

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ROSENILDA CONCEIÇÃO BLANCO WILHELM TENFEN**

**PERFIL DAS GESTANTES ASSISTIDAS NO HOSPITAL EVANGÉLICO  
NO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS, EM 2007.**

**BRASÍLIA  
2009**

**ROSENILDA CONCEIÇÃO BLANCO WILHELM TENFEN**

**PERFIL DAS GESTANTES ASSISTIDAS NO HOSPITAL EVANGÉLICO  
NO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS, EM 2007.**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com vistas à obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

Aprovado em 04 de Dezembro de 2009.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Solange Baraldi

---

Prof. Dr. Valdir Filgueiras Pessoa

*“A minha querida família, com vocês vivo uma oportunidade de transformação e de busca por um sentido, agradeço o convívio e o compartilhar das nossas diferenças”.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu Orientador Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro, pelo acolhimento nos momentos de extrema ansiedade, pela paciência, serenidade, carinho e pela sabedoria que me impulsionou a dar continuidade diante das dificuldades, um exemplo de ser humano a ser seguido.

Aos meus pais José Blanco Gerona e Catarina Wilhelm Blanco, as palavras nunca serão suficientes para expressar a gratidão e o respeito que tenho para com vocês, que não só deram-me a vida como também orientaram os meus passos para seguir um caminho.

Ao meu marido Jacson Roberto Tenfen pelo incentivo e ajuda na realização deste trabalho. Você é o sol da minha vida.

Ao Centro Universitário da Grande Dourados – UNIGRAN-MS o qual proporcionou a oportunidade para a construção de um novo conhecimento, em especial a Magnífica Reitora Rosa Maria D’Amato D’ Déa pelas palavras de incentivo e carinho.

Aos professores do mestrado da UnB, pelos conhecimentos transmitidos através das disciplinas.

Ao Hospital Evangélico em especial ao Diretor Sr. Eliezer Branquinho e ao Chefe de enfermagem Sr. Marco Aurélio Areias pela autorização e incentivo a minha pesquisa e pelas palavras de apoio e de confiança.

As funcionárias do SPP do Hospital Evangélico, pela ajuda e atenção.

Aos colegas do mestrado, pelas novas amizades e bons momentos de convívio.

Ao mestre Jesus Cristo que nos mostra que com amor e responsabilidade podemos superar muitos obstáculos.

*“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível, e de repente, você estará fazendo o impossível” (São Francisco de Assis).*

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ROSENILDA CONCEIÇÃO BLANCO WILHELM TENFEN**

**PERFIL DAS GESTANTES ASSISTIDAS NO HOSPITAL EVANGÉLICO  
NO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS, EM 2007.**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com vistas à obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

**BRASÍLIA**

**2009**

## RESUMO

**Introdução** - A assistência à gestante é um fator decisivo na evolução da gestação que visa prevenir ou detectar qualquer alteração que possa interferir na condução do estado gestacional.

**Objetivos** - A realização desse estudo teve como objetivos conhecer a magnitude de gestantes assistidas em hospital do município de Dourados no Estado do Mato Grosso do Sul, no ano de 2007. Estudou-se o perfil epidemiológico e social: faixa etária, etnia, duração da gestação, via de parto, número de consultas pré-natais, doenças anteriores à gestação e complicações decorrentes da condição gestacional, grau de escolaridade, número de filhos, ocupação e local de origem das gestantes. **Materiais e Métodos** – Trata-se de um estudo descritivo quantitativo. Analisaram-se variáveis relativas à condição gestacional; coletaram-se dados secundários tendo como base o exame de 208 prontuários de gestantes assistidas no Hospital Evangélico de Dourados.

**Resultados** – Verificou-se que a maioria das gestantes eram de etnia branca 103 (49,5%), seguidas pelas pardas 84 (40,4%), negras 10 (4,8%) e indígenas 11 (5,3%); a faixa etária mais freqüente das gestantes assistidas foi no intervalo entre 14 à 21 anos 60 (28,8%). As gestantes brancas apresentam maior grau de escolaridade no intervalo de 12 e mais (anos de estudos concluídos) com 3 (60%), seguido pelas pardas com 2 (40,0%); negras 8 (7,8%) e indígenas 5 (4,9%) tiveram incidência maior no intervalo de 4 à 7 (anos de estudo concluídos). A via de parto mais freqüente foi à vaginal, 113 (54,3%) e as complicações mais freqüentes foram infecção urinária 23 (11%) e pré-eclâmpsia 18 (9%). A maioria das gestantes era oriunda do município de Dourados 187 (89,9%) e as demais tiveram como origem os seguintes municípios: Rio Brilhante 6 (2,9%), Ivinhema 4 (1,9%), Itaporã 3 (1,4%) e outros municípios 8 (3,8%). **Conclusão** – Concluiu-se que a maioria das gestantes estava na faixa etária jovem. O maior número de consultas pré-natais foram realizadas por mulheres brancas e que inclusive apresentaram maior grau de escolaridade, enquanto, que as mulheres negras foram as que apresentaram maior incidência em complicações como a exemplo, a pré-eclâmpsia.

**Palavras-Chaves:** pré-natal; gestação; gestação de alto risco.

## ABSTRACT

**Introduction** – Pregnant assistance is a main factor for pregnancy evolution, and intends to prevent and detect any alteration which may intervene at gestational state. **Objectives** – The aim of this study was to evaluate the number of pregnant assisted at a municipal hospital in Dourados, Mato Grosso do Sul state, in year 2007. The following epidemiological and social profiles were investigated: age, ethnic, gestational duration, mode of delivery, number of prenatal care visits, diseases before pregnancy and gestational complications, educational level, number of childbirths, occupation, local origin. **Material and Methods** – A descriptive quantitative study was corned out. It was verified that most pregnant were white 1084 (40.4%), followed by black 10 (4.8%) and indigenous 11 (5.3%); mean age rated between 14 to 21 years old 60 (28.8%). **Results** – White pregnant presented educational level higher rate 3 (60%) for 12 years and more studying., followed by pardas 2 (40%), black 8 (7.8%) and indigenous 5 (4.9%) with rate from 4 to 7 years studying. The frequent mode of delivery was vaginal 113 (54.3%) and the most frequent complications were urinary tract infection 23 (11%) and preeclampsia 18 (9%). Most of the pregnant were from Dourados city 187 (89.9%), the others came from the cities: Rio Brilhante 6 (2.9%), Ivinhema 4 (1.9%), Itaporã 3 (1.4%) and other cities 8 (3.8%). **Conclusion** – It is concluded that most pregnant were in youngest rate according to data base; the higher number for prenatal care visits were carried out by white women presenting higher educational level, while black presented the most complications such as preeclampsia.

**Key-words:** prenatal care; gestation; high risk gestation.

## LISTAS DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Mapa da localização do município de Dourados no Estado do Mato Grosso do Sul.....	49
<b>Figura 2.</b> Mapa com distribuição espacial do deslocamento das gestantes dos seus municípios de residência para Dourados/MS.....	55

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Variações sócio-demográficas das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	53
<b>Tabela 2.</b> Distribuição dos municípios de residência das gestantes atendidas no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	54
<b>Tabela 3.</b> Distribuição da etnia e estado civil das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	55
<b>Tabela 4.</b> Distribuição da etnia e faixa etária das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	56
<b>Tabela 5.</b> Distribuição da etnia e escolaridade (em anos de estudos concluídos) das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	57
<b>Tabela 6.</b> Distribuição da etnia e número de filhos das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	58
<b>Tabela 7.</b> Distribuição da etnia e número de consultas pré-natais das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	59
<b>Tabela 8-</b> Distribuição do número de consultas de pré-natal e escolaridade (em anos de estudo concluídos) das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	60
<b>Tabela 9.</b> Distribuição da etnia e complicações e\ou intercorrências das gestantes atendidas no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	61
<b>Tabela 10.</b> Distribuição da duração da gestação (em semanas) das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	62
<b>Tabela 11.</b> Distribuição da via de parto das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	63
<b>Tabela 12.</b> Distribuição da etnia e número de gestações anteriores das gestantes atendidas no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	64

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico I</b> – Mostra a distribuição da etnia e o grau de escolaridade das gestantes assistidas no Hospital Evangélico no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	57
<b>Gráfico II-</b> Mostra a presença de doenças associadas à gestação ou complicações ocorridas paralelamente a condição gestacional das gestantes atendidas no Hospital Evangélico no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	59
<b>Gráfico III.</b> Mostra as complicações e\ou intercorrências das gestantes assistidas no Hospital Evangélico no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	62
<b>Gráfico IV</b> – Duração da gestação (em semanas) das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	63
<b>Gráfico V</b> – Tipo de via de parto das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.....	64

## **LISTA DE SIGLAS**

**ANS** – Agencia Nacional de Saúde

**CIUR-** Crescimento Intra-uterino Restrito

**DATASUS** – Departamento de informática do SUS

**DHEG** - Doença Hipertensiva Especifica da Gravidez

**DIU** – Dispositivo Intra-uterino

**DM-** Diabetes Mellitus

**DST-** Doenças Sexualmente Transmissíveis

**FEBRASGO** - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

**HE** – Hospital Evangélico

**HVI-AIDS-** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**ITU-** Infecção do Trato Urinário

**LH** – Hormônio Luteinizante

**MS-** Mato Grosso do Sul

**OSCIP** – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

**OMS-** Organização Mundial da Saúde

**PA-** Pressão Arterial

**PAISM-** Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

**PHPN-** Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento

**PNAD-** Pesquisa Nacional por amostra de Domicílio

**SUS-** Sistema Único de Saúde

**UnB-** Universidade de Brasília

**UNICEF-** Fundo das Nações Unidas para a Infância

**UNIGRAN** – Centro Universitário da Grande Dourados

**VPI** – Violência Intima por Parceiro

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
<b>1.GESTAÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1 Definição.....	15
1.2 Métodos de Contracepção.....	16
1.2.1 Coito Interrompido.....	16
1.2.2 Abstinência Periódica.....	16
1.2.3 Método do Calendário.....	17
1.2.4 Método de Temperatura Basal.....	17
1.2.5 Método de Muco Cervical.....	18
1.2.6 Método Sintotérmico.....	18
1.2.7 Teste de Previsão de Ovulação.....	18
1.2.8 Métodos de Barreira.....	18
1.2.9 Métodos Hormonais.....	19
1.3 Contexto Cultural.....	20
1.4 Fatores Socioeconômicos.....	21
1.5 Posições em Trabalho de Parto.....	24
1.6 Vias de Parto.....	25
1.7 Idade Materna, Paridade e Intervalo Gestacional.....	28
1.8 Intercorrências Clínicas.....	29
1.8.1 Infecções.....	29
1.8.2 Diabetes Mellitus.....	29
1.8.3 Anemias na Gestação.....	30
1.8.4 Síndromes Hipertensivas.....	31
1.8.5 Tipos de Aborto.....	31
1.8.6 Drogas e outras Substâncias Tóxicas.....	33
1.8.7 Alterações Ginecológicas.....	34
1.8.8 Violência durante a Gestação.....	34

<b>2. GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.....</b>	<b>36</b>
2.1 Definição.....	36
2.2 Mortalidade Materna.....	40
<b>3. ATENÇÃO PRÉ-NATAL.....</b>	<b>42</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>47</b>
4.1 Objetivo Geral.....	47
4.2 Objetivos Específicos.....	47
<b>5. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>48</b>
5.1 Tipo de Estudo.....	48
5.2 Descrição de Área de Estudo.....	48
5.3 Local de Pesquisa.....	49
5.4 Caracterização da Amostra.....	50
5.5 Análise de Dados.....	50
5.6 Considerações Éticas da Pesquisa.....	50
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>52</b>
<b>7. CONCLUSÕES.....</b>	<b>66</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>89</b>

## INTRODUÇÃO

A gravidez é uma fase na vida que determina profundas transformações biológicas, psíquicas, inter-relacionais e socioculturais. Por consenso é um período de crise que exigirá, por parte da gestante e de sua rede social, ajustamentos para enfrentar as mudanças desencadeadas pela gestação (LIMA, 2006). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como primordiais pesquisas em saúde reprodutiva relativas à sexualidade, contracepção e à concepção, incluindo a gravidez, o parto e o puerpério, propondo que os fatores característicos do contexto sociocultural, ou seja, valores, crenças, condições socioeconômicas, entre outros, sejam considerados como eventos importantes (OSIS, 2005).

A assistência pré-natal tem ocupado historicamente um espaço relevante na atenção à saúde da população. O pré-natal compreende um conjunto de atividades que visa à promoção de saúde das mulheres grávidas e dos recém-nascidos e o estabelecimento de ações adequadas à prevenção, ao diagnóstico e ao manuseio clínico, ou de enfermidades previamente existentes (COUTINHO *et al.*, 2003). A garantia da qualidade da atenção pré-natal pressupõe a acessibilidade ao cuidado, incluído aqui o aumento na oferta de serviços de saúde, o acesso a exames laboratoriais, e existência de mecanismos formais de referência e contra-referência entre os níveis de atenção (COIMBRA *et al.*, 2003; SERRUYA *et al.*, 2004).

Em 2000, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com os objetivos de promover ações direcionadas à redução da morbimortalidade materna, melhora dos resultados perinatais, tendo como pano de fundo a humanização do atendimento. Em suas diretrizes, ficou enfatizada a importância de avaliar a qualidade do cuidado prestado.

Apesar de ser um processo fisiológico, a gravidez produz modificações no organismo materno passíveis de colocar a gestante no limite patológico. Desse modo, se a gestante não for adequadamente acompanhada, notadamente quando já existe a superposição de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco, para a mãe, e para o feto (TREVISAN *et al.*, 2002).

Como é notória, a gravidez é influenciada por múltiplos fatores, desde os de natureza biológica até as características sociais e econômicas da população, além do acesso ao serviço de saúde e da qualidade técnica de tais serviços (LAURENTI, 1997).

A realização desse estudo teve como objetivo conhecer a magnitude de gestantes assistidas em hospital do município de Dourados no Estado do Mato Grosso do Sul, no ano de 2007.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **1. GESTAÇÃO**

Historicamente, o parto foi vivenciado como um evento feminino, acompanhado por membros do grupo social da parturiente, como a mãe, parentes, vizinhas e a parteira, que a auxiliava durante o trabalho de parto. Surge então a necessidade de regulamentar a prática das parteiras, mediante a licenciatura, ficando essa função a cargo do monarca da Igreja e das municipalidades (SILVEIRA, 2006). Os novos conhecimentos anatomo-fisiológicos adquiridos a partir desse período, investigados pelos médicos-cirurgiões e impulsionados pela monarquia absolutista, permitiram o surgimento de novas descobertas no campo da obstetrícia. Entre elas, destacam-se a realização da operação cesariana na mulher com vida, o aperfeiçoamento do fórceps e o entendimento de mecanismos da parturição (MOTTA, 2009).

Durante o século XVIII, na Europa, o parto começou a sofrer um processo de medicalização significativa nos centros urbanos, e em meados do século XX em vários países do mundo ocidental, inclusive o Brasil (SANTOS, 2002).

Esse processo implicou em mudança do paradigma da experiência do parto, que deixou de ser um evento feminino, doméstico e fisiológico, passando a ser dominado pelo médico e vivido em um hospital (SANTOS, 2002). O reconhecido avanço técnico propiciado pelos médicos trouxe benefícios, mas também uma prática obstétrica intervencionista e hegemônica, que ainda caracteriza a atual assistência ao parto (MOTTA, 2003).

#### **1.1 Definição**

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem apresentar variações ou anormalidades. Apesar disso, há uma parcela de gestantes que, por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2000).

Segundo Lima (2006), a gravidez é uma fase na vida que determina profundas transformações biológicas, psíquicas, inter-relacionais e socioculturais. Por consenso é um

período de crise que exigirá, por parte da gestante e de sua rede social, ajustamentos para enfrentar as mudanças desencadeadas pela gestação.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como primordiais pesquisas em saúde reprodutiva relativas à sexualidade, contracepção e à concepção, incluindo a gravidez, o parto e o puerpério, propondo que os fatores característicos do contexto sociocultural, ou seja, valores, crenças, condições socioeconômicas, entre outros, sejam considerados como eventos importantes (OSIS, 2005).

## **1.2 Métodos de Contracepção**

De acordo com Lowdermilk *et al.*, (2002), a contracepção é a prevenção voluntária da gestação, tendo implicações tanto individuais quanto sociais. Atualmente, os casais que escolhem a contracepção devem ser informados sobre a prevenção da gestação indesejada, assim como a proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Os numerosos métodos de contracepção estão descritos resumidamente abaixo.

### **1.2.1 Coito interrompido**

O coito interrompido envolve a retirada do pênis, da vagina da mulher antes que o parceiro ejacule. Embora esse método tenha sido classificado como ineficaz, é uma boa opção para os casais que não possuem outro contraceptivo disponível (HATCHER, 1998 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002 ). Eles ressaltam que o índice de falha para o usuário típico do coito interrompido é de aproximadamente 19%, e este não protege contra DSTs ou HIV.

### **1.2.2 Abstinência periódica**

A abstinência periódica, ou planejamento familiar natural, proporciona a contracepção usando métodos que evitam a relação sexual durante os períodos férteis. É o único método anticoncepcional aceito pela Igreja Católica. A consciência da fertilidade é uma combinação do registro dos sinais e sintomas do ciclo menstrual com o uso da abstinência ou de outros métodos contraceptivos, durante os períodos férteis (GEERLING, 1995 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).

### 1.2.3 Método do calendário

A prática do método do calendário (também conhecido como método do ritmo ou ciclo menstrual) baseia-se no número de dias em cada ciclo, contados a partir do primeiro dia da menstruação. Com este método, determina-se o período fértil após o registro exato da duração dos ciclos menstruais, durante seis meses. O começo do período fértil é estimado pela subtração de 18 dias do ciclo de menor duração; o final do período é determinado pela subtração de 11 dias do ciclo mais longo. Para evitar a concepção, o casal deve abster-se, durante o período fértil, do 6º ao 19º dia. Um importante inconveniente do método é tentar prever eventos futuros com base em dados passados. A imprevisibilidade do ciclo menstrual também não é levada em consideração (GEERLING, 1995 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).

