

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO “PROGRAMA
NASCER E VIVER” ATRAVÉS DE ANÁLISE
COMPARATIVA ENTRE GRUPOS DE GESTANTES
COM E SEM ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA**

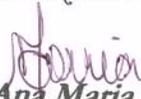
REGINA CÉLIA DA LUZ BERNARDINO

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

REGINA CÉLIA DA LUZ BERNARDINO

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

Campinas, 18 de Dezembro de 2001.


Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa
Orientadora

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DO “PROGRAMA NAS CER E VIVER” ATRAVÉS DE ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE GRUPOS DE GESTANTES COM E SEM ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA

Dissertação apresentada como exigência parcial
para obtenção do grau de Mestre em Saúde
Coletiva à Comissão Julgadora da Universidade
Estadual de Campinas - Departamento de Medicina
Preventiva e Social, sob a orientação da
Professora Ana Maria Segall Corrêa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Campinas - 2001

DE BC
AMADA UNICAMP
8456a
EX
O BCI 50015
16-837/02
DX
CO R\$ 11,00
A
PD

M00170703-3

ID 248386

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

B456a Bernardino, Regina Célia da Luz
Avaliação dos resultados do Programa Nascer e Viver através de análise comoarativa com grupos de gestantes com e sem acompanhamento do programa / Regina Célia da Luz Bernardino . Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Ana Maria Segall Corrêa
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

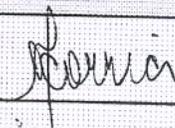
1. Vigilância Epidemiológica. 2. Análise de coorte. 3. Cuidado – pré-natal. 4. Gravidez. I. Ana Maria Segall Corrêa. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

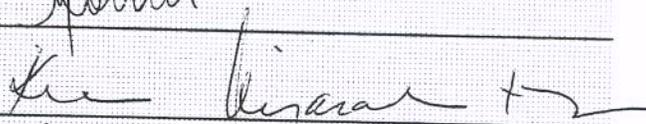
Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa

Membros:

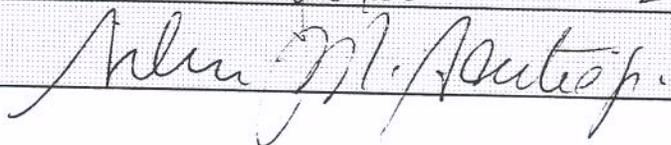
1. Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa



2. Profa. Dra. Keiko Miyasaki Teruya



3. Profa. Dra. Silvia Maria Santiago



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 18/12/2001

20232309

À minha família, base da
formação pessoal.

AGRADECIMENTOS

A Deus por tudo!

Ao "Paulão" que na condição de chefe permitiu a realização deste curso.

À amiga Marlizinha que com sua inteligência e competência transformou o trabalho, colocando-o nesta condição de apresentação.

À amiga Roseine, mãe do Arthur confidente e companheira de altas reflexões durante os três anos de curso, responsável pela condução do carro neste período.

Às amigas Sarah e Carmem que sempre me estimularam durante os momentos mais difíceis.

À equipe do Programa Recém-Nascido de Risco em especial a enfermeira Carminha com quem discutia as questões da gestante e sonhava com o Nascer e Viver.

A Socorro, sanitaria que me incentivou e com quem aprendi sobre Epidemiologia.

Em especial a Ana, orientadora que compreendeu as dificuldades e soube estimular minha reflexão sobre as questões referentes à Saúde Pública.

Qualidade em Saúde depende 10% de
Tecnologia e 90% de Atitude.

(Rebelo, P.)

