	6,06
Pressão arterial (mmHg)	70/40	240/160	130,7/84,2	26,0/18,5
Peso 1ª consulta (Kg)	44	134	59,6	10,9
Peso à internação (Kg)	50	136	73,2	12,7
Ganho de peso (Kg) *	00	39	13,6	5,9
Estatura materna (m)	1,30	1,80	1,62	0,0
IMC 1ª consulta	17,0	49,2	22,6	3,9
IMC à internação	19,5	49,9	27,7	4,6

\* Ganho de peso durante a gestação.

**Fonte:** Rodrigues ET, 2010 (org.). Prontuários de gestantes de alto risco internadas no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes, no período de 01.12.2009 a 30.06.2010.

A idade média das gestantes internadas foi de 24 anos (dp ± 6), a média da idade gestacional (IG) dos conceptos foi de 34,5 semanas (dp ± 3,4). A média da pressão arterial foi 130,7/84,2 mmHg (dp ± 26/18,5), com mínima de 70/40 mmHg e máxima de 240/160 mmHg.

Nos estudos de Gouveia <sup>(3)</sup> quanto à faixa etária, cerca de 50% das gestantes eram jovens, 12 (16,9%) adolescentes, na faixa dos 15 aos 19 anos e 24 (33,8%) adultas jovens entre 20 e 24 anos. A menor idade foi 15 anos e a maior 40 anos; a

idade média foi de 25,6 anos ( $\pm 6,6$  anos), com mediana de 24 anos, o que se assemelha aos resultados da nossa pesquisa.

Em relação ao **peso**, verificou-se um peso referido médio de 59,6 Kg (dp  $\pm 10,9$ ) na primeira consulta, com IMC médio de 22,6 Kg (dp  $\pm 3,9$ ), valores similares aos observados por Fujimori <sup>(133)</sup>. O peso referido na internação para o parto foi em média 73,2 Kg (dp  $\pm 12,7$ ), com ganho médio de peso ao longo da gestação de 13,6 Kg (dp  $\pm 5,9$ ) e IMC médio final de 27,7 (dp  $\pm 4,6$ ) (Tabela 8).

Em linhas gerais caracteriza-se a população feminina estudada sendo em sua maioria mulheres casadas/união estável, com nível médio completo, na faixa etária entre 16 a 34 anos, primigestas, tendo realizado seis ou mais consultas de pré-natal, com vacina antitetânica em dia e peso adequado a idade gestacional, onde o parto cesáreo se sobressai.

Estas mulheres por serem na grande maioria primigestas e jovens não tem o cuidado de buscar apoio profissional no período pré gestacional para receber aconselhamento genético, orientações preventivas, realização de exames dentre outras condutas pré gestacional <sup>(3,90)</sup>.

Fatores psicossociais e estilo de vida podem estar associados ao maior ganho de peso semanal durante a gestação. Nas gestantes com maior IMC inicial associa-se esta ocorrência às mulheres com menos atitudes favoráveis ao ganho de peso e menor conhecimento sobre a importância de não ganhar peso excessivo durante a gravidez, quando ganho de peso adequado ou abaixo do recomendado <sup>(134)</sup>.

As consultas de pré-natal apresentam números satisfatórios, acredita-se que outras fontes diagnósticas ficam a desejar para a detecção de possíveis fatores de risco para a gravidez.

Se levarmos em conta o número de gestantes do município de Cáceres – Mato Grosso se torna possível afirmar que nos locais onde a atenção primária conta com laboratórios e outros recursos diagnósticos a proporção de levantamento de fatores de risco na gravidez se tornam evidentes, mesmo antes do parto, ainda no período do pré-natal. É pertinente afirmar que a distância dos municípios da regional são fatores agravantes nos quadros diagnósticos e de assistência às gestantes de alto risco.

### 4.3 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: DIAGNÓSTICOS

Na gestação de alto risco, o diagnóstico é de suma importância para a avaliação dimensional do comprometimento gestacional, os profissionais médicos, com ajuda de exames laboratoriais e outros realizados durante as consultas de pré-natal, permitem determinar diagnósticos de morbidades. Observe os resultados levantados nesta pesquisa na Tabela 8:

**Tabela 8** – Distribuição principais diagnósticos na gestação atual entre as pacientes de alto risco internadas no HRCFAF no período de 01/12/2009 a 30/06/2010. Cáceres – MT

<b>Diagnóstico Atual</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Doença hipertensiva específica da gravidez	55	34,59
Trabalho de parto prematuro	55	34,59
Gemelaridade	09	5,66
Infecções	08	5,03
Alteração do líquido amniótico	08	5,03
Malformações congênitas	05	3,14
Placenta previa/descolamento prematuro	05	3,14
Outros	09	5,66
Não registrados	05	3,14
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Rodrigues ET, 2010 (org.). Prontuários de gestantes de alto risco internadas no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes, no período de 01.12.2009 a 30.06.2010.

Entre os diagnósticos detectados na gravidez atual, os principais são a doença hipertensiva específica da gravidez (34,6%) e trabalho de parto prematuro (34,6%). Se considerarmos que aproximadamente 70% dos bebês nasceram pré termos, ainda que a DHEG tenha sido o diagnóstico clínico que motivou a hospitalização e interrupção da gestação, assim como em outros estudos que essas duas condições como as principais complicações obstétricas <sup>(92,93)</sup>.

No estudo de Gouveia, 2004 os diagnósticos clínicos encontrado nas gestantes de risco da unidade de internação obstétrica do Hospital São Joaquim SP, 2000, destacam-se o trabalho de parto prematuro com maior incidência com 29 (40,8%), 15 gestantes (21,1%) DHEG, a amniorrexe prematura esteve com 9 (12,7%) casos em uma das vezes associado ao trabalho de parto prematuro e em outra oligoâmnio, a infecção do trato urinário foi de 4 (5,6%) casos e ocorreu 3 (4,2%) casos de pielonefrite.

Em 2005, houve 890 partos na Maternidade do Hospital das Clínicas da UFG e 129 gestantes apresentaram o diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Gestacional (SHG) (14,5%) <sup>(175)</sup>.

No estudo de Ramos <sup>(188)</sup> verificou-se entre as causas obstétricas diretas (61,7%), destacam-se a hipertensão arterial (18,5%), a infecção pós-cesariana (16%) e o aborto séptico (12,3%). Dentre as causas obstétricas indiretas (23,5%), as mais prevalentes foram a cardiopatia (8,6%), o fígado gorduroso agudo (3,5%) e o lúpus eritematoso sistêmico (2,5%). Dentre as causas obstétricas (15,0%), destacam-se as neoplasias malignas (7,4%) e a AIDS (3,7%).

O tipo de SHG mais freqüente foi a pré-eclâmpsia com 63 casos (48,8%), seguida da hipertensão arterial crônica superjuntada à pré eclampsia com 34 casos (26,4%), da hipertensão gestacional com 24 casos (18,6%) e da hipertensão arterial crônica com 8 casos (6,2%) <sup>(175)</sup>.

A idade média materna no grupo Hipertensão Gestacional (HG) foi 25,4±5,7 anos, no grupo Pré-Eclâmpsia (PE) de 23,3 ± 5,8, no grupo Hipertensão Crônica Superajuntada a Pré-Eclampsia (HCSPE) de 37,7 ± 7,0 e no Grupo Controle (GC) de 27,0 ± 5,0. Houve diferença entre as médias de idade nos grupos PE ( $p < 0,001$ ) e HCSPE ( $P = 0,002$ ) <sup>(175)</sup>.