#### **Ciclo mais curto**

24-18=6 (sexto dia)

#### **Ciclo mais longo**

30-11=19 (décimo nono dia)

Se a mulher tiver ciclos muito regulares de 28 dias cada, a fórmula indica que os dias férteis são:

#### **Ciclo mais curto**

28-18=10 (décimo dia)

#### **Ciclo mais longo**

28-11=17 (décimo sétimo dia)

Para evitar a gestação, o casal abstém-se do 10º ao 17º dia, visto que a ovulação ocorre no 14º, durante aproximadamente dois dias.

### 1.2.4 Método de temperatura basal

De acordo com Lowdermilk *et al.*, (2002) a temperatura basal é a mais baixa de uma pessoa saudável, tirada imediatamente após acordar e antes de sair da cama. A temperatura basal geralmente varia de 36,2º a 36,3ºC na menstruação e durante os cinco a sete dias posteriores, aproximadamente. Se a ovulação não ocorrer, esse padrão de temperatura mais baixa continua durante o ciclo. Próximo à ovulação, observa-se uma ligeira queda na temperatura (aproximadamente 0,05ºC); após a ovulação, juntamente com o aumento dos níveis de progesterona da fase lútea inicial do ciclo, a temperatura basal eleva-se ligeiramente (em torno de 0,2º a 0,4ºC) (SPEROFF, 1996 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002). A temperatura permanece em platô elevado até dois a quatro dias antes da menstruação.

### **1.2.5 Método do muco cervical**

O método do muco cervical (também chamado de método de Billings e de método do modelo de Creighton) exige que a mulher reconheça e interprete as mudanças cíclicas características na quantidade e na consistência do muco cervical. Cada mulher tem seu padrão peculiar de mudanças. O muco cervical que acompanha a ovulação é necessário para a viabilidade e motilidade dos espermatozóides (LOWDERMILK *et al.*, 2002). Algumas mulheres podem achar esse método inaceitável por não ficarem à vontade ao tocar seus genitais.

### **1.2.6 Método sintotérmico**

O método sintotérmico combina os métodos de temperatura basal e do muco cervical com o reconhecimento dos sintomas secundários relacionados à fase do ciclo. Os sintomas secundários incluem o aumento da libido, a perda sangüínea do meio do ciclo, a plenitude ou sensibilidade pélvica e a plenitude vulvar. Os cálculos do calendário e as mudanças no muco cervical são usados para estimar o início do período fértil; as mudanças no muco cervical e a temperatura basal são usadas para estimar seu término (GEERLING, 1995 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).

### **1.2.7 Teste de previsão da ovulação**

Toda discussão anterior girou em torno da investigação indicativa da ocorrência e do momento exato da ovulação, porém não de sua comprovação. O teste de previsão da ovulação é um acréscimo importante aos métodos de abstinência periódica, para ajudar as mulheres que desejam planejar suas gestações e para as que tentam conceber. O teste detecta a elevação súbita do hormônio luteinizante (LH) que ocorre aproximadamente entre 12 e 14 horas antes da ovulação. Disponível para o uso doméstico, o conjunto contém material suficiente para vários dias de testes de urina durante cada ciclo. Uma resposta positiva, indicando a elevação de LH, é facilmente visível pela mudança de cor. As instruções para o uso do teste variam de acordo com o fabricante (LOWDERMILK *et al.*, 2002).

### **1.2.8 Métodos de barreira**

Os contraceptivos de barreira estão recebendo grande atenção e maior uso atualmente (SPEROFF, 1996 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002). Tal método apresenta a vantagem

adicional de reduzir a disseminação de DST. Os preservativos masculinos e femininos proporcionam uma barreira mecânica às DSTs (HATCHER, 1998 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).

- **Espermicidas:** o espermicida vaginal é uma barreira física a penetração do espermatozóide que também tem uma ação química sobre ele. O nonoxinol-9 (N-9) e o octoxinol-9 são os espermicidas químicos mais comumente usados (FIGUEREDO *et al.*, 2008).
- **Preservativos:** o preservativo masculino consiste em uma cobertura fina e extensível, que cobre o pênis, 95% são feitos de látex. Desde 1982, passou a ser acrescentado um espermicida (0,5g de nonoxinol-9) às superfícies internas e externas de alguns preservativos. A adição não apenas aumenta a eficácia contraceptiva, mas também a proteção contra a transmissão de DST, incluindo o HIV. O índice de falha típico para o primeiro ano de uso é de 14% (HATCHER, 1998 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002). O preservativo feminino é feito de poliuretano e tem anéis flexíveis nas duas pontas (SPEROFF, 1996 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002). A falha típica é 21% no primeiro ano de uso (HATCHER, 1998 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).
- **Diafragma:** o diafragma é uma barreira mecânica que impede o encontro do espermatozóide com o óvulo. Ele mantém o espermatozóide no lugar, contra cérvix, durante as 6 horas necessárias para destruir o espermatozóide. O índice típico de falha do diafragma sozinho é de 20% no primeiro ano de uso (LOWDERMILK *et al.*, 2002).

### 1.2.9 Métodos hormonais

As formulações abrangem medicamentos esteróides, combinando estrogênio e progesterona, agentes progestacionais e um estrogênio. As formulações são administradas por via oral, subdermicamente ou por implante. Para mulheres motivadas, é fácil tomar um contraceptivo oral aproximadamente à mesma hora todos os dias. Os contraceptivos orais são considerados uma opção segura para as mulheres mais velhas, não fumantes, até a menopausa. O índice de falha devido à omissão é de 5%. Os contraceptivos orais não protegem a mulher contra DST (LOWDERMILK *et al.*, 2002).

- **Dispositivo intra-uterino:** é pequeno, em forma de T, inserido na cavidade uterina. Os DIUs com medicação são carregados com cobre ou com um agente progestacional. Essas

substâncias quimicamente ativas são liberadas, continuamente, durante longos períodos de tempo (por exemplo, os dispositivos contendo cobre, entre quatro a oito anos [atualmente] e os contendo progesterona, durante um ano), o DIU não oferece proteção contra DST, não é recomendado para adolescentes, mas primariamente para mulheres que já tenham pelo menos um filho e um relacionamento monógamo estável (HEATCHER, 1998 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).

### 1.3 Contexto Cultural

Uma experiência de vida, como a gravidez, envolve muitas vezes, crenças e práticas tradicionais. As estruturas econômicas, religiosas, políticas e de parentesco de uma cultura difundem-se nas crenças e nas práticas relativas à gravidez. Todas as culturas mantêm normas de comportamento e expectativas para cada estágio do ciclo perinatal. Essas normas e expectativas evoluem da visão cultural sobre o modo pelo qual as pessoas permanecem sadias e previnem a doença. Os pacientes têm o direito de esperar que suas necessidades fisiológicas e psicológicas de atendimento de saúde sejam preenchidas e que suas crenças culturais sejam respeitadas (LOWDERMILK *et al.*, 2002).

A cultura tem muitas definições, considera-a um conjunto de diretrizes, que os indivíduos herdam como membros de uma determinada sociedade. Essas dizem às pessoas como ver o mundo e como relacionar-se com outras pessoas, com as forças sobrenaturais e com o ambiente natural. O conhecimento cultural abrange crenças e valores sobre cada faceta da vida (HELMAN, 2002 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).

Segundo Lowdermilk *et al.*, (2002) incontáveis crenças e práticas derivam de origens religiosas ou étnicas e podem ser observadas por famílias de diferentes embasamentos culturais, embora sejam muito significativas, as considerações financeiras não se constituem nas únicas barreiras para a obtenção de atendimento de saúde de qualidade. À medida que o país torna-se mais diversificado, racial, étnica e culturalmente, a saúde das minorias torna-se um assunto importante.

As influências culturais e religiosas também interferem nos riscos de saúde, porque a mulher e a família podem ter valores sociais e de vida, além de uma visão da saúde e da doença, que determinam práticas diferentes esperadas. Essas práticas podem incluir tabus ou frequências alimentares, métodos de higiene, efeitos do clima, comportamentos relativos ao atendimento,

desejo de submeter-se aos exames e procedimentos diagnósticos e conflitos de valores (MURRAY, 1997 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).

Lowdermilk *et al.*, (2002) relata que em muitas culturas, a tradição implica em levar a placenta para casa, em outras, a mulher recebe apenas determinados alimentos durante o trabalho de parto. Algumas mulheres acreditam que um corte no corpo, como a episiotomia, faz o espírito abandonar o corpo, e o rompimento das membranas prolonga e não encurta o trabalho de parto.

Em algumas culturas, as mulheres agem de forma “certa” durante o parto, e reagem à dor conforme a sua maneira. Esses comportamentos variam de silêncio completo aos gemidos e gritos, mas não correspondem ao grau de dor sentida. Algumas mulheres consideram vergonhoso gritar ou chorar de dor se um homem estiver presente (D’AVANZO, 1992 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002). Se a pessoa de apoio for à mãe, ela pode “comportar-se” melhor do que se essa pessoa for o pai do bebê. Ela perceberá seu sucesso ou fracasso baseada na capacidade de aderir a esses “padrões” de comportamento. Em algumas culturas, as mulheres que perdem o controle e gritam de dor são desprezadas, ao que, em outras, as pessoas de apoio tornam-se mais úteis (WEBER, 1996 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).

#### **1.4 Fatores Socioeconômicos**

As características individuais e as condições sócio-demográficas da mulher gestante são fatores de risco que podem interferir no desenvolvimento de uma gestação saudável e devem ser rastreados no pré-natal, dentre outros fatores, os biológicos, obstétricos atuais e anteriores e patologias clínicas (NEME, 2000).

A desigualdade social e econômica tem sido apontada como um importante fator de diferenciação das condições de saúde da população (MARMOT *et al.* 1987; SZWARCOWALD *et al.* 1999). Indicadores como a escolaridade, a renda e o local de moradia determinam tanto o acesso, quanto a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde.

Quanto maior a escolaridade da mulher, menor é a taxa de fecundidade. A diferença existente entre as taxas de fecundidade e os anos de estudo da mulher coloca em discussão a importância da educação, bem como indica a necessidade de incorporar essa perspectiva nas políticas públicas. O incremento de educação no país e o incentivo para que os brasileiros/as prossigam na educação formal além do ensino fundamental têm reflexos imediatos na saúde

reprodutiva de toda a população. Essa lógica vale para cidadãos de ambos os sexos e para as diferentes faixas etárias (PARKER *et al.*, 2000).

Segundo Costa (1998), a escolaridade materna pode ser entendida como uma aproximação do estrato social materno e continua a ser considerado, por muitos autores, como o mais relevante fator associado ao peso ao nascer e também a mortalidade neonatal.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a baixa escolaridade, definida como menos de cinco anos de estudo regular, associa-se a piores prognósticos gestacionais.

Camiña (2005) observa ainda que mães com grau de escolaridade de quatro anos ou mais dão maior importância ao pré-natal, têm acesso mais fácil ao acompanhamento de sua gestação e geralmente possuem melhores condições econômicas e menor número de filhos, reduzindo assim a possibilidade de recém-nascidos com baixo peso.

Quantificada pela baixa renda familiar, pelo baixo nível educacional, pelas condições precárias de moradia, pela classe social e pelo tipo de ocupação, a baixa condição socioeconômica relaciona-se à ocorrência de desfecho indesejável na gestação (ZAMBONATO *et al.*, 2004). Além dos aspectos socioeconômicos, a etnia e o estado marital foram destacados em alguns estudos (CARMO, 2006).

Main (1988), em estudos com gestantes norte-americanas, afirma que a prematuridade e, conseqüentemente, o menor peso ao nascer é maior na raça negra devido às características genéticas. Lhora *et al.*, (2003), afirmam que mães negras solteiras, e de baixa condição socioeconômica, apresentam maior risco de terem recém-natos com baixo peso, sugerindo que os fatores socioeconômicos e não só os fatores genéticos contribuem para o desfecho desfavorável da gestação.

Leal *et al.*, (2004), em um estudo transversal, realizado no Município do Rio de Janeiro, observou persistente situação desfavorável das mulheres de pele negra e parda em relação às brancas. Nas mulheres negras e pardas são maiores as proporções de puérperas adolescentes, com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado e vivendo sem companheiro. Sofrer agressão física, fumar, tentar interromper a gravidez e peregrinar em busca de atenção médica foram mais frequentes nas negras seguidas das pardas e das brancas com baixa escolaridade. O grupo com elevado de nível de escolaridade tem melhores indicadores, mas repete o mesmo padrão. Esse gradiente se mantém, em sentido inverso, quanto à satisfação com a assistência prestada no pré-

natal e no parto. Constata-se a existência de duas formas de discriminação, por nível educacional e etnia.

No Brasil, na maioria dos estados, a taxa de fecundidade tem diminuído gradativamente em todas as faixas etárias, de forma mais discreta entre adolescentes. Em alguns estados a gravidez na adolescência é mais expressiva entre os 10 a 14 anos do que dos 15 aos 19 anos, sendo esse fato extremamente preocupante, pois na maioria das vezes não ocorre de forma planejada ou desejada (CEZIMBRA, 2008).

Um dos aspectos que tem chamado a atenção de demógrafos é a mudança na estrutura etária da fecundidade nas últimas décadas. Segundo Berquó (2003), o peso relativo do recorde etário de 10 a 14 anos nas taxas de fecundidade passou de 0,24% em 1991, para 0,57% em 2000: a fecundidade desse grupo teve, no período, um crescimento de 108%, variando de 0,0013 a 0,0024.

Em 2006, segundo dados do IBGE (PNAD/2006), a taxa de fecundidade no Brasil foi estimada em 2,0 nascimentos por mulher, indicando queda ao nível de reposição da população.

De qualquer forma é quase impossível saber qual o número real de mulheres que engravida, em qualquer faixa etária. Em muitos lugares o sistema de notificação é ainda muito precário e a ocorrência de gravidez e sua interrupção precoce podem passar despercebidas pelo conhecimento da sociedade. Muitas vezes as mulheres engravidam e nem o parceiro, a própria família ou os profissionais de saúde ficam sabendo (COUTINHO, 2003).

Os métodos utilizados para resolver a gravidez não planejada, indesejada ou desejada, mas por algum motivo impossibilitada de ser levada a diante, são os mais variados. Eles dependem da cultura, do acesso aos serviços de saúde, da situação socioeconômica e de outros fatores (CEZIMBRA, 2008).

Rezende *et al.*, (1999), relata que nos países em desenvolvimento, as mortes maternas caracterizam uma “Epidemia silenciosa”, onde a existência de serviços de saúde inadequados para as gestantes, falta de planejamento familiar e efeito da pobreza refletindo desigualdades sociais tornam a mortalidade materna inaceitável, dada a disponibilidade de recursos científicos e tecnológicos para evitá-la.

As conseqüências sociais para mulheres pobres mães-solteiras são enormes, porque muitas delas, com poucas habilidades, ficam presas a uma renda insuficiente para atender aos seus cuidados e da criança. Essas famílias geram cada vez menos recursos e aumentam os riscos

de problemas de saúde. Os múltiplos papéis para as mulheres provocam, geralmente sobrecarga, conflito e estresse, resultando em riscos mais elevados para o atendimento psicossocial de saúde (COX, 1997 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).

No Brasil e na América Latina, há desigualdades regionais relativas à cobertura de atenção ao pré-natal (COUTINHO, 2003).

O Estado de Mato Grosso do Sul (MS) concentra grande parte da população indígena do Brasil, estimada em aproximadamente 46 mil índios, sendo esta superada apenas pela população do Estado do Amazonas (BRASIL, 2000). A reserva indígena do município de Dourados (MS) (Pólo Dourados/Fundação Nacional de Saúde-FUNASA) compreende as aldeias Bororó, Jaguapirú, Panambi e Panambizinho, onde vivem as comunidades Guarani-Kaiowá, Guarani-Nhandevá e Teréna. As aldeias: Bororó e Jaguapirú possuem cerca de 10 mil habitantes, que agregam 20% da população das 51 áreas indígenas do Estado (OSCIP, 2004).

A população indígena do Estado vem sofrendo com as precárias condições sócio-econômicas e ambientais que comprometem suas condições de vida, saúde e nutrição. Entre as dificuldades enfrentadas pelas famílias está a baixa renda, a falta de terra para o auto-sustento, a falta de água potável, as condições domiciliares insalubres, a baixa escolaridade e o difícil acesso aos serviços de saúde (OSCIP, 2004; RIBAS *et al.*, 2001).

### 1.5 Posições do trabalho de parto

O parto é o processo de movimentação do feto, da placenta e das membranas para fora do útero e através do canal do parto. A posição afeta as adaptações anatômicas e fisiológicas da mulher ao trabalho de parto (LOWDERMILK *et al.*, 2002).

Segundo a OMS (1996), a liberdade de movimentação e de posição da parturiente durante o trabalho de parto é reconhecida como uma prática benéfica e que deve ser encorajada. Estudos têm demonstrado diminuição no uso de analgesia e medicações para a aceleração do trabalho de parto em posições verticalizadas, quando comparada a posição supina.

As freqüentes trocas de posição diminuem a fadiga, aumentam o conforto e melhora a circulação, a mulher em trabalho de parto deve, portanto, ser encorajada a buscar a posição mais confortável (MELZAK, 1991 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).

- **Posição vertical:** (caminhando, sentada, ajoelhada ou de cócoras) oferece inúmeras vantagens. A gravidade promove a descida do feto. As contrações uterinas são,

geralmente mais fortes e mais eficientes no apagamento e na dilatação da cérvix, resultando em um trabalho de parto mais curto (GOLAY *et al.*, 1993 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).

Na posição sentada ou de cócoras, os músculos abdominais funcionam em sincronia com as contrações uterinas durante os esforços. As posições de joelhos e de cócoras movimentam o útero anteriormente e endireitam o eixo longo do canal do parto, facilitando o segundo estágio do parto por aumentar o estreito pélvico (BENNETT, 1993 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).

- **Posição “de quatro”:** (sobre as mãos e os joelhos) pode ser usada para aliviar a dor lombar se o feto estiver na posição occipitoposterior, podendo auxiliar na rotação anterior fetal (BENNETT, 1993; SIMKIN, 1995 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).
- **Posição semi-inclinada:** a mulher precisa de apoio adequado para empurrar de modo eficaz, porque seu peso forçará o sacro, movendo o cóccix anteriormente e causando a redução do estreito pélvico.
- **Posição lateral:** pode ser usada pela mulher para ajudar o feto que esta na posição posterior. Também pode ser usada se não houver a necessidade de muita força durante a expulsão, como quando é preciso controlar a velocidade de um parto precipitado (ROBERTS, 1996 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).

Não existem evidências de que qualquer uma das posições sugeridas para o segundo estágio de trabalho de parto aumente a necessidade de uso de técnicas operatórias (por exemplo, parto assistido por fórceps ou vácuo, cesariana, episiotomia) ou cause trauma ao períneo.

Também não existem evidências de que o uso de qualquer dessas posições afete adversamente o recém-nascido (BENNETT, 1993; BIANCUZZO, 1993; GOLAY *et al.*, 1993 apud LOWDERMILK *et al.*, 2002).

## 1.6 Vias de parto

O período moderno da obstetrícia inicia-se com a obra de Henrique Deventer, o *Novum Lúmen Obstetricantibus*, publicada em 1701, e com a utilização do fórceps, por Pedro Chamberien, em 1677 (DELASCIO, 1981).

Esse período iniciou-se sob a tutela da cirurgia e desenvolvimento sob a óptica que valoriza os aspectos fisiopatológicos da assistência ao parto, em detrimento das dimensões

psíquica e cultural que envolve o nascimento. Como consequência, modificou-se o atendimento ao ato de parir, e a gestação e parto que são fenômenos naturais e fisiológicos, foram transformados em um processo patológico e medicalizado, alterando sua essência original de evento existencial para mãe e filho em acontecimento social (OLIVEIRA *et al.*, 2002).

No Brasil, a prática do parto hospitalar difunde-se progressivamente, após a segunda guerra mundial, quando novos conhecimentos e habilidades nos campos da cirurgia, anestesia, assepsia, hemoterapia e antibioticoterapia foi sendo incorporado pelos médicos, reduzindo, drasticamente, a morbidade e mortalidade materna nas intervenções praticadas no parto hospitalar (JUNQUEIRA, 1987).

O rápido aumento nas taxas de cesáreas, observado no Brasil a partir da década de 1970, tem sido motivo de discussão tanto entre os especialistas quanto entre pessoas preocupadas com os aspectos sociais, psicológicos e antropológicos desse fenômeno (FAÚNDES, 1991; MELLO, 1994; NEIVA, 1981; PINOTI, 1988).

Dentre as variáveis que influenciam nas altas taxas de cesárea, alegam-se os fatores socioculturais, institucionais e legais, como explicação da preferência pela cesariana, tanto entre as mulheres como entre os médicos (FAÚNDES, 1991).

A escolha de qualquer intervenção médica, em termos éticos, deve basear-se no balanço entre riscos e benefícios. No Brasil e em outros países, no entanto, a cesárea tem sido abusivamente utilizada em benefícios para as mulheres e recém-natos (SHEARER, 1993).

As cesarianas são intervenções cirúrgicas com a intenção de aliviar as condições maternas ou fetais, quando há riscos para mãe e/ou feto, durante a gestação ou no trabalho de parto. Estes procedimentos, entretanto, não são isentos de risco, pois estão associados a maiores taxas de morbimortalidade materna e infantil (RATTNERM, 1996).

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indicou que a taxa de cesárea maior de 15% é medicamente injustificável (OMS, 1985). Entretanto, vem ocorrendo um aumento global das taxas que passaram no Brasil, de 32% em 1994 para 40,2% em 1996. A redução para 36,9% no período de 1996-1999 foi seguida por um recrudescimento nas taxas para 39,9% em 2002 (DATASUS-SINASC, 2006).

Citando Oliveira *et al.*, (2002), em estudo realizado em São Paulo a expectativa das gestantes de que o parto fosse normal era de 74,7% e 25,3% fosse cesárea. A justificativa mais citada pelas mulheres para esperar o parto normal foi a recuperação pós-parto mais rápida e, para

a cesárea, ter feito cesárea anterior. As justificativas apresentadas por 61 mulheres para a realização da cesariana não era coincidente com a indicação médica, em 47,5% dos casos.

Barbosa *et al.*, (2003), em estudo realizado em duas maternidades do Município do Rio de Janeiro, perguntou às mulheres se queriam que seu parto fosse cesárea e a maioria absoluta (75,5%) respondeu “não”, as razões principais sendo: “recuperação mais difícil e lenta do parto Cesário” (39,2%) e “dor e sofrimento maior depois da cesária” (26,8%). Apenas 17% das mulheres solicitaram cesárea e, destas, cerca de 75% o fizeram durante o trabalho de parto.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2004 ocorreu 2.552.766 nascimentos. Desses, 87,9% foram atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que apresentou uma taxa de 27,53% de cesáreas. Os demais nascimentos (12,1%) ocorreram no setor suplementar de saúde, com um índice de cesarianas de 79,7%.

A cesariana é indicada com a intenção de salvar a vida da mãe e do filho em situação de alto risco, tais como: sofrimento fetal, apresentação pélvica, hemorragia antes do parto, doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), gemelaridade, diabetes e cesáreas de repetição. A indicação da cesariana em gestantes portadoras do vírus HIV tornou-se uma forma segura de evitar a transmissão para o recém-nascido em até 90% (ROCCO *et al.*, 2003.)

No Brasil, além destas causas, associa-se a inadequada assistência médica, a precária educação das gestantes e as causas de natureza econômica entre outras, como determinantes do aumento da incidência de cesarianas (FABRI *et al.*, 2002).

Esse aumento é progressivo e exagerado, ocorrendo principalmente nas camadas socioeconômicas privilegiadas, que freqüentam clínicas privadas e/ou têm planos de saúde, enquanto que entre as classes menos favorecidas da população esses índices são menores e ocorrem principalmente nos hospitais públicos ou hospitais escola (MAIA *et al.*, 1994).

O Ministério da Saúde, para tentar reduzir as altas taxas de cesariana, estabeleceu um limite de 40% nas cesáreas realizadas através do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada região, deixando de pagar a conta hospitalar do excedente. Foram tomadas ainda algumas medidas adicionais, dentre elas a realização de cursos e seminários para a qualificação profissional, com o objetivo de rever as práticas adotadas e incentivar o parto normal e a humanização de parto; também tem sido estimulado o curso para enfermeiras obstetras (1,5 mil profissionais já qualificados) e 350 doulas (mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto) foram treinadas (BRASIL, 2006).

Conforme ressalta o Ministério da Saúde, no tipo de parto estão implicados necessidades, riscos e benefícios, complicações e repercussões futuras, sendo importante a informação e formação de opinião entre as mulheres, para que elas possam reivindicar aquilo que é melhor para a sua saúde e a de seus filhos, pois embora profissionais e mulheres façam a opção antecipada do tipo de parto, esse fato não pode ser visto como uma simples questão de preferência (SAÚDE, 2001).

Freitas *et al.*, (2005), sugerem que, em grupos nos quais são esperadas melhores condições de saúde materna e menor risco obstétrico, os fatores socioeconômicos, de idade, escolaridade e etnia que estão relacionados à chance de cesariana refletem o abuso desta tecnologia médica no atendimento ao parto, desigualdades sociais no parto e equidade inversa.

Na América Latina, ainda que o Brasil seja detentor das taxas mais elevadas, elas variam de 41,1% para mulheres residentes em área urbana e 16,8% nas áreas rurais (RONSMONS, *et al.*, 2006).

### **1.7 Idade materna, paridade e intervalo gestacional**

A idade materna, a paridade e o intervalo entre as gestações constituem fatores muito relevantes (CARMO, 2006). Esses dados são confirmados por Pursley (2000), que afirma que mulheres com idade abaixo de 16 anos ou acima de 35 anos são mais susceptíveis de terem recém-natos de baixo peso, sendo o fator idade mais importante nas mulheres brancas do que nas negras. Segundo Caminã (2005), entre as adolescentes com menos de 20 anos e entre as mães com 35 ou mais, encontram-se os maiores índices de baixo peso ao nascer e de mortalidade infantil.

Para Costa (1998), a faixa etária entre 20 e 34 anos completos é considerada a faixa etária ótima do ponto de vista reprodutivo. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), idade menor que 15 anos e maior de 35 anos associa-se a maior risco gestacional. Ademais, o intervalo intergestacional menor que dois anos ou maior do que cinco anos associa-se a maior risco gestacional.

Um estudo realizado em Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul, constatou também maior incidência de baixo peso em crianças nascidas com espaço intergestacional curto, sendo 10,5% no grupo com menos de 24 meses (HALPERN *et al.*, 1998). A explicação para o

nascimento de baixo peso, quando os períodos intergestacionais são menores, é a espoliação das reservas maternas nas gestações anteriores (KRAMER, 2003).

## **1.8 Intercorrências Clínicas**

### **1.8.1 Infecções**

A infecção do trato urinário (ITU) é uma intercorrência comum na gestação, devido a adaptações anatômicas e funcionais do organismo materno gravídico (BRASIL, 2000).

O quadro clínico da infecção urinária, durante a gestação, varia desde bacteriúria assintomática até casos mais graves de pielonefrite. Em 80% dos casos de bacteriúria assintomática o agente etiológico é a *Escherichia coli* (BRASIL, 2000).

A infecção bacteriana do trato urinário pode propagar-se para a placenta e para o líquido amniótico, podendo afetar a duração da gestação, possivelmente desencadeando trabalho de parto prematuro. No caso de infecção urinária crônica, o crescimento fetal pode ser prejudicado por hipertensão associada e por mudanças vasculares uterinas secundárias à doença de base. O efeito das infecções urinárias na gestação dependem da sua localização e gravidade (KRAMER, 2003).

Entre as infecções virais congênitas capazes de alterar o crescimento fetal, destacam-se aquelas pelos vírus Rubéola e do citomegalovírus, embora outros como o HIV, o vírus da varicela-zoster e o herpes também possam comprometer o feto (CARMO, 2006).

Em relação às infecções por protozoários, destacam-se a toxoplasmose e a malária (NEME, 2005). A toxoplasmose é causa importante de crescimento intra-uterino restrito (CIUR), com prevalência aproximada de 60% (MARGOTTO, 2003).

### **1.8.2 Diabetes Mellitus**

As gestantes com *Diabetes mellitus* (DM) podem ser categorizadas como portadoras de DM prévio do tipo 1,2 ou outros tipos específicos, e as portadoras do diabetes gestacional que é definido como algum grau de intolerância a glicose com início ou reconhecimento na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Em ambas as condições, se não for tratado adequadamente, o *Diabetes mellitus* pode causar aumento do risco de morbimortalidade fetal, neonatal e materna (SAUNDERS, 2004).

Saunders (2004) ressalta que durante a gravidez, fatores como a diminuição da sensibilidade à ação da insulina, alterações na secreção do glucagon, acarretando diminuição da

relação molar insulina/glucagon e desequilíbrio dos hormônios com ações antagônicas às da insulina, como é o caso do estrogênio, da progesterona e do Hormônio Lactogênico Placentário (HPL), podem predispor à intolerância a glicose, desta forma, o hiperinsulinismo, associado à relativa insensibilidade tecidual à insulina, caracteriza o estado diabetogênico associado à gestação.

A gestante normal consegue compensar este estado, porém, a gestante com reserva pancreática limitada não consegue alcançar a compensação e desenvolve franca intolerância aos carboidratos (PURSLEY, 2000).

As principais complicações associadas ao diabetes durante a gestação é a maior incidência de hipertensão, polidrâmnio, infecção urinária, hipoglicemia, maior ocorrência de parto prematuro e cirúrgico (ADAIR, 1989).

### **1.8.3 Anemias na Gestação**

A anemia é uma ocorrência comum na gestação, uma vez que, apesar de ocorrer uma eritropoiese aumentada durante a gravidez, a concentração de hemoglobina cai progressivamente até em torno de 32 semanas de gestação, devido, aos maiores aumentos no volume plasmático (LACERDA, 2004).

Além da anemia fisiológica da gravidez, é comum a ocorrência de anemias carenciais, principalmente a ferropriva e a megaloblástica. Outros tipos de anemia, como a falciforme e a talassemia são relativamente comuns no Brasil (BRASIL, 2000).

A anemia materna correlaciona-se com a ocorrência de CIUR e prematuridade e outros efeitos deletérios para a mãe e o feto. A anemia, especialmente se grave, pode prejudicar a oferta de oxigênio ao feto e assim interferir no crescimento uterino e na duração da gestação (UCHIMURA *et al.*, 2003).

A deficiência do ácido fólico tem sido associada à anemia megaloblástica, ao crescimento intra-uterino retardado, à prematuridade e também aos defeitos no tubo neural. O *Centers of Disease Control do U.S. Public Health Service* recomenda que as mulheres em idade reprodutiva, capazes de engravidar, devem consumir 0,4 mg de ácido fólico por dia, para reduzir o risco de espinha bífida e de outros defeitos do tubo neural (KAPLAN, 2000).

#### 1.8.4 Síndromes Hipertensivas

A hipertensão arterial é a complicação mais comum da gestação, com incidência de 10 a 22% (OLIVEIRA *et al.*, 2002). As síndromes hipertensivas que acometem as gestantes são habitualmente classificadas em hipertensão gestacional, quando a pressão arterial (PA) é maior ou igual a 140x90 mmHg, sendo diagnosticada pela primeira vez na gestação, na ausência de proteinúria, e com retorno dos níveis tensionais a normalidade em até 12 semanas após o parto; pré-eclâmpsia, quando a PA é maior ou igual a 140x90 mmHg, sendo diagnosticada após 20 semanas de gestação, com presença de proteinúria maior ou igual a 300 mg em 24 horas; e eclâmpsia quando ocorre convulsão associada ao quadro de pré-eclâmpsia, sem outra causa aparente. A hipertensão arterial crônica, é definida pelos níveis tensionais iguais a 140x90 mmHg ou maiores antes da gestação ou após 20 semanas, persistindo após 12 semanas pós-parto (WILLIAMS, 1979).

A síndrome de HELLP caracteriza-se por hemólise, (H= *hemolysis*), elevação de enzimas hepáticas (EL= *elevated liver functions tests*) e plaquetopenia (LP= *low platelets count*). Em obstetrícia, essa síndrome é considerada como agravamento do quadro de pré-eclâmpsia, e associa-se a complicações como insuficiência renal aguda, edema agudo do pulmão, coagulação intravascular disseminada, ruptura hepática e morte prematura (BRASIL, 2000).

A hipertensão arterial pode levar a um comprometimento do fluxo vascular placentário, com lesões e diminuição do calibre dos vasos, com queda do fluxo útero-placentário e conseqüente menor suprimento de nutrientes ao feto. Tem sido apontada como a principal causa de restrição do crescimento fetal, além de outras complicações perinatais, entre elas a prematuridade, as síndromes de dificuldade respiratória e as infecções neonatais (RAGONESI *et al.*, 1997; GONÇALVES, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2002).

#### 1.8.5 Tipos de aborto

Abortamento é a interrupção da gravidez em qualquer estágio, antes da idade de viabilidade, ou 20 semanas após o último período menstrual. Os abortamentos podem ser classificados de acordo com o peso do feto; a viabilidade é atingida quando o peso passar de 500g e o feto for capaz de sobreviver fora do útero (BRANDEN, 2000).

Branden (2000) ressalta que o abortamento pode ser espontâneo ou a gravidez pode ser interrompida por motivos médicos ou terapêuticos, ou por quaisquer outras razões eletivas.

O abortamento tem como fatores predisponentes: anormalidades do embrião (60% do total); anormalidades no desenvolvimento placentário; infecções crônicas; miomas; anomalias no desenvolvimento uterino; distúrbios hormonais; infecção aguda; causas desconhecidas (20% do total) e incontinência istmo-cervical. Neste último caso, a gestação não é capaz de sustentar o embrião, sendo necessária uma intervenção cirúrgica que consiste em amarrá-lo com fio adequado. Essa intervenção é denominada cerclagem. A sintomatologia, nos vários casos de abortamento, é praticamente a mesma: sangramento, cólicas e dor no baixo ventre (FIGUEREDO *et al.*, 2008).

Os tipos de aborto, segundo Figueredo *et al.*, (2008) estão listados abaixo.

**Abortamento espontâneo** – são abortamentos que ocorrem naturalmente, classificados da seguinte forma:

- Ameaça de abortamento: dor e/ou sangramento vaginal, sem dilatação uterina;
- Abortamento inevitável: sangramento, dilatação cervical e dor semelhante à cólica;
- Abortamento incompleto: expulsão de uma parte do produto da concepção, permanecendo algum fragmento no útero;
- Abortamento completo: em que há eliminação total do produto da concepção;
- Abortamento retido: retenção do produto da concepção por mais de 8 semanas após a morte fetal;
- Abortamento habitual: ocorrência de três ou mais abortamentos espontâneos consecutivos;

O tratamento varia conforme o tipo de abortamento.

**Inevitável e incompleto** – quando o abortamento não apresenta grande sangramento, esperam-se algumas horas para que o produto da concepção seja expelido. Caso o sangramento torne-se profuso ou o útero não se esvazie por si só, a cliente deve ser preparada para a curetagem.

**Completo** – deve-se observar o sangramento.

**Retido** – este abortamento é o mais raro. Na realidade, há uma paralisação da gravidez sem sintomas, e o feto morto mantém-se no interior do útero. Caso não evolua para o abortamento, será necessário intervir com os mesmos procedimentos do abortamento incompleto.

**Abortamento induzido** – os abortamentos desse tipo podem ter razões terapêuticas, que incluem risco de morte materno ou defeitos do feto ou, ainda, razões legais, como estupro e

outros motivos que no Brasil não são previstos por lei. Quando há lei para o abortamento, os métodos utilizados são determinados pela idade gestacional.

**Abortamento infectado** – o abortamento infectado sucede, na maioria das vezes, devido a uma interrupção criminosa, provocada em más condições técnicas e higiênicas, ou ainda, por tentativa da própria mulher, com introdução de hastes, soluções e medicamentos na cavidade uterina.

Em geral, os causadores da infecção são da própria flora do sistema genital ou intestinal.

#### **1.8.6. Drogas e outras substâncias tóxicas**

O efeito deletério do tabaco sobre o feto tem sido muito pesquisado. Estudos revelam que em média, os filhos de mães fumantes pesam até 420g menos que os filhos de não-fumantes (MARGOTTO, 2003).