Assis <sup>(175)</sup> verificou-se a ocorrência de 14,5% de SHG e o tipo mais freqüentemente foi a PE. Provavelmente por ter sido realizado em um hospital de nível de atenção terciária de referência a alto risco a patologia foi mais freqüente.

A incidência da pré-eclampsia abrange primigestas, pacientes com história familiar, antecedentes gestacionais a gestante com aumento da massa trofoblástica (gestação múltipla, gestação molar, triploidia fetal). O aparecimento de convulsões em pacientes com pré-eclampsia, sem causa identificável, caracteriza um quadro de eclampsia <sup>(116)</sup>.

Dentre os principais fatores de risco para a pré-eclampsia ainda estão extremos de idade materna, cor, obesidade, diabetes, doença vascular crônica, pré-eclampsia em gestação anterior, gestação gemelar, doença renal, excesso de esforço físico ou psíquico, hidrôpsia fetal, podendo ter associação entre infecção do trato urinário e maior propensão à pré eclampsia, e mulheres que apresentam histórico familiar <sup>(31)</sup>. O papel da atividade física regular na prevenção da pré-eclampsia sugere que o exercício regular pré-natal pode opor-se à progressão desta doença <sup>(31)</sup>.

Em relação à hipertensão arterial, análise multivariada esclarece que ela está realmente associada à idade materna elevada. A falta de correlação entre diabetes e ocorrência de hipertensão arterial durante a gravidez, nessa análise pode

ser o reflexo da maior importância relativa do antecedente de hipertensão, idade avançada e maior peso, variáveis essas sabidamente associadas ao diabetes <sup>(43)</sup>.

Numa dada pesquisa a análise mostrou que a idade maior de 40 anos teve a mais alta correlação com o diagnóstico de sofrimento fetal intraparto, seguido pelo antecedente de hipertensão arterial. Mesmo que o diagnóstico Sofrimento Fetal Intraparto seja controverso entre os diversos estudos, pela multiplicidade de fatores envolvidos, sua importância deve residir na determinação da via de parto e resultado perinatal subsequentes <sup>(43)</sup>.

Bezerra <sup>(116)</sup> destacou que a eclampsia, ocorreu na maioria das grávidas, representando, provavelmente, atraso no diagnóstico e conduta. A existência do quadro convulsivo é, sem dúvida, fator de agravo e risco de morte para grávidas com pré-eclampsia.

Ressalta-se a importância de se identificar a condição de risco na gestação, uma vez que a incidência de eclampsia uma das ocorrências mais graves da DHEG é maior nas gestantes que não fizeram pré-natal ou que estavam vinculadas a programas que não primam pela qualidade da assistência. Os autores chamam a atenção para o fato de que a eclampsia é uma patologia evitável, porém, como afeta mulheres de categorias sócio-econômicas mais baixas, sua ocorrência é altamente influenciada pelo acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento <sup>Gonçalves, 2005</sup>.

A prevalência das principais causas de morte materna não sofreu modificações nas últimas duas décadas, sendo que a principal causa continua sendo a hipertensão arterial. Também, há número significativo de mortes relacionadas à cesariana (relacionadas ao procedimento) e às infecções. Podemos concluir que a prevalência de causas obstétricas diretas aponta para a baixa capacidade de prevenção de morte materna no nosso sistema de saúde <sup>(188)</sup>.

Mais da metade das pacientes apresentou picos pressóricos com necessidade de uso de drogas anti-hipertensivas no período pós-parto. A importância em se vigiar, tratar e observar picos hipertensivos tem sido destacada em consensos às complicações neurológicas da pré-eclâmpsia relatam ser o Acidente Vascular Cerebral (AVC), principalmente no pós-parto, uma importante causa de morbimortalidade nas pacientes com pré-eclâmpsia, o que reforça a necessidade de uma maior atenção à sua evolução clínica no puerpério <sup>(111)</sup>.

É possível inferir que os determinantes da mortalidade materna por hipertensão na gestação, estão relacionados aos cuidados inadequados e às

dificuldades de acesso a serviços especializados de referência para gestação de alto risco no pré-natal e na atenção ao parto e o puerpério, de forma mais qualificada e resolutiva <sup>(184)</sup>.

O estilo de vida da gestante, com hábito de fumar, a desnutrição, o ganho ponderal inadequado na gestação e o estresse psicológico materno são algumas causas de parto prematuro, além disso, também estão relacionado baixo nível econômico, mulheres jovens, sem companheiro, e fatores médicos, como a prematuridade anterior e sangramento vaginal persistente no início da gestação <sup>(116)</sup>.

A importância clínica do diagnóstico precoce do trabalho de parto pré-termo está na possibilidade de aumentar a duração da gestação, mediante intervenção em tempo hábil que permita melhorar o peso fetal ao nascer, associado à diminuição da morbidade e mortalidade neonatal <sup>(116)</sup>.

As repercussões maternas da ruptura prematura das membranas citam se a infecção como a mais importante, representada em sua maior parte pela corioamnioite, com incidência de 9%. Esse tipo de infecção varia de acordo com o nível econômico da paciente, a duração do período de latência e a via de parto, levando em conta o fato que estas pacientes são submetidas á cesariana mais freqüentemente, por sofrimento fetal decorrente do oligoâmnio grave ou ainda por distócias de progressão do trabalho de parto. A agravante da corioamnioite é que na maioria das vezes possui etiologia polimicrobiana, com presença de anaeróbios, exigindo cobertura múltipla de antibióticos <sup>(66)</sup>.

As mulheres com patologias intercorrentes na gestação precisam ter acesso um atendimento criterioso, com controle efetivo do seu quadro clínico, disponibilizamos todos os recursos necessários para garantir o seu bem-estar e do feto.

Os gestores locais devem acompanhar de perto as condições de funcionamento da maternidade e os resultados perinatais da assistência prestada. Devem discutir com a equipe de saúde formas de garantir melhores indicadores, ao mesmo tempo em que proporcionam às usuárias e suas famílias uma vivência positiva no momento do nascimento de uma criança <sup>(182)</sup>.

Dos diagnósticos levantados no estudo incidiu a doença hipertensiva específica da gravidez e o trabalho de parto prematuro, o que demonstra serem passíveis de controle, seja com medicamentos, alimentação saudável, repouso dentre outros.

#### 4.4 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: VARIÁVEIS MATERNAS E EVOLUÇÃO DOS RECÉM NASCIDOS

**Tabela 9** – Relação variáveis maternas no processo evolutivo dos recém nascidos de gestantes admitidas no HRCFAF no período de 01/12/2009 a 30/06/2010 de acordo com algumas variáveis. Cáceres, MT