O fumo durante a gestação pode afetar o crescimento fetal e, provavelmente a duração mediante aos diversos mecanismos. Os principais mediadores são o monóxido de carbono e a nicotina. O monóxido de carbono prejudica a oxigenação tissular, pois a formação de carboxiemoglobina interfere nas trocas gasosas nas células. A nicotina, além de ser supressora do apetite pode causar rápidas elevações da concentração de catecolaminas e conseqüente vasoconstrição uterina (RAGONESI, 1997).

O álcool é um importante fator teratogênico, portanto compromete o crescimento fetal, podendo levar à síndrome de alcoolização fetal, que inclui além do prejuízo do crescimento, defeitos cognitivos, fissuras palpebrais curtas e hipoplasia maxilar (RUDOLH, 1990).

Em relação à maconha, o feto pode ter seu crescimento afetado por efeito direto da droga e seus ingredientes ativos, ou por efeito secundário como a redução da ingestão alimentar e de água, induzida pela droga (KRAMER, 2003).

Quanto aos narcóticos, a heroína pode afetar o crescimento e a duração da gravidez, tanto por efeito tóxico direto quanto por episódios repetidos de hipóxia fetal. Estudos verificaram associação significativa entre o uso de cocaína, crescimento fetal inadequado e microcefalia (PASSINI, 2005).

### **1.8.7 Alterações Ginecológicas**

As amnionites, a rotura prematura de membranas, a incompetência istmo cervical, os sangramentos vaginais no primeiro e segundo trimestre de gestação, as malformações uterinas e os miomas são exemplos de fatores que podem condicionar o nascimento de crianças prematuras e de baixo peso ao nascer (PURSLEY, 2000).

As síndromes hemorrágicas ocorrem em 10 a 15% das gestações, e as causas principais de hemorragia na primeira metade da gestação são o abortamento, a gravidez ectópica, a neoplasia trofoblástica benigna, e o deslocamento cório-amniótico. Na segunda metade da gestação, as causas principais são a placenta prévia, o deslocamento prematuro da placenta e a ruptura uterina (BRASIL, 2000).

A placenta prévia, ou seja, a implantação da placenta, inteira ou parcial, no segmento inferior do útero, a partir de 22 semanas de gestação, associa-se ao crescimento intra-uterino restrito (CIUR) em 16% dos casos. Essa associação parece ser conseqüência de um prejuízo da função placentária decorrente de um sitio de implantação deficiente, além da perda constante de sangue (PURSLEY, 2000).

O deslocamento prematuro da placenta é a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto, em gestações de 22 ou mais semanas. Ocorre em 0,5% a 1% de todas as gestações, com alto índice de mortalidade materna e neonatal. Associa-se à hipertensão arterial materna; à anemia; à desnutrição; aos fatores mecânicos como traumatismos; brevidade do cordão umbilical, torção do útero gravídico; aos fatores placentários como placenta circunvalada; e a infartos, além de uso de drogas ilícitas (NEME, 2000).

A incompetência istmo cervical é a causa mais freqüente de abortamento e se caracteriza pela incapacidade do sistema oclusivo do útero gravídico, com a abertura do orifício interno, podendo estar associada a manobras traumáticas de dilatação cervical realizadas em alguns casos de abortamentos provocados. Outros indicativos deste diagnóstico são as perdas fetais precoces anteriores, os partos vaginais traumáticos ou instrumentados a cirurgia cervical prévia etc. (BRASIL, 2000).

### **1.8.8 Violência durante a gestação**

A violência por parceiro íntimo no período da gestação tem sido considerada importante questão de saúde por seu impacto direto e indireto na mortalidade e morbidade materno-infantil

(DURAND, 2007). No Brasil, pesquisas com puerperas em maternidade públicas apontam taxas de (violência íntima pelo parceiro) VPI na gestação que variam de 7,4% e 18,2% na forma física e 61,7% na psicológica (MENEZES, 2003; MORAES, 2002).

A depressão durante a gestação e pós-parto, o abuso de substâncias tóxicas e tabagismo, anemia, sangramento no primeiro e no segundo trimestre e baixo ganho de peso são algumas das principais complicações da saúde materna relacionadas ao fenômeno. Além disso, observa-se que as mulheres nesta situação buscam tardiamente atendimento pré-natal, em geral no terceiro trimestre da gestação (MCFARLANE *et al.*, 1996; MORAES, 2002).

A gestante espancada deve ser tratada como uma paciente obstétrica de alto risco, porque fica propensa à ansiedade, à depressão, ao uso de álcool e drogas e ao cuidado pré-natal inadequado e tardio (CAMPBELL *et al.*, 1992).

## 2. GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

### 2.1 Definição

Quanto à gestação de risco, sabe-se que, embora a gestação seja um fenômeno fisiológico, há uma pequena parcela de mulheres, denominada de gestantes de risco, que, por possuírem características específicas ou por sofrer algum agravo, apresenta maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para si mesma (BRASIL, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), entende-se por gestação de alto risco como sendo aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou feto tem maiores chances de ser atingida por complicações que a média das gestantes.

Para BRASIL (1995), a avaliação de risco não é tarefa fácil, uma vez que o conceito de risco associa-se a possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado. Mas é este um dos objetivos do pré-natal, determinar qual a mulher, numa população primariamente saudável, terá mais probabilidade de ter problemas ou resultados perinatais indesejados e, então, fornecer serviços e tratamentos para prevenir ou tratar estes problemas (HUESTON, 1998).

Para Benson (1991), as gestantes de alto risco são mulheres que apresentam fatores de risco na gestação, sejam eles ambientais, biológicos, psicológicos, clínicos, sócio-culturais ou econômicos e que têm maior probabilidade de apresentarem uma evolução desfavorável na gravidez, o que pode levar a um aumento de morbidade e mortalidade materna, fetal e do lactente.

No seguimento das gestações de risco, onde até mesmo o rótulo de risco pode ser fator estressante, identificam-se repercussões mútuas entre a doença e a gravidez (STARFIELD, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), as gestantes de risco representam 15% do total de mulheres grávidas.

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. O enfoque de risco na assistência pré-natal, para Moron *et al.*, (1996), busca racionalizar o uso de recursos para o grupo que sofre a maior parte dos

agravos, nele concentrando esforços de modo a melhorar o prognóstico individual e o nível de saúde.

Para as mulheres que possuem riscos, seja pela presença de patologias associadas ao ciclo gravídico-puerperal ou próprias da gestação, deve-se estar atento às questões referentes à qualidade e aprimoramento da assistência prestada, visando diminuir suas repercussões (TASE, 2000). Para ser efetivo, o serviço deve propiciar assistência eficaz às gestantes e um fluxo harmonioso do sistema, sendo indispensável que toda equipe disponha e conheça as normas e rotinas do serviço.

A assistência pré-natal tem ocupado historicamente um espaço relevante na atenção da população. As condições que classificam o risco gravídico são relatadas por vários autores, porém tanto nas referências mais antigas como nas mais atuais são focalizados principalmente os fatores socioeconômicos, demográficos, histórica obstétrica ou reprodutiva, situação clínica materna, doença obstétrica atual, intercorrências clínicas e hábitos durante a gestação (fumo, álcool, drogas, etc.) como geradores de risco na gravidez (HORTA, 1981; AUMANN & BAIRD, 1995).

Enquanto isso, Ziegel (1980), classifica a gestação de alto risco, justapondo aos aspectos biológicos a importância dos aspectos psicoemocionais, no propósito de ajudar a minimizar as ansiedades que também põem em risco a gestação.

As gestações de alto risco comprometem o conceito, sendo que 10 a 20% das grávidas podem ser consideradas de alto risco e responsáveis por 50% da mortalidade fetal anteparto (REZENDE, 1999; BRASIL, 1988).

Diversos são os fatores que podem levar uma gestação ao risco, principalmente em um país de grandes dimensões e com muitas diferenças sócio-econômico-culturais. Diante disto, foram enumerados no Manual, produzido pelo Ministério da Saúde (2000), 35 fatores considerados como os mais comuns, agrupados em quatro grandes grupos:

1-Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis:

- Idade menor que 17 e maior que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade;

- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45 m;
- Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

#### 2- História reprodutiva anterior:

- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado;
- Abortamento habitual;
- Esterilidade / infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos;
- Nuliparidade e Multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Cirurgia uterina anterior.

#### 3- Doença obstétrica na gravidez atual:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Aloimunização;
- Óbito fetal.

#### 4- Intercorrências clínicas:

- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias;
- Hemopatias;

- Epilepsia;
- Doenças infecciosas;
- Doenças autoimunes;
- Ginecopatias.

Branden (2000) acrescenta aos fatores de risco, já descritos, a violência intrafamiliar (violência que tem lugar dentro da família e é um modelo de condutas aprendidas, coercitivas que envolvem abuso físico, abuso psicológico repetido, ataque sexual, castigo, intimidação e coerção econômica), lembrando ser esta poucas vezes contemplada como um fator de risco durante a gravidez, e que algumas populações a violência durante a gravidez é mais comum que o diabetes e a placenta prévia. As hemorragias estão presentes entre 10% a 15% das gestações e a mesma frequência é estimada para os desvios de crescimento fetal (BRASIL, 2000).

Já a hipertensão incide em quase 10% de todas as gestações e é a intercorrência clínica mais importante da obstetrícia atual em consequência de sua influência nos índices de mortalidade materna e fetal. A toxemia gravídica, juntamente com as infecções e as hemorragias, são as três principais causas de morte materna no Brasil (REZENDE, 1999).

Estudos mostram que complicações biológicas do bebê tendem a ser tanto mais frequentes, quanto mais jovem for a mãe: há maior frequência de prematuridade, de baixo peso ao nascer, doenças respiratórias, trauma obstétrico, além de maior incidência de doenças perinatais e mortalidade infantil. É preciso considerar que estes riscos se associam não só a idade materna, mas a outros fatores, como baixa escolaridade, pré-natal inadequado ou não realizado, baixa condição socioeconômica, intervalos interpartais curtos (< de 2 anos) e estado nutricional materno comprometido (CORREA, 2002).

Nas gestações de alto risco as complicações existentes, muitas vezes, demandam a interrupção prematura de gestação, provocando aumento na incidência de operações cesarianas.

De acordo com Branden (2000), o enfoque de risco no campo de reprodução humana, gênero e conceito reprodutivo, assim como a probabilidade de sofrer um dano durante o processo de reprodução. É que o risco reprodutivo é um indicador de necessidade que nos permite identificar a mulher, familiares ou populações mais vulneráveis, e definir aquelas com maior probabilidade de sofrer danos durante o processo de reprodução.

Com o objetivo de garantir melhor qualidade à gestação de alto risco e de reduzir o índice de morbimortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde normatizou a implantação de

programas estaduais de Referência Hospitalar para atendimentos á gestante de alto risco, aplicando novos recursos na capacitação de profissionais de saúde, na reestruturação da área física e na aquisição de equipamentos e disponibilização de mais leitos, para atender as gestantes e os bebês de risco. Esta normatização se organiza através das seguintes portarias: MS/GM 3.016 de 19 de junho de 1998, MS/GM 3.482 e MS/GM 3.477 ambas de 20 de agosto de 1998 (OLIVEIRA, 2000).

Oliveira (2000) ressalta ainda que, posteriormente, em parceria com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Ministério da Saúde elaborou no ano de 2000 os Manuais Técnicos de Assistência Pré-natal e Gestação de alto risco, os quais foram distribuídos para a rede básica e hospitalar de saúde de todo o território brasileiro (BRASIL, 2000).

Segundo Zampieri (2001), a vivência da gestação de risco caracteriza-se por ser um processo complexo, dinâmico, subjetivo e diversificado, podendo ser individual e social. É uma experiência única, que se estende ao companheiro, família e sociedade, não é apenas um evento biológico, uma vez que envolvem transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e alterações de papéis implicando na aceitação ou não da gravidez, aspectos esses também inerentes ao processo da gestação normal.

## **2.2 Mortalidade materna**

A Organização Mundial de Saúde define morte materna, segundo expresso na Classificação Internacional de Doenças – 10, revisão de 2000 (OMS, 2000), como a morte de uma mulher durante a gestação, ou dentro de um período de 42 dias após termino da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais.

Segundo Cianciarullo (1998), a mortalidade materna é a taxa que melhor reflete as condições de vida e a qualidade da assistência recebida pelas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. As causas de morte materna, no Brasil, em sua maioria evitáveis, são devidas, em mais de 90%, a causas obstétricas diretas e em menos de 10% a causas obstétricas indiretas. Dentre as obstétricas diretas destacam-se as doenças hipertensivas específicas da gravidez, as hemorragias, as infecções puerperais e os abortamentos. Sendo a doença hipertensiva específica da gestação

responsável pela morte de 90% das mulheres, é permitido aferir que o atendimento pré-natal oferecido a nossa população é de baixa resolutividade, uma vez que mulheres estão morrendo por doença evitável, controlada com um pré-natal de qualidade.

É evidente que os fatores causais determinantes da mortalidade materna e infantil são múltiplos, articulados entre si e complexos, compreendendo desde as condições gerais de vida até fatores muito específicos. Mas em meio a toda esta complexidade, o que se pode constatar com maior precisão é que 72,9% destas mortes são resultados de complicações na gravidez, parto ou puerpério, como hipertensão, hemorragias e infecções, caracterizando as mortes maternas obstétricas diretas (BRASIL, 2005).

Gama *et al.*, (2004) referenciam o efeito protetor do acompanhamento pré-natal sobre a saúde da gestante e do recém-nascido e acreditam que o cuidado pré-natal contribui para uma menor incidência de mortalidade perinatal. Estes autores ressaltam que diversos municípios retratam a necessidade de políticas de expansão de cobertura do acompanhamento do pré-natal e implementação de medidas que propiciem a melhoria da qualidade do atendimento, especialmente no que se refere à gestante de alto risco.

### 3. ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

Em condições ideais, a avaliação pré-natal começa quando a mulher procura um serviço de saúde para confirmar sua suspeita de que está grávida e iniciar a assistência pré-natal (BRANDEN, 2000).

Promover a saúde materna contempla a garantia de acesso, melhoria da cobertura e qualidade no acompanhamento da cobertura e qualidade no acompanhamento pré-natal. Desta forma, a assistência prestada no pré-natal compreende um conjunto de atividades para promoção da saúde da mulher grávida e do feto bem como a identificação de riscos, para ambos, visando a assistência adequada e oportuna.

Sua ausência e/ou deficiência comprova, associam-se a maiores taxas de morbimortalidade neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo do crescimento intra-uterino e mortalidade materna (BARBIERI *et al.*, 2000; FONSECA & LAURENTI, 2000).

A atenção materno-infantil tem sido reconhecida como prioridade na história da saúde pública do Brasil (TREVISAN, 2002). Com a introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no ano de 1983, ampliou-se o elenco de ações de saúde a população feminina, destacando a atenção pré-natal (OSIS, 1993).

Em junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), através das Portarias GM n°569, GM n°570, GM n° 571 e GM 572 de 1/6/2000; que contemplava os seguintes objetivos: reduzir altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2000).

A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro, diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade à mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares

que rompam com o tradicional isolamento imposto a mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

O acompanhamento ao pré-natal tem impacto na redução da mortalidade materna e perinatal desde que as mulheres tenham acesso aos serviços os quais devem ter qualidade suficiente para o controle dos riscos identificados. A atenção pré-natal tem como objetivos principais: assegurar a evolução normal da gravidez; preparar a mulher em gestação para o parto, para puerpério e lactação normais e identificar o mais rápido possível as situações de risco (BRASIL, 2000).

O planejamento de assistência pré-natal, de forma institucional é indicador da qualidade da assistência prestada à mulher no processo reprodutivo e se reflete nos índices de morbimortalidade materna (CALDERON *et al.*, 2006).

Este Planejamento é importante, quando se considera que:

- 1) A população de mulheres em idade reprodutiva, entre 10 e 49 anos de idade, representa importante parcela da população geral, desempenha papel social fundamental para a constituição e manutenção da família, incluindo a concepção e o cuidado durante o crescimento dos filhos (SABINO, 2007);
- 2) Cada ano, aproximadamente 120 milhões de mulheres ficam grávidas no mundo, mais de meio milhão morrem em consequência de complicações durante a gravidez, parto ou puerpério e mais de 10 milhões de crianças morrem com menos de cinco anos de idade (WHO, 2004). A gravidade do problema é evidenciada quando se chama a atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, 92% dos casos, as mortes são evitáveis (SABINO, 2007);
- 3) Melhorar a saúde materna é impedir mortes evitáveis e, portanto, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito (WHO, 2000; CAMPBELL, 1992);

4) É necessário conjugar a segurança de obter bons resultados com o bem estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se os direitos já estabelecidos e constituídos (WHO, 1999; PITTROF *et al.*, 2002);

5) A proposição da humanização é acima de tudo, o reconhecimento da autonomia da mulher, como ser humano, e da óbvia necessidade de tratar este momento com práticas que tragam evidências e permitam aumentar a segurança e o bem estar da mulher e do recém-nascido, respeitando suas escolhas (WAGNER, 2001).

A assistência pré-natal é reconhecida como um componente essencial para a redução significativa da taxa de mortalidade materna perinatal, sendo esses coeficientes importantes indicadores da qualidade da assistência existente em uma comunidade. Observa-se que no Brasil ainda é muito forte a representação social das gestantes sobre o processo gestacional como um fenômeno natural, o que contribui para a falta de cuidado na gravidez e para a não aderência e evasão do programa pré-natal, o que tem culminado na alta incidência de distúrbios gestacionais graves (LARGURA, 1998).

São vários os autores que advogam os benefícios da assistência Pré-natal.

Rezende (1999) relata que a assistência pré-natal constitui-se de orientação quanto aos hábitos de higiene, assistência psicológica e preparo para a maternidade, dentre outros, além de também fazer a profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças próprias da gestação ou nela intercorrentes. Costa (1996) ressalta que o acompanhamento pré-natal exerce sobre a mãe e o conceito conhecidos benefícios, com o objetivo de prevenção e terapêutica, atendendo as necessidades da gestante e contribuindo para que mãe e feto cheguem ao termo da gestação em boas condições de saúde.

Segundo Ziegel (1980), a assistência prestada à futura mãe durante a gestação e durante esse período tem uma série de necessidades como: avaliação do estado fisiológico da mãe e do seu feto, nutrição adequada para manter a saúde materna e assegurar um bom desenvolvimento fetal, apoio emocional e educação e orientação referentes ao que está acontecendo no corpo da gestante, bem como sua preparação para o parto e para a assistência ao bebê.

Penna *et al.*, (1999) expõem que a assistência pré-natal constitui o rol de cuidados, condutas e procedimentos em favor da mulher grávida e do conceito, durante a gestação, tendo como objetivo básico reduzir a morbimortalidade materna e fetal. Gestantes que freqüentam

serviços de atenção pré-natal apresentam menos doenças e seus filhos apresentam um melhor crescimento intra-uterino, menor mortalidade perinatal e infantil.

Belfort (1992) concorda que a assistência pré-natal é de fundamental importância para mãe e o conceito e acrescenta que a sua ausência está associada a mortalidade perinatal cinco vezes superior àquela encontrada nas clínicas de atendimento pré-natal que rastreiam as gestações de alto risco, sífilis, anemia, além de fazer a profilaxia da toxemia tardia da prenhez.

O número de consultas realizadas durante o pré-natal também está diretamente relacionado com melhores indicadores de saúde materno-infantil, ou seja, parece haver um efeito dose-resposta na atenção pré-natal (KOTELCHUCK *et al.*, 1984).

Morais (1999) aponta que a frequência das visitas antenatais, bem como o momento da primeira visita, são usualmente referidos como prováveis elementos contribuintes nas taxas de morbimortalidade perinatal e uma assistência pré-natal adequada significa precocidade no tratamento, assiduidade nas visitas e boa qualidade de atendimento.

Há evidências de que os níveis de mortalidade materna e perinatal são influenciados pelas condições de vida e pela qualidade da assistência obstétrica e pré-natal (SILVEIRA, 2004; ROSENTHAL, 2000). Gestantes que frequentam serviços de cuidado pré-natal apresentam menos doenças e seus filhos apresentam melhor crescimento intra-uterino e menor mortalidade perinatal e infantil (VICTORIA *et al.*, 1996).

Para Branden (2000), no pré-natal a gestante pode agendar uma consulta de rotina a cada quatro semanas, até a 28<sup>o</sup> semana de gestação; uma consulta a cada duas semanas até a 36<sup>o</sup> semana e, em seguida, semanalmente, até o bebê nascer. Contudo, a quantidade de consultas agendadas depende das condições gerais do paciente; as mulheres sob risco mais baixo tem programadas apenas consultas de rotina, e aquelas sob risco mais alto tem agendados comparecimentos bem mais frequentes.

Carvalho (2007), em um estudo realizado em Recife, relata que a cobertura do pré-natal foi de 96,1%, sendo a média de consultas 5,3. Apenas 38,0% das mulheres iniciaram o pré-natal até o quarto mês de gestação e realizaram seis ou mais consultas. Dentre as entrevistadas, 31% tiveram o peso, pressão arterial, altura uterina e os batimentos cardíacos aferidos em todas as consultas. A atenção pré-natal foi considerada adequada em 17,8% e não-adequada em 82,2% dos casos.

É importante ressaltar que, durante toda a gestação, podem ocorrer complicações que tornam uma gestação normal em gestação de alto risco. Por isso, logo no início do pré-natal, e durante toda a gestação, deve-se proceder a uma “avaliação de risco” das gestantes de modo a identificá-las no contexto amplo de suas vidas e mapear os riscos a que estão expostas (BRASIL, 2001).

Embora estudos demonstrem os benefícios do acompanhamento pré-natal sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, que contribuem para a redução da mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal (GAMA *et al.*, 2004; COSTA, 2005), a cobertura da consulta pré-natal, especificamente o número de consultas é deficiente, e verifica-se desigualdade entre as regiões dos país: norte 26,55%, nordeste 34,9%, sudeste 60,54%, sul 61,05%, centro-oeste 55,85%, o que totaliza 49,14% no país.

Segundo Cianciarullo (1998), aproximadamente 75% das gestantes brasileiras realizam pré-natal, porém quase toda a totalidade dos serviços públicos de saúde tem dificuldades para onde encaminhar a mulher em trabalho de parto ou diante de uma gestação de alto risco, que necessite de cuidados mais qualificados ou mesmo de internação precoce.

Sendo a maioria das mortes maternas comprovadamente evitáveis, a assistência pré-natal é medida básica para prevenção e controle das intercorrências que podem comprometer a vida ou saúde da mãe e/ ou do feto. Vários autores descrevem aspectos sobre a importância da assistência antenatal na saúde da gestante e de seu concepto.

Segundo Shimizu (2009), faz-se necessário, portanto, para garantir a aderência das gestantes aos cuidados trabalhados na consulta de enfermagem, aprofundar a forma de abordagem, principalmente partindo do conhecimento das suas necessidades principais, que se baseiam no seu modo de vida, na sua cultura.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Conhecer a magnitude de gestantes assistidas no Hospital Evangélico de Dourados, Mato Grosso do Sul, em 2007.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Conhecer o perfil sócio-demográfico e epidemiológico das gestantes: município de origem, etnia, faixa etária, número de consultas pré-natal, estado civil, escolaridade, número de filhos, duração da gestação, via de parto, doença anterior a gestação e gestações de alto risco;
- Fazer a distribuição espacial das gestantes assistidas de acordo com os locais de origem.

## **5. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **5.1 – Tipo de Estudo**

Realizou-se um estudo retrospectivo do tipo descritivo, tendo como base a epidemiologia.

Esse tipo de estudo tem por objetivo informar sobre a distribuição de um evento, em uma população, em termos quantitativos (PEREIRA, 2007).

### **5.2 Descrição da área de estudo**

O estudo foi realizado no município de Dourados/MS, o qual está situado ao sul do Estado do Mato Grosso do Sul, no planalto mato-grossense, na bacia do rio Paraná, integrando a zona fisiográfica de Campo Grande (Figura I). Limita-se ao Norte com os municípios de Rio Brillhante, Douradina, Itaporã e Maracaju; ao Leste com Deodapolis; ao Sul com Ponta Porã. A sede municipal, aos 464 metros de altitude, destes 214 quilômetros da Capital do Estado (Campo Grande), suas coordenadas geográficas são 22° 12' de latitude Sul e 54° 53' de longitude W-Gr. O município apresenta uma população de 181.869 habitantes e importante pólo agro-industrial e agropecuário. Dourados destaca-se ainda como centro de referência em educação, saúde e saneamento na sua região de influência, formada por 33 municípios, que somam aproximadamente 635 mil habitantes (BORGES, 2009).



**Figura 1.** Mapa da localização do município de Dourados no Estado do Mato Grosso do Sul.

### 5.3 – Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital Evangélico na cidade de Dourados, Estado do Mato Grosso do Sul. O Hospital Evangélico é uma instituição Filantrópica, com atenção ambulatorial e alta complexidade e internação, atendendo urgência e emergência. Foi fundado em 15 de

novembro de 1946, é de propriedade da Igreja Presbiteriana do Brasil e administrado pela Associação Beneficente Douradense. Possui uma área de 12.000 m<sup>2</sup>, 251 leitos, dos quais 175 leitos conveniados ao Sistema Único de Saúde, 200 médicos, 32 enfermeiros, 7 fisioterapeutas e 850 funcionários. Constitui hoje o maior complexo hospitalar do interior do Estado de Mato Grosso do Sul, atendendo aproximadamente 34 municípios (HOSPITAL EVANGÉLICO, 2009).

#### **5.4 – Caracterização da Amostra**

Foi considerado para a realização dessa pesquisa o livro de registros da Maternidade, dessa forma, cada registro correspondia a uma gestante e por meio desse registro foram identificados os prontuários para a coleta dos dados secundários.

A Técnica de Sistemática (VIEIRA, 1980) foi utilizada para a seleção dos prontuários, sendo 10% de cada mês de todas as gestantes assistidas no Hospital Evangélico no período entre janeiro a outubro do ano de 2007. Em levantamento preliminar, verificou-se que foram atendidas em média 220 gestantes, o que implicou na coleta de dados de aproximadamente 22 gestantes a cada mês, totalizando uma amostra final de 208 gestantes. Os prontuários foram coletados durante o mês de setembro de 2009, utilizando um questionário (APÊNDICE A) para esta finalidade. O questionário foi elaborado pela pesquisadora e preenchido segundo informações encontradas em prontuários, xérox do cartão da gestante e declaração de nascido vivo.

A realização desta pesquisa pode ter apresentado como limitação, a qualidade dos dados registrados nos prontuários, pois estes não foram coletados objetivando pesquisa. Por exemplo, alguns prontuários não tinham a descrição da via de parto e se considerarmos que outras variáveis possam ter sido registradas inadequadamente, essa condição poderia, de certa forma, não representar exatamente a situação em estudo devido, à qualidade dos dados.

#### **5.5. A análise dos dados**

Na análise dos dados foi utilizado o software EPI-INFO 6.4.

#### **5.6 – Considerações Éticas da Pesquisa**

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNIGRAN – Centro Universitário da Grande Dourados, seguindo as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, a aprovação do

referido conselho foi concedido sob o protocolo 329/09 (ANEXO A), o mesmo projeto teve aprovação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Evangélico (ANEXO B) para execução da pesquisa.

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com base na metodologia descrita, são apresentados neste capítulo os resultados obtidos durante a realização desta pesquisa, os quais permitiram ampla discussão para que se fundamenta a análise e interpretação do conjunto de dados construídos a partir das variáveis relacionadas às informações das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no período de janeiro a outubro de 2007, no município de Dourados/MS.

Inicialmente são apresentados dados referentes às variáveis sócio-demográficas (faixa etária, escolaridade, etnia, situação conjugal e ocupação), sendo realizada através do Programa EXCEL.

**Tabela 1** - Variações sócio-demográficas das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.

Variável	Categorias	n	%
<b>Faixa etária</b>	12 a 16	23	5,2
	17 a 21	60	28,8
	22 a 26	59	28,3
	27 a 31	31	14,9
	32 a 36	21	10
	37 a 41	10	3,8
	42 a 46	4	2,8
<b>Escolaridade</b>	Nenhuma	4	1,9
	1 a 3 anos	8	3,8
	4 a 7	103	49,5
	8 a 11	81	38,9
	12 e mais	5	2,4
	Ignorado	7	3,4
<b>Etnia</b>	Branca	103	49,5
	Parda	84	40,4
	Negro	10	4,8
	Indígena	11	5,3
<b>Situação conjugal</b>	Solteira	154	74,0
	Casada	50	24,0
	Separada	3	1,4
	Ignorado	1	0,5
<b>Ocupação</b>	do lar	148	71,2
	Comerciante	21	10,1
	Auxiliar	11	5,3
	garota de programa	1	0,5
	secretária/professora	6	2,9
	Estudante	16	7,7
	Ignorado	5	2,4

Fonte: Prontuários do Hospital Evangélico do município de Dourados-MS.

Na Tabela 1, são amostradas as características sócio-demográficas das gestantes. Verifica-se na distribuição que a maioria das gestantes pesquisadas no período pertence à faixa etária de 17 a 21 e de 22 a 26 anos, 60 (28,8%) e 59 (28,3%), respectivamente, o que demonstra gestantes em idade jovem. Em relação à escolaridade, a maioria das gestantes 103 (49,5%) possui grau de escolaridade de 4 a 7 anos, ou seja, basicamente o ensino fundamental o que pode explicar, provavelmente, a alta ocupação com afazeres do lar 148 (71,2%), indicando possivelmente

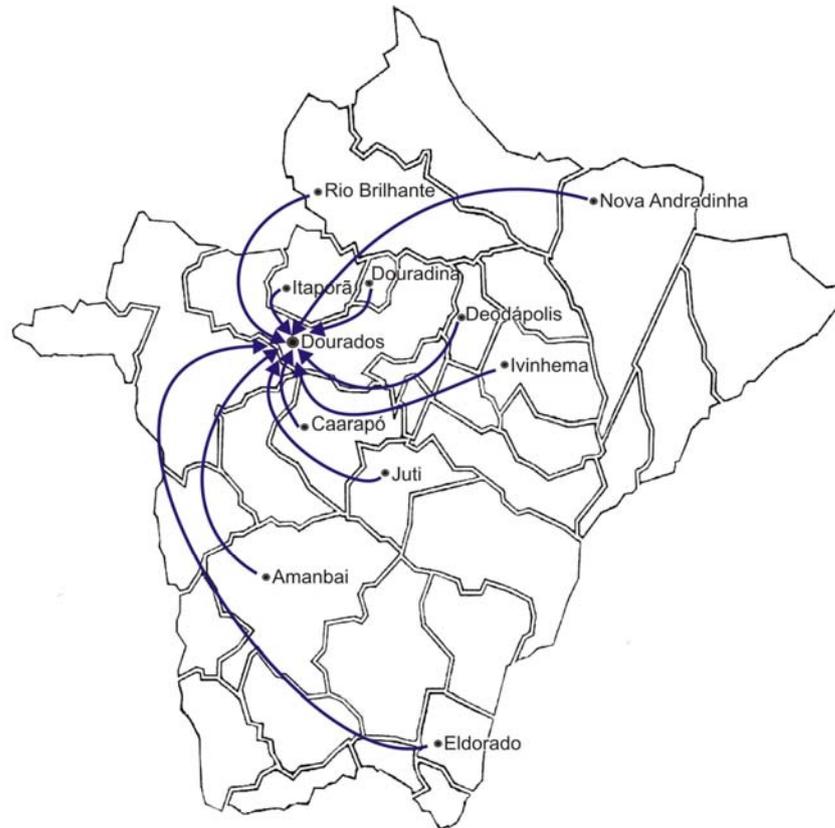
dificuldades em conseguir vaga no mercado de trabalho; a maioria das gestantes declarou-se de etnia branca 103 (49,5%), seguidas pelas pardas 84 (40,0%), indígenas 11 (5,3%) e negras 10 (4,8%). Em relação, ao relativo destaque de gestantes de etnia indígena, deve-se levar em consideração que o município de Dourados possui uma reserva indígena que compreende as aldeias Bororó, Jaguapirú, Panambi e Panambizinho onde vivem as comunidades Guarani-Kaiowá, Guarani-Nhandevá e Teréna. As aldeias Bororó e Jaguapirú possuem cerca de 10 mil habitantes, que agregam 20% da população das 51 áreas indígenas do Estado (FURLAN *et al.*, 2003). A situação conjugal referida foi de solteiras 154 (74,0%), seguidas pelas casadas 50 (10,1%). O perfil epidemiológico social das gestantes revela um baixo padrão social, caracterizado pelo trabalho não remunerado e vivendo sem companheiro, o que pode implicar em maiores dificuldades de acesso ao mercado de trabalho, tanto quanto aos serviços de saúde públicos do município de Dourados.

**Tabela 2** - Distribuição dos municípios de residência das gestantes atendidas no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.

<b>MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA /N° DE OCORRÊNCIA</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>Dourados</b>	187	89,9
<b>Rio Brillhante</b>	6	2,9
<b>Ivinhema</b>	4	1,9
<b>Itaporã</b>	3	1,4
<b>Outros</b>	8	3,8
<b>TOTAL</b>	208	100

\*Outros: Amambai, Deodapolis, Eldorado, Nova Andradina, Douradina, Caarapó, Juti-MS, Tangara da Serra-MT.

Na tabela 2, estão amostras a distribuição dos municípios de residência das gestantes atendidas no município de Dourados-MS. O predomínio são de gestantes residentes em Dourados com 187 (89,9%), seguido por gestantes residentes em Rio Brillhante com 6 (2,9%), Ivinhema com 4 (1,9%), Itaporã com 3 (1,4%) e outros municípios com 8 (3,8%).



**Figura 2.** Mapa com distribuição espacial do deslocamento das gestantes dos seus municípios de residência para Dourados/MS.

**Tabela 3 -** Distribuição da etnia e estado civil das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.

<b>Etnia</b>	<b>solteira</b>		<b>casada</b>		<b>separada</b>		<b>ignorado</b>	
<b>Branca</b>	75	49%	26	52%	2	67%	0	0%
<b>Parda</b>	62	41%	20	40%	0	0%	1	50%
<b>Negra</b>	8	5%	1	2%	1	33%	1	50%
<b>Indígena</b>	8	5%	3	6%	0	0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>153</b>		<b>50</b>		<b>3</b>		<b>2</b>	

Fonte: Prontuários do Hospital Evangélico do município de Dourados-MS.

Na Tabela 3, com relação ao estado conjugal por etnia, a maioria das gestantes declarou-se solteira, sendo 75 (49%) brancas, enquanto que as pardas ficaram em segundo lugar com 62 (41%) e por último as negras e as indígenas com 8 (5%) cada. Além dos aspectos

socioeconômicos, a etnia e o estado marital foram destacados em alguns estudos (LHORA *et al.*, 2003; LEAL *et al.*, 2004; CARMO, 2006).