Variáveis	Evolução				Total	$\chi^2$	p-valor
	Desfavorável		Favorável				
	N	%	n	%			
<b>Município de procedência na Regional</b>							
Município Sede	17	18,48	75	81,52	92	5,49	0,019
Demais Municípios	15	37,50	25	62,50	40		
<b>Localização do município de procedência</b>							
Regional de Saúde	32	24,24	100	75,76	132	10,80	0,001
Fora da Regional	12	60,00	08	40,00	20		
<b>Faixa etária</b>							
≤15 anos	3	37,50	5	62,50	8	0.19	0.666
16 ---- 34 anos	43	30,28	99	69,71	142		
≥ 35 anos	1	11,11	8	88,88	9	1.51	0.219
<b>Trabalha fora</b>							
Sim	6	22,22	21	77,78	27	0.83	0.362
Não	40	31,00	89	69,00	129		
<b>Vacinada contra tétano</b>							
Sim	42	29,16	102	70,84	144	0.49	0.483
Não	5	38,46	8	61,54	13		
<b>Consultas de pré-natal</b>							
< 6	23	33,82	45	66,18	68	0.42	0.516
≥ 6	24	28,91	59	71,09	83		
Não realizou	0	0	7	100	7		
<b>Número de Gestação</b>							
Uma	22	27,84	57	72,16	79	0.22	0.638
Duas ou mais	25	31,25	55	68,75	80		
<b>Antecedentes patológicos</b>							
Sim	23	28,75	57	71,25	80	0.01	0.918
Não	23	29,48	55	70,52	78		
<b>Cor</b>							
Branca	18	40,00	27	60,00	45	3.49	0.061
Negra/Parda	28	25,00	84	75,00	112		
<b>Escolaridade</b>							
Curso superior	1	11,11	8	88,89	9	1.98	0.159
Ensino médio	25	28,08	64	71,92	89	0.68	0.408
E. Fundamental	21	22,34	40	77,66	61		
<b>Situação conjugal</b>							
Casado/U. estável	26	27,65	68	72,35	94	0.68	0.407
Solteira	21	33,87	41	66,13	62		
Outros	0	0	3	100	3		

\* Evoluções desfavoráveis foram consideradas aquelas em que o recém nascido evoluiu para óbito ou internação em UTI neonatal e favoráveis aquelas que resultaram em encaminhamento para alojamento conjunto.

**Fonte:** Rodrigues ET, 2010 (org.). Prontuários de gestantes de alto risco internadas no Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes, no período de 01.12.2009 a 30.06.2010.

Na Tabela 9 verifica-se que a evolução desfavorável dos recém nascidos

esteve relacionada às gestantes residirem em municípios fora da sede da Regional de Saúde ( $p = 0,019$ ). Quando comparados aquelas residentes na regional e em outros municípios fora da mesma, a evolução desfavorável foi mais freqüente nos recém nascidos de mães residentes em municípios de fora da Regional de Saúde de Cáceres ( $p = 0,001$ ).

As variáveis; faixa etária da gestante, trabalho fora do lar, vacina contra tétano, número de consultas de pré natal, número de gestações, antecedentes patológicos, escolaridade e situação conjugal não apresentaram diferenças significativas entre aqueles recém nascidos com evolução favorável ou desfavorável.

Ao comparar a cor da pele branca e negro-parda, verificou-se que as proporções foram borderline ( $p = 0,061$ ), ou seja, apresentaram estatísticas significantes entre as variáveis.

A cobertura de pré natal entre as gestantes em geral no município de Cáceres foi a mais baixa dentre os municípios da regional. Entretanto, na população estudada não houve diferenças quanto à cobertura de pré natal. Assim, a diferença em relação à evolução dos recém nascidos parece decorrer de outras condições, tais como o acesso geográfico. Segundo Costa <sup>(35)</sup>, há lacunas na oferta e qualidade da atenção ao pré natal no SUS, com desigualdades intra-regionais e entre municípios de diferentes dimensões populacionais.

As mulheres acima de 40 anos e com baixo status socioeconômico apresentaram maiores riscos às primigestas; com relação ao tratamento, subutilização ou o uso inadequado de medicamentos consagrados no tratamento da pré-eclâmpsia grave e da eclâmpsia. A análise dos comitês apontou que todos os óbitos maternos por este agravo poderiam ter sido evitados <sup>(184)</sup>.

O Respeito a todas as mulheres e seus filhos, independente de classe social, etnia, no contexto do ambiente público ou privado, indo além dos protocolos pré-estabelecidos, de maneira para que possamos garantir a cidadã e ao cidadão brasileiro uma atenção digna, não excludente e que respeite a sua individualidade e suas características culturais <sup>(186)</sup>.

As variáveis maternas influenciam diretamente na evolução do recém-nascido; a localização geográfica é um fator que incorre diretamente nas possibilidades de acesso à assistência. A idade materna representando o grau de maturidade da mãe em compreender e atuar frente ao estado do bebê, a



permanência junto ao bebê, e a escolaridade são variáveis relevante neste processo, bem como a situação conjugal e antecedentes patológicos.

#### 4.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO

O indicador de mortalidade materna constitui-se da mais alta relevância em saúde materno-infantil e vários aspectos interferem nos valores dos coeficientes de mortalidade específicos para essa causa, como os aspectos considerados biológicos da reprodução humana, as doenças características e associadas à gravidez, até mesmo características próprias da população e da forma como as mesmas utilizam os serviços de saúde <sup>(89)</sup>.

Um estudo realizado nas capitais brasileiras no primeiro semestre de 2002 constatou que quanto às causas de morte de mulheres em idade fértil 6,2% dos óbitos ocorreram na gestação, no parto ou até um ano após a ocorrência do mesmo <sup>(90)</sup>.

Caracterizar o perfil epidemiológico das gestantes admitidas no serviço de alto risco do HRCAP foi importante para que a equipe tenha noção dos principais agravos, da situação dessas gestantes quanto a algumas características demográficas e sociais e possa se programar para atendê-las adequadamente.

Assim, foi possível verificar que quanto maior a escolaridade maior a proporção de pré natal adequado e que as solteiras apresentaram menor proporção de consultas adequadas de pré natal que as casadas. Além disso, identificou-se que as principais condições clínicas entre as pacientes internadas no período foram à doença hipertensiva específica da gestação e o trabalho de parto prematuro, semelhante ao registrado na literatura.

Os RN de mães que residem na regional de Cáceres, especialmente aquelas que residem no município sede tiveram menor proporção de evolução desfavorável que aqueles de mães que residem nos municípios fora da regional.

As gestantes dos municípios menores ou dos municípios externos à Regional de Cáceres podem ter dificuldade de acesso ao serviço de alto risco até mesmo pela

distância geográfica entre os mesmos e o hospital de referência, ausência de especialistas em algumas localidades e ausência de padronização de condutas. Todos esses fatores podem contribuir para o evento desfavorável na gestante e no feto/recém nascido, aliados aos riscos biológicos inerentes a cada gestante.

Ainda que uma parte das gestantes admitidas no HRCAF no período estudado tenha necessitado apenas de tratamento clínico com alta posterior para acompanhamento na unidade básica de saúde, esse resultado provavelmente não afeta os resultados desse estudo em razão da documentada inadequação de encaminhamentos para serviços de obstetrícia de referência citada por Buchabqui <sup>(83)</sup>.

Os profissionais dos municípios que prestam assistência a essas pacientes podem ter dificuldade de classificá-las quanto ao risco gestacional, assim encaminham pacientes que, após avaliação pelos profissionais do serviço de gestação de alto risco do HRCAF, são reclassificadas e incluídas no grupo de baixo risco gestacional e re encaminhadas à unidade de origem.

Outra possibilidade é que uma pequena parcela foi de fato classificada como de risco gestacional, entretanto a interrupção da gravidez poderia ser adiada e foi instituído tratamento medicamentoso ou conduta expectante, com orientações para acompanhamento conjunto pelas equipes da atenção básica e do serviço de alto risco. Nesse caso de fato elas não entrariam no estudo, pois o objeto de pesquisa foi às gestantes cuja gravidez foi interrompida durante o período de estudo.

Outro aspecto de limitação refere-se ao fato de, nesse estudo, ter sido utilizado o peso referido pelas gestantes e não o aferido. Entretanto, segundo Peixoto <sup>(88)</sup>, o peso auto-referido é confiável e válido e a sensibilidade e especificidade altas do índice de massa corporal a partir de dados referidos para identificar o índice aferido justificam o seu uso quando não for possível realizar a antropometria na unidade.