**Tabela 4** - Distribuição da etnia e faixa etária das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.

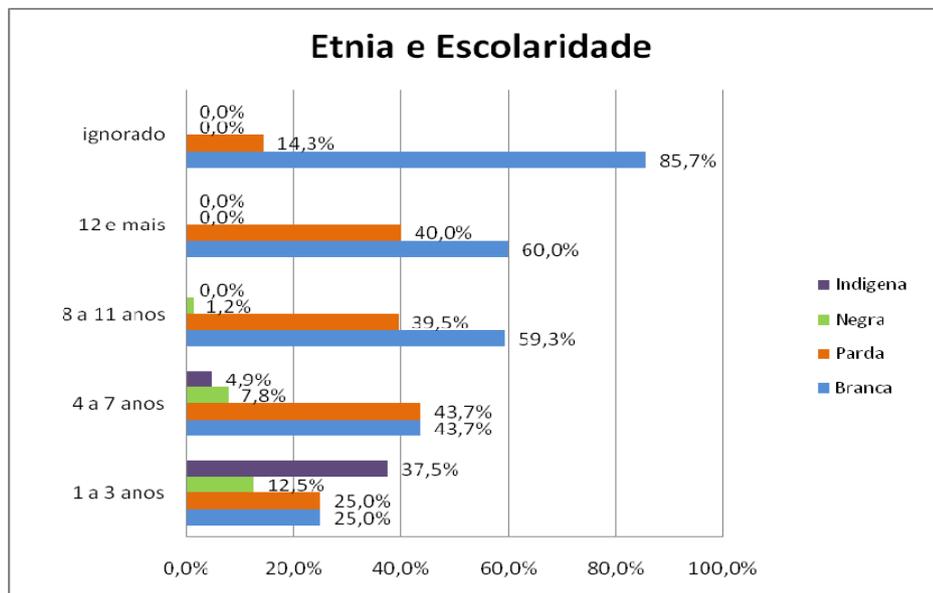
Etnia	12 a 16		17 a 21		22 a 26		27 a 31		32 a 36		37 a 41		42 a 46	
<b>Branca</b>	12	52,2%	30	49,2%	31	52,5%	14	45,2%	10	50,0%	3	37,5%	4	66,7%
<b>Parda</b>	6	26,1%	25	41,0%	24	40,7%	15	48,4%	8	40,0%	3	37,5%	2	33,3%
<b>Negra</b>	1	4,30%	4	6,6%	1	1,7%	2	6,5%	1	5,0%	1	12,5%	0	0,0%
<b>Indígena</b>	4	17,40%	2	3,3%	3	5,1%	0	0,0%	1	5,0%	1	12,5%	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>		<b>61</b>		<b>59</b>		<b>31</b>		<b>20</b>		<b>8</b>		<b>6</b>	

Na Tabela 4, é mostrada a distribuição das gestantes segundo a faixa etária e etnia, atendidas no município de Dourados. O grupo de gestantes declarado brancas apresentam, em quase todos os intervalos, predominância de frequência. A exceção se faz com relação às gestantes pardas, que apresenta predominância no intervalo de 27 a 31 anos 15 (48,4%); gestantes negras e indígenas compuseram as proporções de 4 (6,6%) no intervalo de 17 a 21 e as indígenas com 3 (5,1%) no intervalo de 22 a 26 anos. Há que se ressaltar que embora as indígenas e negras apresentem no intervalo de 37 a 41 anos (12,5%) essa proporção é tão somente referente a uma gestante. Estudos confirmam que a faixa etária entre 20 e 34 anos completos é considerada a faixa etária ótima do ponto de vista reprodutivo (CARMO, 2006; PURSLEY, 2000; COSTA, 1998; CORREA, 2002).

**Tabela 5** - Distribuição da etnia e escolaridade ( em anos de estudos concluídos) das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.

Etnia	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 e mais	Ignorado
<b>Branca</b>	2 25,0%	45 43,7%	48 59,3%	3 60,0%	6 54,5%
<b>Parda</b>	2 25,0%	45 43,7%	32 39,5%	2 40,0%	3 27,2%
<b>Negra</b>	1 12,5%	8 7,8%	1 1,2%	0 0,0%	2 18,1%
<b>Indígena</b>	3 37,5%	5 4,9%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>103</b>	<b>81</b>	<b>5</b>	<b>11</b>

Fonte: Prontuários do Hospital Evangélico do município de Dourados-MS.



**Gráfico I** – Apresentação da distribuição de etnia e grau de escolaridade.

Na Tabela 5 e Gráfico I, são amostradas a distribuição da etnia e escolaridade (em anos de estudos concluídos). Verifica-se que as gestantes brancas e as pardas apresentam os mesmos anos de estudo nos intervalos de 1 a 3 anos 2 (25,0%) e de 4 a 7 anos 45 (43,7%); nos demais intervalos, as brancas possuem maior grau de escolaridade; as negras e indígenas se alternam, sendo que no intervalo de 4 a 7 anos as negras apresentam maior proporção 8 (7,8%), e as indígenas aparecem com maior proporção no intervalo de 1 a 3 anos 3 (37,5%). O fato de as gestantes brancas apresentarem maior proporção na maioria dos intervalos pode ser traduzido em melhores possibilidades de oportunidades de acesso aos serviços, ao passo que para as demais as dificuldades podem ser maiores. Os achados vêm confirmar os estudos realizados (CORREA,

2002; FREITAS *et al.*, 2005; PARKER *et al.*, 2000; COSTA, 1998; CAMIÑA, 2005) que relatam que existe uma situação desfavorável das mulheres da pele negra e parda em relação as brancas. Semelhante a literatura, onde as mulheres negras e pardas são maiores proporções de puérperas adolescentes com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado e vivendo sem companheiro (LEAL *et al.*, 2004; LHORA *et al.*, 2003).

**Tabela 6** - Distribuição da etnia e número de filhos das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.

Etnia	0		1		2		3		4		5		6		ignorado	
<b>Branca</b>	49	53,3%	30	50,8%	9	34,6%	5	71,4%	4	50,0%	1	20,0%	1	25,0%	5	71,4%
<b>Parda</b>	33	35,9%	24	40,7%	14	53,8%	1	14,3%	4	50,0%	3	60,0%	2	50,0%	2	28,6%
<b>Negra</b>	5	5,4%	3	5,1%	2	7,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Indígena</b>	5	5,4%	2	3,4%	1	3,8%	1	14,3%	0	0,0%	1	20,0%	1	25,0%	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>		<b>59</b>		<b>26</b>		<b>7</b>		<b>8</b>		<b>5</b>		<b>4</b>		<b>7</b>	

Fonte: Prontuários do Hospital Evangélico do município de Dourados-MS.

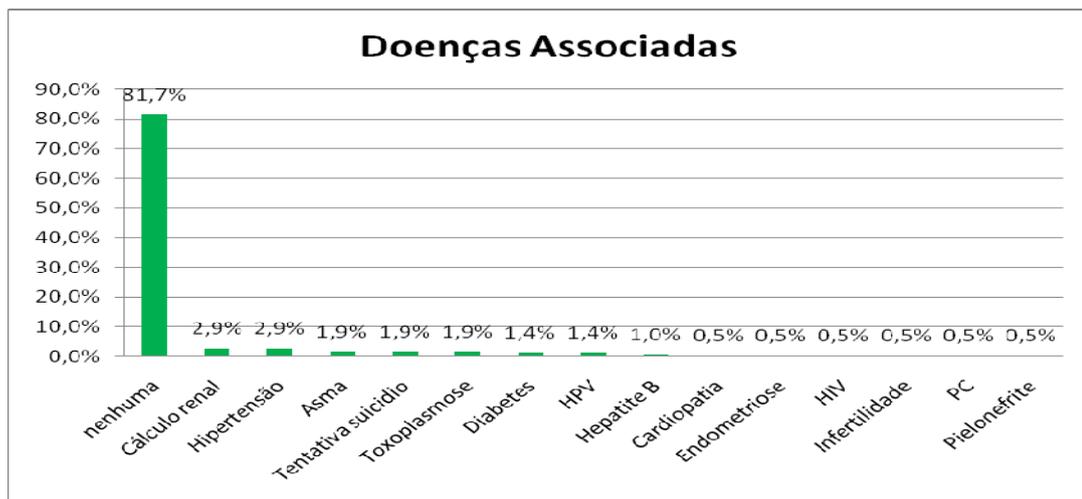
Na Tabela 6, são apresentadas as incidências do número de filhos de acordo com a etnia. A maioria das gestantes referiu não possuir nenhum filho, contudo, as brancas destacam-se por apresentarem 1 filho 30 (50,8%) e as pardas destacam-se por apresentarem 2 filhos 14 (53,8%); já as negras e indígenas possuem um número menor de filhos. Entre as gestantes que se declararam pardas, 3 (60,0%) delas referiram tem em média 5 filhos; já entre as negras a frequência foi menor que diz respeito ao número de filhos, comparecendo somente na média de zero a 3 filhos. Estes resultados concordam com estudos realizados que ressaltam que quanto maior a escolaridade da mulher menor é a taxa de fecundidade (PARKER *et al.*, 2000; CAMIÑA, 2005; CEZIMBRA, 2008; BERQUÓ, 2003).

**Tabela 7** - Distribuição da etnia e número de consultas pré-natais das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.

Etnia	1 a 3		4 a 6		7 e mais		Ignorado	
<b>Branca</b>	8	72,7%	29	43,9%	55	48,2%	8	47,0%
<b>Parda</b>	1	9,1%	27	40,9%	51	44,7%	8	47,0%
<b>Negra</b>	2	18,2%	4	6,1%	4	3,5%	1	5,8%
<b>Indígena</b>	0	0,0%	6	9,1%	4	3,5%	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>		<b>66</b>		<b>114</b>		<b>17</b>	

Fonte: Prontuários do Hospital Evangélico do município de Dourados-MS.

Na Tabela 7, são mostrados dados da distribuição das gestantes de acordo com o número de consultas pré-natais realizadas. Observa-se que a maior incidência de consultas foram realizadas entre as gestantes brancas, pois 55 (48,2%) delas realizaram 7 ou mais consultas; entre as pardas a proporção foi 51 (44,7%), enquanto que nas negras e nas indígenas a proporção foi de 4 (3,5%), respectivamente. Vários autores verificaram que existe uma desigualdade entre as regiões do país, apresentando um número de consultas de pré-natal deficiente, gestantes com grau de escolaridade de quatro anos ou mais dão maior importância ao pré-natal, têm acesso mais fácil ao acompanhamento de sua gestação e geralmente possuem melhores condições econômicas e menor número de filhos, reduzindo assim a possibilidade de recém-nascidos com baixo peso (PENNA *et al.*, 1999; BRANDEN, 2000; CARVALHO, 2007).



**Gráfico II-** Mostra a presença de doenças associadas à gestação ou complicações ocorridas paralelamente a condição gestacional. Destacam-se o cálculo renal e a hipertensão arterial sistêmica, ambos com (2,9%), entre as doenças registradas nos prontuários.

**Tabela 8** - Distribuição do número de consultas de pré-natal e escolaridade (em anos de estudo concluídos) das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.

<b>pré-natal</b>	<b>1 a 3</b>		<b>4 a 6</b>		<b>7 e mais</b>		<b>ignorado</b>	
<b>nenhuma</b>	0	0%	3	5%	1	1%	1	5,8%
<b>1 a 3 anos</b>	1	6%	4	6%	3	3%	2	11,7%
<b>4 a 7</b>	4	36%	42	64%	52	45%	2	11,7%
<b>8 a 11</b>	5	46%	15	23%	55	48%	3	17,6%
<b>12 e mais</b>	1	9%	1	1%	3	3%	0	0%
<b>ignorado</b>	0	0%	1	1%	0	0%	9	52,9%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>		<b>66</b>		<b>114</b>		<b>17</b>	

Fonte: Prontuários do Hospital Evangélico do Município de Dourados-MS.

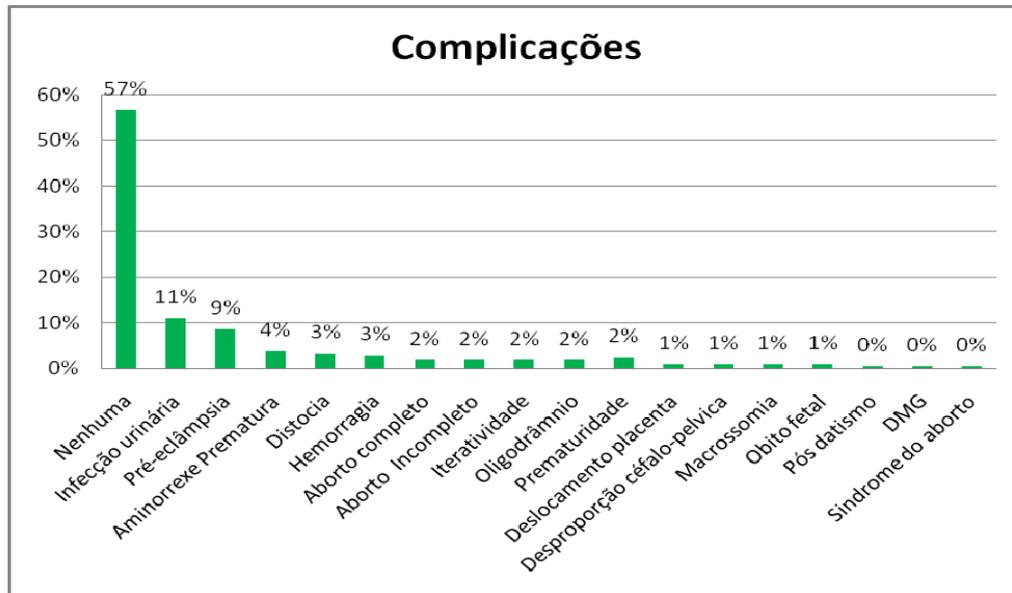
Na Tabela 8, estão amostrados os números de consultas de pré-natal e escolaridade das gestantes. Observa-se que a maior incidência de consultas de pré-natal (7 e mais) foram realizadas entre as gestantes com nível de escolaridade de 8 a 11 anos (em estudo concluídos) 55 (48,2%), seguido por 52 (45,6%) pelas gestantes com nível de escolaridade de 4 a 6 anos (de estudo concluídos). Alguns autores ressaltam que mulheres que tem maior escolaridade dão mais importância ao pré-natal, tem acesso mais fácil à consulta e geralmente possuem melhores condições econômicas (LARGURA, 1998; PENNA *et al.*, 1999; CAMIÑA, 2005).

**Tabela 9** - Distribuição da etnia e complicações e / ou intercorrências das gestantes atendidas no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.

Etnia	Branca		Parda		Negra		Indígena		TOTAL
<b>Pré-eclâmpsia</b>	5	27,8%	10	55,6%	3	16,7%	0	0,0%	18
<b>Macrossomia</b>	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	2
<b>Nenhuma</b>	62	52,5%	41	34,7%	6	5,1%	9	7,6%	118
<b>DMG</b>	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1
<b>Hemorragia</b>	1	16,7%	5	83,3%	0	0,0%	0	0,0%	6
<b>Amniorrexe Prematura</b>	3	37,5%	5	62,5%	0	0,0%	0	0,0%	8
<b>Oligoidrâmnio</b>	1	25,0%	3	75,0%	0	0,0%	0	0,0%	4
<b>Prematuridade</b>	3	60,0%	2	40,0%	0	0,0%	0	0,0%	5
<b>Infecção Urinária</b>	8	34,8%	12	52,2%	1	4,3%	2	8,7%	23
<b>Desproporção céfalo-cervical</b>	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	2
<b>Deslocamento Placenta</b>	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	2
<b>Óbito fetal</b>	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2
<b>Aborto Incompleto</b>	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4
<b>Aborto completo</b>	3	75,0%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	4
<b>Iteratividade</b>	1	25,0%	3	75,5%	0	0,0%	0	0,0%	4
<b>Distocia</b>	3	42,9%	4	57,1%	0	0,0%	0	0,0%	7
<b>Síndrome aborto</b>	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1
<b>Pós-datismo</b>	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1

Fonte: Prontuários do Hospital Evangélico do município de Dourados-MS.

Na Tabela 9, são amostradas a relação entre etnia e complicações e / ou intercorrências das gestantes. Observa-se que a única intercorrência que esteve presente em todas as etnias foi a infecção urinária. As gestantes brancas tiveram maior incidência de DMG 1 (100,0%), prematuridade 3 (60,0%), óbito fetal 2 (100,0%), aborto incompleto 4 (100,0%), aborto completo 3 (75%) e pós-datismo 1 (100,0%); já as gestantes pardas tiveram predomínio maior em pré-eclâmpsia 10 (55,6%), hemorragia 5 (83,3%), amniorrexe prematura 5 (62,5%), Oligoidrâmnio 3 (75,0%), infecção urinária 12 (52,2%), iteratividade 3 (75,5%), distocia 4 (57,1%) e síndrome do abortamento 1 (100,0%). As gestantes indígenas apresentaram somente como intercorrência a infecção urinária com 2 casos (8,7%); já as gestantes negras, além da infecção urinária com 1 (4,3%), apresentaram também pré-eclâmpsia com 3 (16,7%). Os resultados coincidem com a literatura que trazem a infecção urinária e a hipertensão como as complicações mais comuns, que ocorrem na gravidez (BRASIL, 2000; OLIVEIRA *et al.*, 2002).

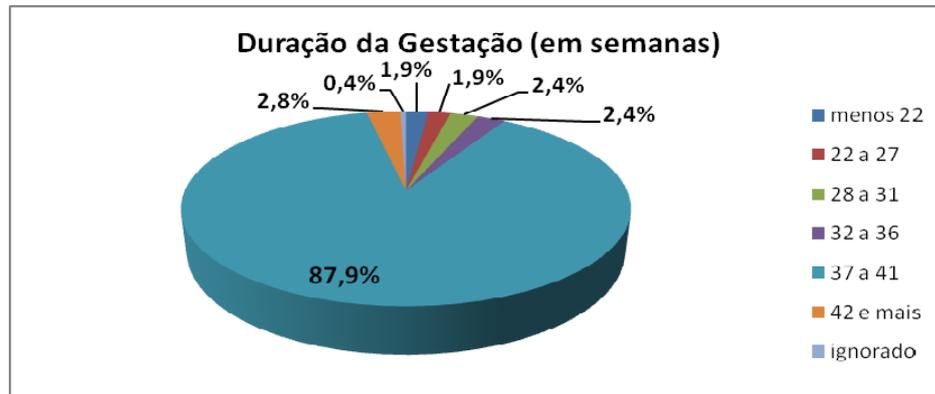


**Gráfico III** - Mostra as complicações e/ou intercorrências das gestantes atendidas no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007. Destaca-se com maior predomínio a infecção urinária com 11%, seguida pela pré-eclâmpsia com 9%, aminorrexe prematura com 4%.

**Tabela 10** - Distribuição da duração da gestação (em semanas) das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.

Semanas	Frequência	%
<b>menos 22</b>	4	1,9
<b>22 a 27</b>	4	1,9
<b>28 a 31</b>	5	2,4
<b>32 a 36</b>	5	2,4
<b>37 a 41</b>	183	87,9
<b>42 e mais</b>	6	2,8
<b>ignorado</b>	1	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>208</b>	<b>100</b>

Fonte: Prontuários do Hospital Evangélico do município de Dourados-MS.