A importância dessa pesquisa reside justamente na possibilidade de, a partir desse estudo inédito no município e regional, colaborar com os gestores locais e do estado na elaboração de políticas que visem enfrentar as situações identificadas.

## 5 CONCLUSÕES

O termo saúde como direito de todos e dever do Estado, vem evoluindo a cada ano, perpassando por constantes lutas e conquistas sociais que galgam por melhorias das ações de saúde pública. Levando a implantação de políticas e estratégias que vem ao encontro aos anseios e as necessidades de todo e qualquer cidadão.

O Sistema Único de Saúde implantado no Brasil com o intuito de garantir o acesso universal à saúde pública aos brasileiros, busca a cada momento histórico evolutivo, sua reorganização como, por exemplo, o Pacto pela Saúde (2006), que hoje prima por fortalecer o sistema de saúde, pactuar indicadores para que sejam evidenciados na assistência e ainda garantir a descentralização e regionalização da saúde.

Inserida neste contexto sócio-histórico as mulheres conquistaram e continuam conquistando assistência por parte do sistema de saúde, enfatizando a preocupação com seu corpo de forma integral, deixando de ser apenas um ser responsável pela perpetuação da espécie.

Assim surge o Programa de Assistência à Saúde da Mulher, acompanhado do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento, e, do Programa da Gravidez de Alto Risco, seguidos de outras normativas regulamentadas pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Todos com o fim de garantir a mulher uma saúde de qualidade e eficiência.

Sabe-se que muitas são as lutas femininas em prol da atenção à saúde da mulher, e que em tempos atuais o acesso a cobertura e acompanhamento da mulher, sobretudo na gravidez, alcançam uma gama de ações e estratégias que acabam por respaldar suas necessidades imediatas.

A assistência ao pré natal, atendimento multiprofissional garantido às gestantes tem como finalidade manter a integridade das condições de saúde materna e fetal, e vem sendo implementada a cada dia. Hoje já é possível a uma gestante um atendimento por meio do sistema público de saúde realizar pré natal com profissional médico o que outrora era apenas assistido por “parteiras”, realizar

exames diagnósticos e de rotina do pré natal, parto assistido dentre outros.

Há algum tempo a gestação com risco eminente passou também a ser preocupação do Ministério da Saúde. Levando os profissionais que atuam na rede pública de saúde a se preocuparem com os fatores de risco que podem desencadear uma gestação chamada de alto risco.

Como se observou no decorrer deste estudo, toda a preocupação em demonstrar à estrutura organizacional da saúde pública no Brasil, focando a assistência a gestação de alto risco, foi um desafio, pois muitas são as vertentes que nos levam a refletir sobre o tema.

Se de um lado a mulher que antes sequer tinha direito e voz, hoje já conta com políticas públicas em todos os campos das ciências. Por outro lado, ainda há muito que se conquistar para plenamente se falar em assistência integral a saúde da mulher. Como a ampliação da estrutura física hospitalar, ambulatorial, insumos, exames diagnósticos, e outros.

Mas no que tange a nossa pesquisa foi possível verificar que de todas as gestantes de alto risco atendidas no Hospital Regional de Cáceres apenas um número inexpressível não conseguiu resolutividade no tratamento, sendo encaminhadas para a capital do estado. Na sua grande maioria foram assistidas levando em conta protocolos de atendimento de acordo com cada morbidade acometida. E o melhor, teve resultados satisfatórios quanto ao restabelecimento de sua saúde.

O tema nos instiga a buscar cada vez mais alternativas e recursos em prol da vida humana.

## SUGESTÕES

Como sugestão específica, os gestores municipais e estaduais poderiam investir mais na qualificação das equipes da atenção básica e implantação de protocolos e linhas de condutas de prevenção à gravidez não planejada, atenção ao pré natal e atendimento à gestante de alto risco.

Em parceria com a equipe do Hospital Regional pode-se qualificar a equipe do serviço de gestação de alto risco do HRCAF no atendimento às principais condições ou agravos observados, reforçando a prática baseada em evidências, além de discutir com a academia medidas de inclusão, no currículo dos cursos de saúde, da atenção à gestante de alto risco.

Sugerem-se novas pesquisas para identificação dos fatores de risco que estariam implicados no desfecho desfavorável para o recém nascido e não adesão ao pré natal, bem como ampliar a cobertura de pré natal, com captação precoce (1º trimestre de gestação) em todos os municípios da Regional.

Implementação dos serviços diagnósticos para pré-natais e ainda reuniões para avaliação quanto ao trabalho do profissional que atua na atenção primária.

Ampliação de supervisão dos gestores quanto regulamentação e monitoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da utilização de protocolos de tratamento já consagrados cientificamente nos serviços públicos de saúde e dos planos privados de saúde, bem como proporcionar capacitação e recursos para sua efetiva execução, com o apoio das universidades e dos serviços que atendem gestantes de risco<sup>(184)</sup>.

Encaminhamento dos resultados desta pesquisa para os gestores municipais com o intuito de planejar ações estratégicas para melhorar os serviços ambulatoriais e de assistência à saúde das Gestantes de Alto Risco.

Sugerimos ainda uma socialização dos resultados obtidos na pesquisa em forma de diálogo com os profissionais do Hospital Regional de Cáceres, bem como a produção de uma cartilha orientativa às unidades básicas de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 3ª Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Gouveia HG, Lopes MHBM. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. Rev Latino-am Enfermagem 2004 março-abril; 12 (2): 175-82.
4. Nogueira CM. A feminização no mundo do trabalho: entre a emancipação e a precarização. Campinas: Autores Associados, 2004.
5. Lente S. O processo evolutivo das políticas públicas de saúde no Brasil. [Pós-graduação]. Cuiabá: Escola de Saúde Pública, 2007.
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Congresso Federal, 1988.
7. Who – World Health Organization. Millennium Development Goals (MDGs) 2010. Disponível em: [www.who.int](http://www.who.int), acesso em julho de 2010.
8. Conselho Federal de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>, acesso em maio de 2010.
9. González F. Personalidad Salud y Modo de Vida. [Pós graduação]. Universidad Nacional Autónoma de México. México DF, 1993.
10. Scliar M. História do Conceito de Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1): 29-41, 2007.
11. Dallani SG. O direito à saúde. Rev Saúde Públ. São Paulo, 22(1):57-63, 1988.

12. Lente S. Planejamento: uma estratégia de gestão para a Auditoria Geral do Sistema Único de Saúde de Mato Grosso. [Pós-graduação]. Cuiabá: Escola de Saúde Pública, 2007.
13. Scherer MDA. Ruptures and resolutions in the health care model: reflections on the Family Health Strategy based on Kuhn's categories, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 9(16):53-66, 2005.
14. Brasil. Conheça a História do SUS. Disponível: <http://portal.saude.gov.br>, acesso em maio 2010.
15. Brasil. O Sistema Público de saúde Brasileiro. Disponível: [www.opas.org.br](http://www.opas.org.br), acesso em junho de 2010.
16. Cohn A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 9-18, 2003.
17. Projeto Multiplica SUS: curso básico sobre o SUS: (re) descobrindo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos / [Heloisa Marcolino (Coord.)]. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
18. Peron IC. Sociedade, controle social e o SUS. Cuiabá: Escola de Saúde Pública, 2007.
19. Levicovtz E. Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS (Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde – 1974/1996). [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.
20. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>, acesso em agosto de 2010.
21. Mendes EV. O sistema único de saúde um processo social em construção. *CADRH-1987:49-56*. Disponível: <http://www.opas.org.br>, acesso em dezembro de 2010.