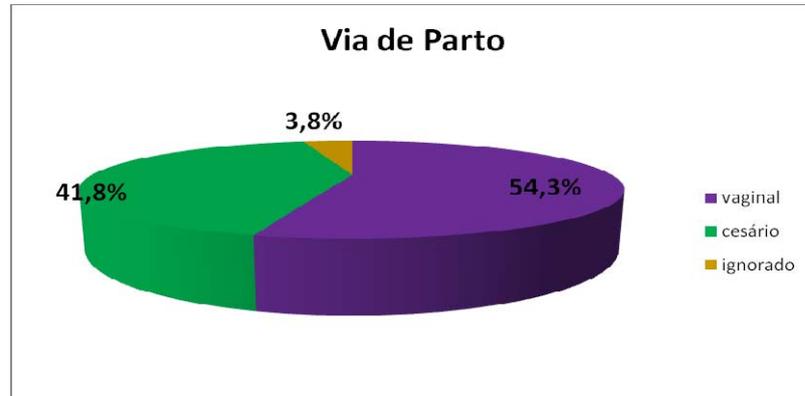
**Gráfico IV** – Duração da gestação (em semanas) das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.

Na tabela 10 e Gráfico IV, são amostrados dados sobre a duração da gestação (em semanas) das gestantes. Observa-se que a maior incidência está no intervalo de 37 a 41 semanas, com 183 casos (87,9%), seguido do intervalo de 42 e mais 6 (2,8%), caracterizando o pós-datismo o que pode acarretar na mortalidade perinatal por diversos fatores. Alguns estudos apontam que a frequência das visitas de pré-natal, bem como o momento da primeira visita é usualmente referida como prováveis elementos contribuintes nas taxas de morbimortalidade perinatal (BELFORT, 1992; MORAIS, 1999; SHIMUZU, 2009).

**Tabela 11** - Distribuição da via de parto das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.

Via de parto	Freqüência	%
Vaginal	113	54,3%
Cesária	87	41,8%
Ignorado	8	3,8%
<b>TOTAL</b>	<b>208</b>	

Fonte: Prontuários do Hospital Evangélico do município de Dourados-MS.



**Gráfico V** – Tipo de via de parto das gestantes assistidas no Hospital Evangélico, no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.

Na Tabela 11 e Gráfico V, são mostradas as vias de parto realizadas pelas gestantes. A incidência maior esta na via de parto vaginal, com 113 (54,3%), seguido pela cesárea com 87 (41,8%). Vários estudos comprovam que a expectativa das gestantes é que o parto seja vaginal pelo fato que a via de parto cesárea tem recuperação mais lenta e apresenta dor no pós-operatório (FAÚNDES, 1999; OLIVEIRA *et al.*, 2002; BARBOSA, 2003; MAIA *et al.*, 1994).

**Tabela 12** - Distribuição da etnia e número de gestações anteriores das gestantes atendidas no município de Dourados-MS, no período de Jan. a Out. de 2007.

Etnia	0	1	2	3	4	5	6	ignorado
<b>Branca</b>	50 53,2%	29 50,0%	9 34,6%	4 55,6%	5 55,6%	1 20,0%	1 33,3%	4 66,7%
<b>Parda</b>	33 35,1%	24 41,4%	14 53,8%	2 28,6%	4 44,4%	3 60,0%	1 33,3%	2 33,3%
<b>Negra</b>	6 6,4%	3 5,2%	2 7,7%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
<b>Indígena</b>	5 5,3%	2 3,4%	1 3,8%	1 14,3%	0 0,0%	1 20,0%	1 33,3%	0 0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>58</b>	<b>26</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>6</b>

Fonte: Prontuários do Hospital Evangélico do município de Dourados-MS.

Na tabela 12, a amostragem da distribuição da etnia em relação ao número de gestações anteriores esta representada. Observa-se que as gestantes brancas predominaram na incidência quanto ao número de gestações anteriores zero, com 50 (53,2%), no número de uma gestação anterior com 29 (50,0%) e no número de quatro gestações anteriores com 5 (55,6%); as gestantes pardas tiveram maior predominância no número de duas gestações anteriores com 14 (53,8%) e

no número de cinco gestações anteriores com 3 (60,0%). Alguns estudos indicam que o incentivo a educação formal além do ensino fundamental têm reflexos imediatos na saúde reprodutiva (PARKER *et al.*, 2000; CAMIÑA, 2005; CEZIMBRA, 2008).

## 7. CONCLUSÕES

- A variável faixa etária das gestantes foi com maior frequência entre o intervalo 17 e 26 anos;
- Verificou-se que ocorre uma migração de gestantes de outros municípios em busca de assistência especializada; isso pode ser justificado por Dourados ser o pólo de referência assistencial à saúde da região;
- A maioria das gestantes possuem grau de escolaridade entre o intervalo de 4 a 7 anos de estudos concluídos, indicando possivelmente dificuldades em conseguir vaga no mercado de trabalho;
- A maioria das gestantes tem ocupação com afazeres domésticos;
- O número de 7 e mais consultas pré-natal teve uma maior incidência nas gestantes brancas;
- As intercorrências com maior frequência entre as gestantes foram à infecção urinária e pré-eclâmpsia;
- Quanto à duração da gestação a incidência que predominou foi a de 37 a 41 semanas;

## SUGESTÕES

- Os resultados obtidos neste estudo podem ser utilizados para o planejamento das ações em relação à saúde materno-infantil;
- Capacitação dos profissionais de saúde no manejo clínico, com ênfase em gestantes que podem ser consideradas de risco, especialmente as gestantes negras;
- Divulgar para os municípios da região sobre a referência do Hospital Evangélico como referência em saúde materno-infantil;
- Disponibilizar e/ou reforçar o acesso das gestantes aos serviços de aconselhamento em planejamento familiar;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAIR, L.S. **Low birth weight and intrauterine growth retardation in itlipino infants.** Pediatrics, v84, n.4, p. 7-14, 1989.

ADAMI, N. P. FRANCO, A.C.P. BRÊTAS, L.M.O. RANSAN, A.L. **Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica.** Acta Paulista de Enfermagem. v. 2, n.1, p. 9-13, 1989.

ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

ALVES, M.T.S.S.B. SILVA, A.A.M. **Avaliação de qualidade de maternidades: assistência ao parto e ao recém-nascido.** São Luís: Gráfica Universitária – UFMA, 2000.

AUMANN, G.M.E. BAIRD, M.M. **Avaliação do risco em gestantes.** In. KNUPPEL, J.E. **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar.** Porto Alegre: Artes Médicas, 630 p.p13-36, 1995.

BARBIERI, M.A. SILVA, A.A.M. BETTIOL, H. **Risk factors for the increasing trend in low birth weight among live births born by vaginal delivery, Brazil.** Saúde Pública, v.34, 2000.

BARBOSA, G.P. GIFFIN, K. TUESTA-ANGULO, A. GAMA, A.S. CHOR, D. REIS, A.C.G.V. **Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(6): 1611-1620, nov-dez, 2003.

BARROS, A.J.D. HIRAKATA, V.N. **Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of moldes that directly estimative the prevalence ratio.** BMC Med Rev Method.;3(21), 2003.

BEISWENGER, T.R. BROWN, H.L. HIETT, A.K. **The role of cervical condition and Indication for Induction on Induction Success and Cesarean Delivery Rate.** *Obstet Gynecol.* 99(4):s54, 2002.

BELFORT, P. **Assistência Pré-natal.** In: REZENDE, J. **Obstetrícia.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 209-213, 1992.

BELIZAN, J.M. ALTHABE, F. BARROS, F.C. ALEXANDER, S. **Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study.** *BMJ.* 319(222):1397-400, 1999.

BENNETT, V. BROWN, L. **Myles textbook for midwives.** Ed 12. Edinburgh, 1993. In LOWDERMILK, D.L. SHANNON, E. BOBAK, I.R.M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5°ed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

BENSON, R.C. **Manual de Obstetrícia e Ginecologia.** 5°ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1991.

BERNSTEIN, P.L. **Desafio dos deuses – a fascinante historia do risco.** Campus. Rio de Janeiro, 1997.

BERQUÓ, E. CAVENAGLIN, S. **Direitos Reprodutivos de Mulheres e Homens face à nova Legislação Brasileira sobre Esterilização Voluntaria.** *Cad. Saúde Pública.* Vol. 19. Suppl.2. Rio de Janeiro, 2003.

BIANCUZZO, M. **Six months of maternal posture during labor.** *MCN Am J Matern Child Nurs* 18(5):264. 1993. In: LOWDERMILK, D.L. SHANNON, E. BOBAK, I.R.M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5°ed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

BORGES, L.C.B. **Comprometimento da função renal em pacientes cadastrados no Programa Hipertensão no município de Dourados, MS – Brasil 2009.** (dissertação do mestrado) UnB, 2009.

BRANDEN, P.S. **Enfermagem materno-infantil.** 2<sup>o</sup>ed, Rio de Janeiro:Reichmann & Affonso editores, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal.** 2<sup>o</sup> ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, 1988.

\_\_\_\_\_ **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Departamento de Programáticas Nacional de Atenção integral a mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Secretaria de Atenção à Departamento de programáticas – Brasília: 2004.**

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS. DATASUS Informações de Saúde.** Disponível em [HTTP://tabnet.datasus.gov.br](http://tabnet.datasus.gov.br) (abril de 2008).

\_\_\_\_\_ **Secretária de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília (DF);p.32-7, 2001.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 4<sup>o</sup> ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, 2000.

\_\_\_\_\_ **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos-SINASC.** Brasília: 2004.

\_\_\_\_\_ **Manual de orientação assistência pré-natal,** 2004.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: sistema estadual de referência hospitalar à gestante de alto risco/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília: ministério da Saúde, 2001.**

\_\_\_\_\_ **Uma proposta para a educação de gestantes na assistência pré-natal, com base no enfoque sistêmico.** Revista Gaúcha de Enfermagem. v. 8, n. 2, p. 244-260, 1987.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnica.** 3ªed. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde.** Secretaria da vigilância em saúde. Brasília: Ministério de Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_ **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual técnico/Ministério da Saúde,** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_ **Saúde Brasil.** 117ªed. Brasília (DF), 2006.

\_\_\_\_\_ **Atendimento Pré-natal. Manual Técnico.** Brasília: MS, 2000.

\_\_\_\_\_ **competency in Nursing.** Genebra: OMS, 2003.

\_\_\_\_\_ **Declaração do Milênio,** 2004.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasília, 2002. (Cadernos de Atenção Básica, 11-serie A: Normas e Manuais técnicos).

CALDERON, I.M.P. CECATTI, J.G. VEGA, C.E.P. **Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna.** Rev. Bras. Ginecol Obstet. V. 28, nº25, 2006.

CAMIÑA, R.S. **Prevalência de baixo peso ao nascer e fatores associados nos municípios da sétima regional de saúde de Joaçaba, Santa Catarina, período 1995 a 1999.** 2005. (tese mestrado) – Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba/SC.

CAMPBELL, J. OLIVER, C. BULLOK, L. **Correlates of battering during pregnancy**, Rev Nurs Heath 15(3):219, 1992. In: LOWDERMILK, D.L. ;SHANNON, E; BOBAK, I.RM. **O cuidado em enfermagem materna.** 5ªed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

CARMO, B.G. **Perfil sócio-demográfico e epidemiológico de gestantes e recém-nascidos e fatores determinantes do peso ao nascer: um estudo de usuários do SUS em Viçosa-MG,** 2006. (tese de mestrado) – Universidade Federal de Viçosa-UFV.

CARVALHO, T.A.D. **Implantação da Assistência de Enfermagem junto à gestante de cuidados especiais no Centro de referência de especialidades Divino Ferreira Braga – Betim.** 2007. Monografia (Especialização em Saúde Pública). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CECATTI, J. G. FAÚNDES, F.G.C. SUNITA, M.M.A. **O impacto da idade materna avançada sobre os resultados da gravidez.** Rev Bras. GO. v. 20, n.7, p. 389 – 393, 1998.

CEZIMBRA, G.S.S. **“Há associação entre a Maturação Sexual feminina precoce e a exposição a condições de vulnerabilidade com o início sexual precoce, incidência de DST, gravidez e violência sexual na adolescência”.** 2008. (tese de mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília/UnB.

CIANCIARULLO, T. I. GUALDA, D.M.R. MELLEIRO, M.M. **Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal.** São Paulo: Ícone, 1998.

COIMBRA, L.C. SILVA, A.A.M. MOCHEL, E.G. ALVES, M.T.S.S.B. RIBEIRO, V.S. ARAGUÃO, V.M.F. BETTIOL, H **Fatores associados a inadequação do uso da assistência pré-natal.** Rev. Saúde Publica 37, 456-62, 2003.

COIMBRA, L.C., SILVA, A.A.M. **Características das mulheres e assistência pré-natal.** In: CORREA, M.M. COATES, V. **Implicações Sociais e o papel do pai.** In: MAAKAROUN, M.F. SOUZA, R. P. CRUZ, A.R. **Tratado de Adolescente.** Rio de Janeiro (RJ): Cultura Médica; 1991.

CORREIA, L. L. McAULIFFE, J. F. **Saúde Materno Infantil.** In: ROUQUAYROL, M. Z.

COSTA, A.A.R. RIBAS, M.M.R. SANTOS, L.C. **Mortalidade materna na cidade do Recife,** Revista Bras Ginecol Obstetr, 24:455-61, 2002.

COSTA, C.E. GOTLIEB, S.L.D. **Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da declaração de nascido vivo.** Revista Saúde Pública, v32, n4, 1998.

COSTA, J. S. D. CARDOSO, F. I. **Avaliação do programa de pré-natal do posto de saúde da Vila Municipal, Pelotas – RS. RBGO.** v 18, n. 6, p. 469-476, 1996.

COSTA, M. C. GUILHEM, D. TELLES, M. I. M. **Atendimentos a gestantes no Sistema Único de Saúde.** Ver. Saúde Pública 5:35-9, 2005.

COUTINHO, T. TEIXEIRA, M.T.B. DAIN, S. SAYD, J.D. COUTINHO, L.M. **Adequação do processo da assistência pré-natal entre as usuárias do SUS em Juiz de Fora – MG.** Rev. Bras. Ginecol Obstetr. 25:717-23, 2003.

COX, R. **Family health care delivery for 21st century.** Obst Gynecol Neonatal Nurs 26(1);, 1997) In: LOWDERMILK, D.L. SHANNON, E. BOBAK, I.R.M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5ªed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

CURY-FAISAL, A. MENEZES, P.R. **Fatores associados à preferência por cesareana.** Rev Saúde Pública 40(2):226-32, 2006.

D'AVANZO, C. **Bridging the cultural gap with southeast asians**, MCN Am J Matern Child Nurs 17(4):204,1992. In: LOWDERMILK, D.L. SHANNON, E. BOBAK, I.RM. **O cuidado em enfermagem materna**. 5ªed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

DELASCIO, D. GARIENTO, A. **Obstetrícia normal Briquet**. 3ªed. São Paulo (SP):Sarvier, 1981.Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/svs:visualizar\\_texto.cfm?dtxt=21379](http://portal.saude.gov.br/portal/svs:visualizar_texto.cfm?dtxt=21379).

DURAND, J.G. **Gestação e violência: estudos com usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo** (tese mestrado). – Faculdade de Medicina da USP; São Paulo. 2006.

DURAND, J.G. SCHRAIBER, L.B. **Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo**. *Revista Brasileira epidemiologia*. 10(3):310-22, 2007.

ÉVORA, Y. D. M. FÁVERO, N. TREVISAN, M.A. **Orientações ministradas à gestante durante a assistência pré-natal: atuação dos profissionais de enfermagem**. *Rev. Esc. Enf. USP*. v. 22, n. 3, p. 339-351, 1988.

FABRI, R.H. SILVA, H.S.L. LIMA, R.V. MURTA, E.F.C. **Estudo Comparativo das Indicações de cesariana entre um Hospital público-universitário e um Hospital privado**. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 2(1):29-35, jan-abril, 2002.

FAÚNDES, A. CECATTI, J.G, **A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação**. *Caderno Saúde Pública* abril; 7(2):150-73, 1991.

FAÚNDES, A. PADUA, K.S. OSIS, M.J.D. CECATTI, J.G. SOUSA, M.H. **Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto**. *Rev. Saúde Publica* 38(4):488-94, 2004.

FEBRASGO. **Assistência pré-natal: manual de orientação**. [S. 1.], 2000.

FIGUEREDO, N.M.A. VIANA, D.L.MACHADO, W.C.A. **Tratado prático de enfermagem.** Vol. I, 2ªed. Editora Yendis. São Caetano do Sul, SP, 2008.

FONSECA, L.A.M.L. LAURENTI, R. **Evolução da mortalidade materna.** In: MONTEIRO, C.A. FRANÇA JUNIOR, C. **Velhos e novos males da saúde na saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças.** São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000.

FREITAS, P.F, DRACHLER, M.L. LEITE, J.C.C. GRASSI, P.R. **Desigualdade sociais nas taxas de cesarianas em primarias no Rio Grande do Sul.** Rev Saúde Publica. 39(5)761-7, 2005.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFANCIA – UNICEF. **Situação da Infância Brasileira.** Brasília, 2001.

FURLAN J.P. GUAZZELLI, C.A.F. PAPA, A.C.S. QUINTINO, M.P. SOARES, R.V.P. MATTAR, R.. **A influência do estado nutricional da adolescente grávida sobre o tipo de parto e o peso do recém-nascido.** RBGO , n.25, p.625-30, 2003.

GAMA, S. G. N. SZWARCOWALD, C. L. SABROZA, A. R. BRANCO, V. C. LEAL, M. C. **Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidade do município do Rio de Janeiro (1999-2000).** Cad. Saúde Pública 20 (supl D):S101-S111, 2004.

GEERLING, J. **Natural family planning.** Am Fam Physician. 52 (6):1749, 1995. In: LOWDERMILK, D.L. SHANNON, E. BOBAK, I.R.M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5ªed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

GONÇALVES, L.C. **Ocorrência de hipertensão arterial em mulheres com passado de distúrbios hiperglicêmicos na gestação.** 2003, (tese mestrado) – Universidade Estadual Paulista – Botucatu\;SP.