22. Pustai OJ. O sistema de Saúde no Brasil. in: Duncan, B. B. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2ª ed. Porto Alegre: Rev Artes Médicas Sul, 5(1): 17-21, 1996.
23. Lei n.º 8140, 28 de dezembro de 1990. Disponível: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br), acesso em dezembro de 2010.
24. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br), acesso em dezembro de 2010.
25. Mérci AC. História e Políticas de Saúde no Brasil: um balanço do processo de descentralização. [Tese de Doutorado em História Econômica] São Paulo: Departamento de História Econômica da USP, 1999.
26. Kon RO. Planejamento no Distrito de Saúde: Estratégia e Comunicação. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, USP, 1997.
27. Carvalho GA. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. Cienc. Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.
28. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência & Saúde Coletiva; 6(2): 269-91, 2001.
29. Souza RR. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. in: Negri B. Viana ALA. (Org.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio (O passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social). São Paulo: Sobrevire Cealag, 2002.
30. Soares LT, Noronha JC. A política de saúde no Brasil nos anos 90. in: ABRASCO. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 6 (2): 37-40, 2001.
31. Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Cienc. saúde coletiva. 2001; 6 (2): 451-455.



32. Portaria 654 de 28 de maio de 2003. Disponível: <http://portal2.tcu.gov.br>, acesso em dezembro de 2010.
33. Portaria nº. 2.023 de 23 de setembro de 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/Port2004/GM/GM-2023.htm>, acesso em dezembro de 2010.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: 2006:142.
35. Portaria 2.048 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>, acesso em agosto de 2010.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 03 de setembro de 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>, acesso em dezembro de 2010.
37. Peron C. Auditoria e Pacto de Gestão: perspectivas e desafio. Cuiabá: Escola de Saúde Pública, 2007.
38. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Nota Técnica n. 13/06. Para entender o Pacto pela Saúde 2006 – Financiamento. Portaria 698/GM de 30/03/2006. Volume IV [Internet]. Brasília (Brasil): CONASS; 2006.
39. Schneider A, Miranda AM, Kujawa H, Andrade J, Both V, Brutscher V. Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?-Centro de Educação e Assessoramento Popular Passo Fundo: IFIBE, 2007.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
41. UNICEF - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Los objetivos de desarrollo para el milênio. Tienen que ver con los niños. 2003. Disponível em: <http://www.unicef.org>, acesso em novembro de 2010.
42. UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação da Infância

Brasileira 2006. Crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Disponível em: <http://www.unicef.org>, acesso em outubro de 2010.

43. Faúndes A, Cecatti JG, organizadores. Morte materna: uma tragédia evitável. 2. ed. Campinas. Brasil, 2000.

44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Matern Infant; 2: 69-71, 2002.

45. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública [online]. 20 (5): 1281-1289, 2004.

46. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Amaral E, Souza JPD, Serruya S. Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade matern Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, 6 (2): 161-168, 2006.

47. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 10 (3): 651-657, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>, acesso em 12 nov 2010.

48. Giffin KM. Mulher e saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; 7(2): 1-2, 1991.

49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. [base de dados na internet]. Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>, acesso em Nov/2010.

50. Farah MFS. Gênero e políticas públicas. Estudos Feministas; 12(1): 47-71, 2004.

51. Hillsheim B, Somavilla VC, Dhein G, Lara L. Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. Psicol. Rev. 2009; 15(1): 196-211.

52. Medeiros PF, Guareschi NMF. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. Rev. Estud. Fem. [online]17. (1): 31-48, 2009.

53. Osis MJD, Hardy E, Faundes A, Alves G. Fatores associados à assistência pré-

natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública [online]; 27(1): 49-53, 1993.

54. Miranda DSM, Santiago IMFL. Divisão Sexual do Trabalho na Cotramare. Relatório Final. Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica/CNPQ/UEPB, cota 2006/2007. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande.

55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

56. Costa AM. (Cord.). Políticas de Saúde, Equidade e Gênero: Atualizando a Agenda. Águas de Lindóia, SP, 1997.

57. Brasil. Portal da saúde- saúde da Mulher. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>, acesso em janeiro de 2011.

58. D'Oliveira, AFPL. Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção à saúde da mulher. São Paulo, 1996. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

59. Osis MJD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad Saúde Pública, 14: 25-32, 1991.

60. Costa AM. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil in: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999, p. 319-35.

61. Scherer MDA. Ruptures and resolutions in the health care model: reflections on the Family Health Strategy based on Kuhn's categories, Interface - Comunic., Saúde, Educ., 9(16):53-66, 2005.

62. Fonseca RMGR. Mulher, Direito e Saúde: repensando o nexos coesivo. Saúde e Sociedade, 8(2): 3-32, 1999.

63. Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes

atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2007; 7(3): 309-317.

64. UNICEF - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Los objetivos de desarrollo para el milênio. Tienen que ver con los niños. 2003. Disponível em: <http://www.unicef.org>, acesso de novembro de 2010.

65. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora - MG. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003; 25: 717-23.

66. Santos FLB, Oliveira MIV, Bezerra MGA. Prematuridade em recém-nascidos com Amniorrxe Porematura. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro, 2006; 10 (3).

67. Osis MJD, Hardy E, Faundes A, Alves G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública [online]. 1993, 27(1): 49-53.

68. Carvalho NM. Os Territórios da Saúde e a Saúde dos Territórios: Discutindo o Processo de Territorialização em Saúde a partir do Caso de um Serviço de Atenção Primária em Porto Alegre, RS [Dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.

69. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. RBGO. 2002; 24(5): 293-99.

70. Vieira LJ. O tétano neonatal no Estado de Minas Gerais: contribuição para a compreensão do problema. Rev. Latino-Am Enferm. 2003; 11(5): 638-44.

71. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev Saúde Públ. 2009; 43(1): 98-104.

72. Costa AM, Guilhem D, Walter MT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Públ. 2005; 39(5): 768-74.

73. Bezerra EHM, Alencar Júnior CA, Feitosa RFG, Carvalho AAA. Mortalidade

materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(9): 548-53.

74. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

75. Brasil. Ministério da Saúde. Sisvan. 2010. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php>, acesso em dezembro de 2010.

76. Brasil. Ministério da Saúde. Sis prenatal. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>, acesso em dezembro de 2010.

77. Brasil. Ministério da Saúde. Sinasc. 2010. Disponível: <http://portal.saude.gov.br>, acesso em dezembro de 2010.

78. Tsunehiro MA, Bonadio IC. A família na rede de apoio da gestante. Fam Saúde Desenvol. 1999; 1 (1/2): 103-6.

79. Zampieri MFM. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestante de alto risco e seus acompanhantes. Revista gaúcha Enferm. Porto Alegre, 2001; 22(1): 140-166.

80. BRASIL. Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde-DENASUS. Orientações sobre aplicação de recursos financeiros do SUS. Brasília: DENASUS, 2001.

81. Benson RC. Manual de obstetrícia e ginecologia. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 678p.

83. Buchabqui JA, Capp E, Ferreira J. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto risco na Rede Básica de Atenção de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, 2006; 6(1): 23-29.

84. Almeida PAM, Ciari Junior C, Siqueira AAF, Schor N, Giron SG, Tanaka ACA. Identificação e avaliação dos fatores clínicos da gestação de alto risco. Rev Saúde Públ. 1975; 9: 417-25.