GOLAY, J. VEDAM, S. SORGER, L. **The squatting position for the second stage of labor: effects on labor and an maternal and fetal well-being.** Birth 20 (2):73, 1993. In LOWDERMILK, D.L. SHANNON, E. BOBAK, I.R.M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5ªed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

HALPERN, R. BARROS, F.C. VICTORIA, C.G. TOMASI, E. **Atenção pré-natal em Pelotas, RS, Brasil, 1993.** Cadernos de Saúde Pública, v14, 1998.

HATCHER, R. **Contraceptive and technology.** Ed 17, Nova York, 1998. Ardent Media. In: LOWDERMILK, D.L. SHANNON, E. BOBAK, I.R.M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5ªed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

HELMAN, C. **Culture, health and illness.** Londres, 1990. In: LOWDERMILK, D.L. SHANNON, E. BOBAK, I.R.M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5ªed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

HORTA, B.L.A. **Obstetrícia prática.** 6. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981.

HUESTON, W. J. KASIK-MILLER, S. **Changes in functional health status during normal pregnancy.** J Fam Pract. 47(3):209-12, 1998.

JUNQUEIRA, S.S. **Sentimentos, percepções e necessidades da parturiente na sala de parto.** São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1987.

KAPLAN, L.C. **Defeitos do tubo neural an cloherty e stark: manual de neonatologia.** 4ªed. Medsi, 2000.

KRAMER, M.S. **The epidemiology of adverse pregnancy outcomes: an overview.** J. Nutr. V133, 2003.

KOTELCHUCK, M. SCHARTZ, J. ANDERKA, M. FINISON, K.S. 1984. **WIC Participation and pregnancy outcomes:Massachusetts statewide evaluation project.** American Journal of public Heath, 74:1086-1092.

LACERDA, E.M.A. **Anemia ferropriva na gestação e na infância.** In: ACCIOLY, E. SAUNDERS, C. LACERDA, E.M. **Nutrição em obstetrícia e pediatria.** Cultura Médica, 2004.

LARGURA, M. **A Assitência do parto no Brasil: uma análise crítica.** São Paulo: Gente;1998.

LAURENTI, R. BUCHALLA, C.M. **Indicadores de saúde materna e infantil: implicações da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças.** Rev. Panam Salud Publica 1:8:22, 1997.

LEAL, M. C. GAMA, S. G. N. CUNHA, C. B. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001.** Rev. Saúde Pública 39(1):100-7, 2004.

LHORA, A. **Principales factores de riesgo del bajo peso al nacer: analyses multivariante.** Revista de La Semg. n° 53, abr. 2003.

LIMA, M.O.P. **Qualidade de vida relacionada à Saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico.** São Paulo, 2006. (tese de mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/USP.

LOWDERMILK, D.L. SHANNON, E. BOBAK, I.R.M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5°ed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

MAIA FILHO, N. L. MATHIAS, L. ILIAR, J. PIENZNAUER, R. CARVALHO, P.M. **Operação cesariana: a propósito de suas indicações.** J Bras Ginecol 104:423-6, 1994.

MAIN, D.M. **The epidemiology of pretern birth.** Clin. Obstet. Gynecol. Surv. n 34. 1988.

MARGOTTO, P.R. **Curvas de crescimento intra-uterino: uso de curvas locais.** Jornal de Pediatria n6, Nov/dez. 2003.

MARMOT, M.G. KOGEVINAS, M. ELSTON, M.A. **Social\economic status and disease.** Annual Review of Public Heath, 8:111-135. 1987.

MCFARLANE, J. PARKER, B. SOEKEN, K. **Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: prevalence, interrelationships, and effects on birth weight.** J Obstet. Gynecol Neonatal Nurs 25(4):313-20, 1996.

MELLO, S.C. **C-sections as ideal births:the cultural constructions of beneficence and patient's rights in Brazil.** Camb Q Heath Ethics 3:358-66, 1994.

MELZAK, R. BELANGER, E. LACROIX, R. **Labor pain: effects of maternal position on front and back pain.** J Pain Symptom manage 6(8):476, 1991. In: LOWDERMILK, D.L. SHANNON, E. BOBAK, I.R.M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5ªed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

MENEZES, T.C. AMORIN, M.M.R. SANTOS, C. FAÚNDES, A. **Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério.** RBGO 25(5):309-16, 2003.

MIYADAHIRA, S. FRANCISCO, R.P.V. ZUGAIB, M. **Indução do parto em gestações pós-termo com 41 semanas.** Ver Assoc Med Bras 49(3):225-43, 2003.

MORAES, C. L. REICHENHEIM, M.E. **Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro.** Int J Gynaecol Obstet. 79:269-77, 2002.

MORAIS, E. N. ALFLEN, T.L. SPARA, P. BEITUNE, P.E. **Repercussões da assistência pré-natal sobre as condições de vitalidade fetal ao nascimento.** GO Atual. n. 4, p. 6-12, 1999.

MORON, A. F. CHA, S.C. ISFER, E.V. **Abordagem multiprofissional em medicina fetal.** São Paulo: Escritório Editorial, 1996.

MOTTA, C.C. **Quem acolhe esta mulher? Caracterização do apoio emocional à parturiente.** (tese mestrado) Universidade de Santa Catarina, 2003.

MOTTA, E.C.S. **Resgate histórico de atenção ao parto: por um parto respeitoso.** (monografia Bacharel em enfermagem), Universidade Presidente Antonio Carlos, 2009.

MURPHY, J.M., ROBBINS, D. **Implicações psicossociais da gestação de alto risco.** In: KNUPPEL, J.E. **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar.** Porto Alegre: Artes Médicas, 630p.p.203-216, 1996.

MURRAY, E. ZENTNER, J. **Health assessment promotion strategies through the life span.** 6ed. Stamford, Conn, 1997. In: LOWDERMILK, D.L. SHANNON, E. BOBAK, I.R.M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5ºed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

NAGAHAMA, E. E. I. **Avaliação de um programa de assistência pré-natal: a questão da resolutividade.** 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

NEIVA, J.G. **Índice de cesariana.** *Femina* 9:516-8, 1981.

NEME, B. **Obstetrícia Básica.** 2ºed. São Paulo; Sarvier, 2000.

OLIVEIRA, S.M.J.V, RIESCO, M.L.G, MIYA, C.F.R. VIDOTTO, P. **Tipo de parto: expectativas das mulheres.** *Ver. Latino-am Enfermagem.* set-out. 10(5):667-74, 2002.

OLIVEIRA, V. M. **Um lugar no cuidado pré-natal: possibilidades e opções das gestantes.** 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Assistência ao parto normal: um guia prático da Saúde materna e neonatal. Unidade de maternidade segura. Saúde reprodutiva e da família.** Genebra (CH), 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **Décima Revisão CID. 3º Ed. São Paulo, Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em Português/Edusp, 1996.**

OSCIP – **Organização da Sociedade Civil de Interesse Público “Amigo do Índio”** – AmI. Relatório de atividades 2001-2004. Dourados (MS), 2004.

OSIS, M. J. D. HARDY, E. FAÚNDES, A. ALVES, G. **Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil.** Rev. Saúde Pública. v. 27, n.1, p. 49-53, 1993.

OSIS, M. J. D. **Abordagens qualitativas em saúde reprodutiva.** In: BARROS, N.F. *et al.*, **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares.** Campinas, Ed. Comedi, 2005.

PARKER, R. PIMENTA, M.C. RIOS, L.F. JUNIOR, I.B.V.T. **Passagem Segura para a Vida Adulta: oportunidades e barreiras para a Saúde Sexual dos jovens brasileiros.** Escolaridade. Coleção Abia (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids) n°1 Rio de Janeiro, 2000.

PASSINI JUNIOR, R. AMARAL, E. **Intoxicações.** In: NEME, B. PINTO, E. SILVA, J.L. (Orgs) **Obstetrícia Básica.** 3 ed. São Paulo, 2005.

PENNA, L. H. G. PROGIANTI, J.M. CORREA, L.M. **Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré-natal.** Revista Brasileira de Enfermagem. v. 52, n. 3, p. 385-391, 1999.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia Teoria e Prática.** Guanabara Koogan, 2007.

PINOTTI, J.A. FAÚNDES, A. **As distorções da cesariana.** Rev. Paul Hosp 36:73-4, 1988.

PITTROF, R. CAMPBELL, O.M. FILLIPI, V.G. **What is quality in maternity care? An international perspective.** Acta Obstet. Ginecol Scand, v.8, 2002.

PURSLEY, D.M. CLOHERTY, J.M.D. **Identificando o recém-nascido de alto risco e avaliando idade gestacional, pré-maturidade, pós-maturidade e os recém-nascidos grandes para a idade gestacional e os pequenos para a idade gestacional.** In: CLOHERTY, M.D. STARK, A.R. **Manual de Neonatologia.** 4ed. Rio de Janeiro. Medsi - Editora Médica e Científica. 2000.

RAGONESI, S.M.A. BERTINI, A.M. CAMANO, L. **Crescimento intra-uterino retardado: aspectos atuais.** Revista Assistência Médica Brasil, v.43 n2, 1997.

RATTNERM, D. **Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesarianas do Estado de São Paulo, Brasil.** Rev de Saúde Publica v.30,n.1, São Paulo fev.1996.

REZENDE, J. MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental.** 8°ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RIBAS D. L. B., SGANZERLA A, ZORZATTO J. R., PHILIPPI S. T. **Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil.** Cad Saúde Pública, v.17, p.323-331, 2001.

ROBERTS, J. WOLLEY, D. **A second look at the second stage of labor.** J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 25(5):415, 1996. In: LOWDERMILK, D.L. SHANNON, E. BOBAK, I.R.M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5°ed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

ROCCO, R. LEITE, H.V. VASCONCELLOS, M. CABRAL, A.C.V. **Morbidade associada a cesariana eletiva em portadores de HIV.** Rev Bras Ginecol Obstet jun;25(5);323-28, 2003.

RONSMONS, C. HOLTZ, S. STANTON, C. **Socioeconomic differentials in cesarean rates in developing countries: a retrospective analysis.** Lancet. 368(9546):1516-23, 2006.

ROSENTHAL, H.C. **Influência da assistência pré-natal sobre os resultados perinatais e maternos na Maternidade da Encruzilhada** [Dissertação do Mestrado]. Recife: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco; 2000.

RUDOLPH, A.J. GARCIA-PRATES, J.A. **Previsão, reconhecimento e tratamento de transição do neonato de alto risco.** In: KLAUS, A. FANAROFF, A. **Alto risco em neonatologia.** Rio de Janeiro.: Guanabara Koogan, 1990.

SABINO, A.M.N.F. **A enfermeira e a atenção pré-natal em São José do Rio Preto – SP.** Ribeirão Preto, 2007. (tese de doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

SAKAE, T.M. FREITAS, P.F. D'ORSI, E. **Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário.** Rev Saúde Pública 43(3):472-80, 2009.

SANTOS, M.L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento.** (tese mestrado) Universidade de Santa Catarina, 2002.

SAUNDERS, C. **Diabetes na Gestação.** In: ACCIOLY, E. SAUNDERS, C. LACERDA, E.M. **Nutrição em obstetrícia e pediatria.** Cultura Médica, 2004.

SCOCHI, M. J. **Evolução da mortalidade por causas evitáveis e expansão dos recursos municipais de saúde em Maringá, Paraná.** Rev. Saúde Pública. v. 33, n. 2, p. 129-36, 1999.

SERRUYA, S.J. LAGO, T.G. CECATTI, J.G. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o PHPN.** Rev. Bras. Saude Matern Infantil, 4:269-79, 2004.

SIMKIN, P. **Reducing pain and enhancing progress en labor: a guide to nonpharmacologic methods for maternity caregivers.** Birth 22 (3):161, 1995. In: LOWDERMILK, D.L.

SHANNON, E. BOBAK, I.R.M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5ªed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

SHEARER, E. **Cesarean section: Medical benefits and costs**. Social Science and medicine, 37:1223-1231. 1993.

SHIMIZU, H. E. LIMA, M.G. **As dimensões do cuidados pré-natal na consulta de enfermagem**. Rev. Bras. Enferm, Brasília. maio-jun; 62(3):387-92, 2009.

SILVEIRA, D.S. SANTOS, I.S. **Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática**. Cad Saúde Pública, 20:1160-8, 2004.

SILVEIRA, S.C. **A assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde**. (tese de mestrado) Universidade de Santa Catarina, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília (DF); 2002.

SZWARCWALD, C.L. BASTOS, F.I. ESTEVES, M.A.P. ANDRADE, C.L.T. PAEZ, M.S. MEDICI, E.V. ;DERRICO, M., **Desigualdade de renda e situação de saúde: O caso do Rio de Janeiro**. Cadernos de Saúde Pública, 15:15-28. 1999.

TASE, T. H. **Caracterização das mulheres atendidas em um hospital escola referência para gestação de alto risco**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica e Neonatal) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TORLONI, M. R. MORIN, A. F. CAMANO, L. **Crescimento fetal retardado**. Femina. v. 27, n. 8, p. 651-656, 1999.

TREVISAN, M.R. LORENZI, D.R.S. ARAUJO, N.M. **Perfil da assistência pré-natal entre as usuárias do SUS em Caxias do Sul**. Rev. Bras Ginecol Obstet 24(5):293-9, 2002.

TREZZA, E. **Atenção de primeira linha no final do século XX. O desafio da resolutividade.** Divulgação em Saúde para Debate. n. 9 – Agosto/94. <http://www.prouni.org/uni/revista/9/revis3.htm>.

UCHIMURA, T.T. SZARFARC, S.C. LATORRE, M.R.D.O. **Anemia e peso ao nascer.** Revista Saúde Pública v. 37 n4 agost. 2003.

VICTORIA, C.G. BARROS, F.C. HALPERN, R. **Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares.** Revista Saúde Pública. São Paulo v.30 n1 fev. 1996.

VIEIRA, S. **Bioestatística.** Ed. Campus, 3° ed. 1980.

WAGNER, M. **Fish can't see water: the need to humanize birth.** J Ginecol Obstet v. 48, 2001.

WEBER, S. **Cultural aspects of pain in childbearing womem.** J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 25(1):67, 1996. In: LOWDERMILK, D.L. SHANNON, E. BOBAK, I.R.M. **O cuidado em enfermagem materna.** 5 ed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.

WILLIAMS, R.L. HWES, W.E. **Cesarian section fetal monitoring and perinatal mortality in California.** Amercan Journal of Public Heath, 69:867-870, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Appropriate technology for birth.** Lancet. 2:436-7, 1985.

ZAMBONATO, A.M.K. PINHEIRO, R.T.V. HORTA, B.L. TOMASI, E. **Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional.** Rev Saúde Publica. V.38 n1, 2004.

ZAMPIERI, M.F.M. **Prevention of maternal mortality: a challenge to everyone.** Rev. Ciências de Saúde. Jan-dez. 18(1/2):11-17, 1999.

ZIEGEL, E. E. CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 7<sup>o</sup>ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

ZUGAIB, M. SANCOVSKI, M. **O pré-natal**. São Paulo: Atheneu, 1994.

## **APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO**

**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**Instrumento de Coleta de Dados**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Município de residência:

Idade:

Profissão:

Etnia: ( )branca ( )parda ( )negra ( )indígena

Escolaridade (em anos de estudo concluídos): ( ) nenhuma ( ) 1 a 3 anos ( ) 4 a 7 anos ( ) 8 a 11 anos ( ) 12 e mais ( ) ignorado

Estado civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) separada ( ) ignorado

**2. DADOS OBSTÉTRICOS**

Número de filhos anteriores:

Número de gestações anteriores:

Doença anterior a gestação:

Tipo de gravidez: ( ) única ( ) dupla ( ) tripla e mais ( ) ignorado

Número de consultas: ( ) nenhuma ( ) 1 a 3 ( ) 4 a 6 ( ) 7 e mais ( ) ignorado

Complicações e/ou intercorrências durante a gestação:

Duração da gestação (em semanas): ( ) menos de 22 ( ) 22 a 27 ( ) 28 a 31 ( ) 32 a 36 ( ) 37 a 41 ( ) 42 e mais

Tipo de parto: ( ) vaginal ( ) cesário ( ) ignorado

Agressão durante a gestação:

Tabagista:

Etilista:

Drogas:

**3. DADOS SOBRE O RECEM-NASCIDO**

Etnia: ( ) branco ( ) pardo ( ) negro ( ) indígena ( ) ignorado

Sexo: ( ) F ( ) M ( ) ignorado

Malformação: ( ) sim ( ) não ( ) ignorado

Tipo de malformação:

Apgar: 1º minuto ( ) 5º minuto ( )

Peso:

**ANEXO A – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO  
DO COMITÊ DE ÉTICA**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
COM SERES HUMANOS UNIGRAN**

Dourados, 10 de setembro de 2009.

Prezada Pesquisadora:

**Rosenilda Conceição Blanco Wilhelm Tenfen**

O Projeto de vossa autoria 329/09, intitulado: **“Perfil epidemiológico das gestantes assistidas no hospital evangélico no município de Dourados-MS, em 2007”** foi integralmente **APROVADO** pelo CEP-UNIGRAN e poderá ser conduzido. A acadêmica atendeu as recomendações dos relatores.

Ressalto que os relatórios semestrais devem ser apresentados ao Comitê para acompanhamento e que alterações em seu projeto devem ser avisadas previamente a coordenação.

Respeitosamente,

*Ana Amélia Gomes*  
Ana Amélia Gomes

Secretária CEP-UNIGRAN

**ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO HOSPITAL  
EVANGÉLICO**





## Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldsby King

Dourados, 26 de agosto de 2009.

Eu, Marco Aurélio de Camargo Areias, Diretor do Departamento de Enfermagem do Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldsby King, venho por meio desta, autorizar a execução do trabalho de conclusão de curso, com o seguinte Tema: "Perfil das gestantes assistidas no Hospital Evangélico no Município de Dourados-MS, em 2007", executado pela Mestranda: Rosenilda Conceição Blanco Wilhelm Tenfen, tendo como Orientador, o Professor Dr<sup>o</sup> Pedro Sadi Monteiro.

Marco Aurélio de Camargo Areias  
Dir. Dpt<sup>o</sup> / Enfermagem  
COREN 29267

---

Marco Aurélio de Camargo Areias

Diretor do Departamento de Enfermagem  
Coren/MS 29267