85. Araujo DMR, Pereira NL, Gilberto KAC. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007; 23(4): 747-756.
86. Gomes R, Calvalcanti LF, Marinho ASN, Silva LGP. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2001; 9(4): 62-7.
87. UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação da Infância Brasileira 2006. Crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Disponível em: <http://www.unicef.org>, acesso em outubro de 2010.
88. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental*. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.
89. Ciari JrC, Almeida PAM. Elementos de avaliação do "risco gravídico". *Rev Saúde Públ.* 1972; 6: 57-78.
90. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileira: algumas características e estimativas de fator de ajuste\*\*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2004; 7(4) 449-60.
91. Peracoli JC, Parpinelli MA. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2005, 27(10):627-634.
92. Moraes JL, Oliveira AS, Herculano MMS, Costa CC, Damasceno AKC. Prevalência de síndrome hipertensiva gestacional em maternidade de referência: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2010; 9(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br>, acesso em dezembro de 2010.
93. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006; 367(9516): 1066-74.
94. Ananth CV, Basso O. Impact of pregnancy-induced hypertension on stillbirth and neonatal mortality. *Epidemiology*. 2010; 21(1): 118-23.
95. Delascio, D. *Hipertensão na gravidez*. São Paulo: Savier, 1983, p. 169.

96. Roberts JM, Gammill HS. Preeclampsia: Recent Insights. Hypertension. 2005; 46(6): 1243-49 Disponível em: <http://hyper.ahajournals.org>, acesso em dezembro de 2010.
97. Dusse LMS, Vieira LM, Carvalho MG. Revisão sobre alterações hemostáticas na doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). J. Bras. Patol. Med. Lab. [online]. 2001; 37. (4):267-272.
98. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. BMJ. 2005; 330(565): 1-7 Disponível em: <http://www.bmj.com>, acesso em dezembro de 2010.
99. Martins CA, Rezende LPR, Vinhas DCS. Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n.1, 2003. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br>, acesso em dezembro de 2010.
100. Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Netto HC, Bornia RG, Silva NR, Junior JA. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife 2006; 6(1).
101. Nascimento LFC. Análise hierarquizada dos fatores de risco para baixo peso ao nascer. Rev Paul Pediatria 2005; 23(2); 76-82.
102. Campana HCR, Pelloso SM. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2007; 9(1):51-63. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a04.htm>.
102. Simões MJS, Soares MCB. Ocorrência de Hipertensão Arterial em Gestantes no Município de Araraquara/SP. Saúde em Revista. 2006; 8(19): 7-11.
103. Martins MG, Barroso FVL, Naiva NA, Bezerra AC. Mortalidade materna subnotificada. Femina 2002; 5: 28-30.
104. Ximenes Neto FRG, Cavalcante LA, Girão Saraiva de Almeida NM, Rocha J, Leite JL, Carvalho Dantas C de. Perfil de gestantes de alto risco de um município do norte cearense/Brasil. Biblioteca Lascasas, 2008; 4 (2). Disponível em: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0327.php>, acesso em dezembro de

2010.

105. Ajeje R, Silva CA, Paula CC, Velano CEE. Incidências de patologias no ambulatório de gravidez de alto risco do Hospital Universitário Alzira Velano. Revista Universitária Alfenas, Alfenas, 1999; 5: 227-229. Disponível em: [www.unifenas.br](http://www.unifenas.br), acesso em dezembro de 2010.

106. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad Saúde Públ. 2003; 19(1): 181-91.

107. Buzzo MC, Gracato TMR, Cavaglieri AG, Leite MSP. Levantamento do perfil das gestantes de alto risco atendidas em uma maternidade de um Hospital Geral da cidade de Taubaté-SP. janus, Lorena, 2007; 6(4): 87:102.

109. Chaim SRP, Oliveira SMJV, Kimura AF. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento\*\*. Acta Paul Enferm, 2008; 21(1): 53-8.

110. Gonçalves R, Fernandes RAQ. Prevalência da Doença hipertensiva específica da Gestação em um Hospital público de São Paulo. Rev Bras. Enferm. 2005; 58 (1): 61-4.

111. Melo BCP, Amorim MMR, Katz L, Coutinho I, Veríssimo G. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. Rev Assoc Med Bras. 2009; 55(2): 175-80.

112. Dantas GDS, Felismino DC, Martiniano CS. Gravidez de Alto Risco: ocorrências no serviço de referência em Campina Grande-PB. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2006; 1263-1265.

113. Creasy RK, Merkatz IR. Prevention of preterm birth: clinical opinion. Obstet Gynecol 1990; 76Suppl:2S-4S.2.

114. Morrison JC. Preterm birth: a puzzle worth solving. Obstet Gynecol 1990; 76 Supl: 5S-12S.

115. Victora CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2001; 4(1): 63-9.



116. Bezerra LC, Oliveira SMJV, Latorre MRDO. Prevalência e fatores associados á prematuridade entre as gestantes submetidas á inibição de trabalho de parto prematuro. *Rev.Bras. Matern. Infant. Recife*, 2006; 6(2): 223-229.
117. Montenegro CAB. Anexos do embrião e do feto. In: Rezende J, editor. *Obstetrícia Fundamental*. 7a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p. 37-49.
118. Belfort P. Patologia do sistema amniótico. In: Rezende J, editor. *Obstetrícia*. 7a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p. 790-9.
119. Cabral SALCS, Costa CFF, Cabral Junior SF. Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura prematura de membranas e a indicação de parto cesáreo. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 25(10): 739-44.
120. Pinheiro RS, Ferreira LCL, Brum IR, Guilherme JP, Monte RL. Estudo dos fatores de risco maternos associados à sepse neonatal precoce em hospital terciário da Amazônia brasileira. *Rev. Bras. Ginecol*. Rio de Janeiro, 2007; 29(8).
121. Pierre AMMA, Bastos GZG, Oquendo R, Alencar Junior CA. Repercussões maternas e perinatais da ruptura prematura das membranas até a 26ª semana gestacional. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. [online]. 2003; 25(2): 109-114.
122. Silva SALC, Moraes Filho OB, Ferreira Neto PP, Silva AFS, Cavalcante RTCAA. Tratamento da ruptura prematura das membranas - técnicas experimentais. *Femina*; 36(7): 419-423, jul. 2008.
123. Costa MC, Bezerra FJG, Andrade Bezerra, MG Veríssimo OMI, Carvalho ORM, Vasconcelos SAR. Gestação de risco: percepção e sentimentos das gestantes com amniorrexe prematura. *Enfermería Global*, 2010; 20.
124. Rocha JES, Tomaz ACP, Rocha DB, Bezerra AF, Lopes ALC, Breda AMO, Souza SDA. Morbidade materna e morbimortalidade perinatal associada à infecção ascendente na Ruptura Prematura das Membranas. *RBGO*, 2002; 24 (1): 15 – 20.
125. Parizzi MR, Fonseca JGM. Nutrição na gravidez e na lactação. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(3): 341-53.

126. WHO – World Health Organization. The use and interpretation anthropometry phisycal status. Suíça; 1995.
127. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. [base de dados na internet]. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em saúde. Norma Técnica. Brasília. 2008. Disponível em: <http://www.sonutricao.com.br>, acesso em dezembro de 2010.
128. Lima GSP, Sampaio HAC. Influencia de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais das gestantes sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. Rev.Bras.Saúde Matern. Infant. Recife, 2004; 4(3):253-261.
129. Nucci LB, Schmidt MI, Duncan BB, Fuchs SC, Fleck T, Britto MMS. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. Rev Saúde Públ. 2001; 35(6): 502-07.
130. Zelaya MB, Godoy AC, Esperanza LM. Estado nutricional en el embarazo y peso del recién nacido. Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina. 2003; 125:1-6.
131. Monteiro CA, Benício MHD, Gouveia NC. Saúde e nutrição das crianças brasileiras no final da década de 80. In: *Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil - Aspectos de Saúde e Nutrição de Crianças no Brasil, 1989* (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, org.), pp. 19-42, Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Fundo das Nações Unidas para a Infância/Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, 1992.
132. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad Saúde Públ. 2003; 19(1): 181-91.
133. Fujimori E, Cassana LMN, Szarfarc SC, Oliveira IMV, Guerra-Shinohara EM. Evolución del estado nutricional de embarazadas atendidas en La red basica de salud, Santo André, Brasil. Rev Latino-am Enferm. 2001; 9(3): 64-9.
134. Andreto LM, Souza AI, Figueiroa JN, Cabral-Filho JE. Fatores associados ao

ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2006; 22(11): 2401-09.

135. Drehmer M, Camey S, Schmidt MI, Olinto MTA, Giacomello A, Buss C, Melere C, Hoffmann J, Manzolli P, Soares RM, Ozcariz S, Nunes MAA. Fatores socioeconômicos, demográficos e nutricionais associados com ganho de peso gestacional em unidades básicas de saúde no Sul do Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2010; 26(5): 1024-34.

136. Smith GCS, Shah I, Pell JP, Crossley JA, Dobbie R. Maternal obesity in early pregnancy and risk of spontaneous and elective preterm deliveries: a retrospective cohort study. *Am J Public Health.* 2007; 97(1): 157-62.

137. Callaway LK, Prins JB, Chang AM, McIntyre. The prevalence and impact of overweight and obesity in an Australian obstetric population. *MJA.* 2006; 184: 56-59.

138. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2001; 25:1175-82.

139. Young TK, Woodmansee B. Factors that are associated with cesarean delivery in a large private practice: the importance of prepregnancy body mass index and weight gain. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187:312-20.

140. Assunção PL, Melo ASO, Gondim SSR, Benício MHA, Amorim MMR, Cardoso MAA. Ganho ponderal e desfechos gestacionais em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Campina Grande, PB (Brasil). *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10(3): 352-60.

141. Coelho KS, Souza AI, Batista Filho M. Avaliação antropométrica do estado nutricional da gestante: visão retrospectiva e prospectiva. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2002; 2 (1): 57-61.

142. Drehmer M, Camey S, Schmidt MI, Olinto MTA, Giacomello A, Buss C, Melere C, Hoffmann J, Manzolli P, Soares RM, Ozcariz S, Nunes MAA. Fatores

socioeconômicos, demográficos e nutricionais associados com ganho de peso gestacional em unidades básicas de saúde no Sul do Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2010; 26(5): 1024-34.

144. Tanaka OY. Políticas de saúde: Estrutura e avaliação dos serviços. In: Simpósio Franco-Brasileiro de Metodologia de Pesquisa em Saúde Perinatal, São Paulo, 1994. Anais. São Paulo: Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP (Série Investigação da Saúde da Mulher, Criança e Adolescência, 3); 1994. p. 3-11.

145. Carvalho MM, Mendonça VA, Júnior CAA, Augusto APA, Nogueira MB. Estudo Comparativo dos Resultados Maternos e Perinatais entre Pacientes com Diabetes Pré-gestacional tipo I e Tipo II. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* Rio de Janeiro, 2000; 20(5).

147. Siqueira AAF, Tanaka ACA, Santana RM, Almeida PAM. Mortalidade materna no Brasil, 1980. *Rev Saúde Públ.* 1984; 18: 448-65.

148. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2005; 5(1): 523-32.

149. CASTRO, M. H. G. Descentralização e política de saúde: tendências recentes. *Planejamento e Política Pública*, IPEA, Brasília, nº 5, junho de 1991.

150. Romanelli RMC, et al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2006, 6(3): 329-334.

152. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Saúde Públ.* 2009; 43(1): 98-104.

153. Spindola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendida na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev. Esc. Enferm USP*, 2006; 40(3)381-8.

154. Carneiro NJ, Silveira C. Organização das práticas de atenção primária em

saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro, 2003; 19(6): 1827-1835.

156. Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005; 21(4):1077-1086.

157. Kilsztajn S, Rossbach AC, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. Rev Saúde Públ. 2003; 37: 303-10.

158. Guimarães EAA, Velásquez-Meléndez G. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do sistema de informação sobre nascidos vivos em Itaúna, Minas Gerais. Rev. Bras Saúde Matern. Infantil. Recife, 2002; 2(3):283-290.

159. Duarte G, Marcolin AC, Gonçalves CV, Quintana SM, Berezowski AT, Nogueira AA, Cunha SP. Infecção urinária na gravidez: análise dos métodos de diagnóstico e tratamento. RBG, 2002; 24 (7): 471-477.

160. MATO GROSSO. Governo do Estado. Caderno do gestor municipal de saúde de Mato Grosso /Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2001.198p.

161. MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso. Organização de Ione Mariza Bortolotto e Adriano Santana Martins. 2 ed – Cuiabá : SES, 2000.188 p.

162. Brasil. Gestante de Alto Risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

163. Secretaria de Estado de Comunicação. Passarinho J. Complexo do Hospital Regional de Cáceres. Mato Grosso: SECOM, 2008.

164. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. A regionalização da saúde em Mato Grosso: Em busca da integralidade da atenção. Júlio Strubing Muller Neto (org.). Cuiabá; 2002.

165. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. A regionalização da saúde em

Mato Grosso: em busca de integralidade da atenção. *Pan Am J Public Health*, 2000; 8 (4) 242-49.

166. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Gestação de Alto Risco*. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br>, acessado em dezembro de 2010.

167. Tanaka ACA. *Maternidade: dilema entre nascimento e morte*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1995.

168. Vieira S. *Introdução á Bioestatística*. 3ª Ed Revista Ampliada. Rio de Janeiro. Editora Campus, 1980.

169. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

170. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [website]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2007. *População. Censo 2010, primeiros resultados*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>, acesso em dezembro de 2010.

171. DATASUS – Departamento de Informática do SUS [website]. *Cadernos de Informações em Saúde. Pacto pela Saúde 2010-2011 – Mato Grosso*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>, acesso em dezembro de 2010.

172. FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia [website]. *Fichas Clínicas. Ficha Clínica de Pré Natal*. 2010. Disponível em: <http://www.febrasgo.com.br>, acesso em novembro de 2010.

173. Peixoto MRG, Benício MHA, Jardim PCBV. *Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia*. *Rev Saúde Públ*. 2006; 40(6):1065-72.

174. Atalah SE, Castillo CL, Castro RS. *Propuesta de um nuevo estandar de evaluacion nutricional em embarazadas*. *Rev Med Chile* 1997; 125(12): 1429-36.

175. Assis TR, Viana FP, Rassi S. *Estudo dos Principais Fatores de risco maternos nas Síndromes Hipertensivas da gestação*. *Arq Bras Cardiol* 2008; 91 (1):11-17.

176. Chen X, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Roads GG, Walker M. *Teenage*

pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*. 2007; 36: 368-73.

177. Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Públ*. 2005; 21(4): 1077-86.

178. Halpern A. Diabetes. In: Leonel, C. *Medicina: mitos e verdades*. 4. ed. São Paulo: CIP, 2000. Cap. 6, p. 168-175.

179. Nascimento LFC. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, Recife*, 2003; 3 (2): 187-194.

180. Brasil. Ministério da Saúde. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* [base de dados na internet]. ODM 5 - Melhorar a saúde das mulheres. 2010. [Acesso em: 2010 Dez 03]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.

181. Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, Domingues MR, Sclowitz IK, Hallal PC, Silveira MF, Vaughan JP. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet*. 2005; 365(9462): 847-54.

182. Oliveira EM. Gênero, Corpo e Conhecimento. *Saúde soc*. São Paulo, v.17, n.2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>, acesso em novembro de 2010.

183. Carvalho VCP, Araujo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, jul./set. 2007, 7(3):309-317.

184. Soares VMN, Souza KV, Freygang TC, Correa V, Saito MR. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/ eclampsia em um estudo do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. Rio de Janeiro, 2009.31(11).

185. Franceschini S, Priore CC Pequeno SE, Silva NPF, Sigulem DM. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda. *Rev.Nutr*. v.16 n.2

Campinas abr/jun, 2003.

186. Silva SMJ, Persinotto MOA. Revisão de literatura em enfermagem sobre hipertensão arterial na gravidez. Rev Esc Enferm USP. 2001, 35 (3): 214-222.

187. Farias AA, Abreu RNDC, Brito EM, Moreira TMM, Silva LMS, Vasconcelos SM. Análise da qualidade dos registros durante a assistência do pré-natal. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 2009, 22(3): 137-142.

188. Ramos JLA, Deutsch DA. Nutrição Materna e Seus Efeitos Sobre o Feto e o Recém-nascido. In: Ferbaum R, Falcão MC. Nutrição do recém nascido. São Paulo: Atheneu, 2003.

189. Conceição GMS, Alencar AP, Alencar GP. Noções básicas de estatística. Curso de Capacitação em Epidemiologia Básica e Análise de Situação de Saúde. Brasília: MS, 2006.

190. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.



**APENDICE****APENDICE 1 - Ficha Clínica de Tocoginecologia**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: Nenhuma  E. Fundamental  E. médio  E. superior Estado Civil/União Casada  Solteira  Estável  Outros Cor /Raça Branca  Negra  Parda  Indígena  Asiático **Antecedentes Pessoais**Hipertensão  Diabetes  Cardiopatia  Parto prematuro Mal Formação  ITU Repetição  Cir.Pélv.Uterina  Outros **Antecedentes Familiares:**Hipertensão arterial  Diabetes  Gemelidade Mal Formação  Outros **Antecedentes Obstétricos**

Gestação: \_\_\_\_\_ Parto: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Ectópicas: \_\_\_\_\_

Gemelares: \_\_\_\_\_

Abortamentos: \_\_\_\_\_ Espontâneos: \_\_\_\_\_ Provocados: \_\_\_\_\_

Partos: Vaginais: \_\_\_\_\_ Césareos: \_\_\_\_\_

Nascidos vivos: \_\_\_\_\_ Nascidos Mortos: \_\_\_\_\_

Filhos vivos atuais: \_\_\_\_\_ Óbitos 1ª semana: \_\_\_\_\_ Óbitos após 1ª semana: \_\_\_\_\_

Causa do óbito: \_\_\_\_\_

Peso RN:  <2500g  2500-4000g  >4000g

Data da última gestação \_\_\_/\_\_\_ (Mês/Ano)

Doença na gestação anterior: \_\_\_\_\_

**Gestação Atual**

Queixa Atual: \_\_\_\_\_

Numero consulta Pré Natal: <6  >6  não realizou Uso medicação:  Sim  Não

Vacinação anti-tetânica:  Sim  Não

Fumo:  Sim  Não

Álcool:  Sim  Não

Peso 1ª consulta: \_\_\_\_\_ Kg Peso Prévio: \_\_\_\_\_ Kg Estatura: \_\_\_\_\_ cm IMC

IG\_\_\_\_ MF\_\_\_\_\_ BCF\_\_\_\_\_ DU\_\_\_\_\_ PA\_\_\_\_\_

Diagnóstico Clínico:

DHEG  TPP Diabetes  Gemelidade  outro\_\_\_\_\_

### **Evolução da Gravidez**

#### **Parto**

Idade gestacional: \_\_\_\_\_ semanas

Tipo de parto: Vaginal Espontâneo  Vaginal Induzido  Cesárea

Peso RN: < 2500g  2500-4000g  >4000g


**Morte fetal:**  Sim  Não

Causa do óbito: \_\_\_\_\_

**Internação em UTI neonatal:**  Sim  Não

**ANEXO**

ANEXO 1 - Carta de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral da Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá-MT



**ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE  
E À INFÂNCIA DE CUIABÁ**

HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO

Entidade Mantenedora

---

Registro: n° 177 CEP/UNIC/2009 – protocolo n° 2009-175

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UNIC**

**DECLARAÇÃO**

Declaramos, para os devidos fins, que o Projeto de Pesquisa: “**Perfil Epidemiológico de Co-Morbidades na Gestação de Alto Risco no Município de Cáceres**” do (a) pesquisador (a) **Elivania Toledo Rodrigues** foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cuiabá - UNIC.

Cuiabá-MT, 27 de novembro de 2009.



**Prof. Dra. Bianca Borsatto Galera**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
UNIC/HGU

---

Rua Treze de Junho – 2101, Bairro Centro – CEP: 78025-000 – Cuiabá – MT – Telefone (65) 3363-7086  
E-mail: [genetica.biomol@hgucuiaba.com.br](mailto:genetica.biomol@hgucuiaba.com.br)

ANEXO 2 - Termo de autorização do diretor do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antonio Fontes – HRCAF.

Cáceres, 31 de Julho de 2009

Ao DR. José Eduardo Barbosa Barros

Diretor administrativo do Hospital Regional de Cáceres DR. Antonio Fontes

Prezado Diretor,

Cumprimentando-o cordialmente, venho por meio desta informar-lhe que fui aprovada na seleção para o mestrado em Ciências da Saúde na UnB (Universidade de Brasília), cujo título do projeto é: "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CO-MORBIDADES NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE CÁCERES". Pretendo realizar um estudo transversal (num momento único, até 48h pós parto), cujo objetivo é conhecer e descrever a problemática das co-morbidades existentes nas gestantes de alto risco. Serão entrevistadas todas as gestantes que apresentem alguma co-morbidade nos dois hospitais do município. A entrevista só será realizada após o consentimento escrito das pacientes.

Trata-se de um estudo inédito em nossa região e de grande relevância social, pois penso em mostrar através dessa pesquisa, qual é a co-morbidade que mais prevalece entre essas gestantes, pensando em subsidiar a implementação de futuras políticas públicas de saúde.

As entrevistas serão realizadas por mim e tem a duração aproximada de 12 meses.

Meu projeto encontra-se em fase de registro junto ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) e preciso de uma declaração de Vossa Senhoria concordando com a realização dessa pesquisa nas dependências deste Hospital.

Certo de contar com vosso costumeiro apoio, antecipo agradecimentos e coloco - me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Respeitosamente,

ELIVANIA TOLEDO RODRIGUES

*Elivania Toledo Rodrigues*

*A DAF*  
*Pr. Peridômeia*  
Dr. José Eduardo Barbosa Barros  
Diretor Geral  
D.O. 13.04.09 - Ano 10 - Nº 09/2009  
Hosp. Reg. de Cáceres Dr. Antonio Fontes

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ELIVANIA TOLEDO RODRIGUES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO INTERNADAS  
EM UM HOSPITAL DE CÁCERES - MATO GROSSO**

Brasília – DF

2010

## FICHA CATALOGRÁFICA

128 p. Rodrigues ET. Perfil epidemiológico das gestantes de alto risco internadas em um hospital de Cáceres - Mato Grosso. [Dissertação de Mestrado] Brasília: Universidade de Brasília, 2010.

1. Saúde da Mulher, 2. Políticas Públicas, 3. Gestação de Alto Risco.

CDU  
618.3 (81)