SUMÁRIO

Lista de fotos, gráficos, quadros e tabelas	XVII
1. Histórico e caracterização do Município de Santos	33
1.1 Crescimento e desenvolvimento	34
1.2 Dados populacionais	35
1.3 Aspectos Sócio-Econômicos	37
2. Sistema de Saúde de Santos	41
2.1 Acesso	42
2.2 Rede de serviços	43
3. Contextualização	49
3.1 Conceitos teóricos	49
3.2 Programa Nascer e viver	57
3.2.1. Casa da Gestante	65
3.2.2. Vigilância da Gestante	67
3.2.3. Alta do Programa	68
4. A mortalidade Perinatal no Brasil	71
5. A Assistência Perinatal em Santos	77
6. Justificativa da Pesquisa	81
6.1 Objetivos	82
6.2 Material e métodos	83
6.2.1. Desenho da investigação	83
6.2.2. População de referência	84

6.2.3. População de estudo	84
6.2.4. Critérios de inclusão	85
6.2.5. Critérios de exclusão	85
6.2.6. Variáveis dependentes	85
6.2.7. Variáveis independentes	85
6.2.8. Instrumento de coleta	85
7. Análise e discussão dos resultados	91
7.1. Características da população de estudo	91
7.2. Avaliação de risco	99
7.3. Condições de nascimento	103
Conclusão	111
Referências Bibliográficas	113
ANEXOS	119

LISTA DE FOTOS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS.

CAPÍTULO 01

<i>Tabela 01 - População residente por sexo e população residente por área (urbana e rural) - IBGE, 1996.....</i>	<i>37</i>
<i>Tabela 02 - Variação da população no período de 1991 - 1998</i>	<i>39</i>
<i>Tabela 03 - Participação dos membros da família na composição de renda familiar - 1998</i>	<i>41</i>
<i>Tabela 04 - Fontes de rendimento na composição renda familiar - 1998.....</i>	<i>41</i>
<i>Foto 01 - Foto de alguns tipos de residências no bairro do Centro no município de Santos</i>	<i>45</i>
<i>Foto 02 - Foto panorâmica da orla da praia no município de Santos</i>	<i>47</i>

CAPÍTULO 02

<i>Foto 03 - Policlínica do Jardim Rádio Clube, uma das que compõem o quadro de unidades da rede no município de Santos.....</i>	<i>55</i>
<i>Foto 04 - Entrada do Pronto Socorro Central Municipal no município de Santos.....</i>	<i>57</i>
<i>Foto 05 - Hospital e Maternidade Silvério Fontes no município de Santos.....</i>	<i>61</i>

CAPÍTULO 03

<i>Foto 06 - Sede do Programa Nascer e Viver.</i>	81
<i>Foto 07 - Atividade de grupo na Casa da Gestante</i>	97
<i>Quadro 01 - Ações de Vigilância - Casa da Gestante.</i>	99
<i>Quadro 02 - Atribuições da Casa da Gestante.</i>	101
<i>Foto 08- Atendimento e visita domiciliar para busca ativa.....</i>	103
<i>Foto 09 Atividade de Grupo - Orientação nutricional - Casa da Gestante.....</i>	105

CAPÍTULO 04

<i>Gráfico 01 - Coeficiente (por 1000 nv) de Mortalidade Infantil por Regiões do Brasil.....</i>	111
<i>Quadro 02 - Estimativa da Mortalidade Perinatal por 1000 nv segundo algumas regiões do mundo.....</i>	113
<i>Gráfico 02 - Evolução do coeficiente (por 1000 nv) em Santos, segundo faixa etária, no período de 1988 a 1999.....</i>	115

CAPÍTULO 05

<i>Quadro 03 - Fluxo para assistência perinatal.</i>	121
---	-----

CAPÍTULO 06

<i>Quadro 04 - Quadro de Resumo da Pesquisa.</i>	129
<i>Tabela 10 - Distribuição das gestantes segundo a faixa etária e realização de Pré-Natal.....</i>	151
<i>Tabela 11 - Distribuição das gestantes segundo local de Pré-natal e número de consultas realizadas.....</i>	151
<i>Tabela 12 - Distribuição das gestantes segundo local e início de Pré-natal.....</i>	151
<i>Tabela 13 - Distribuição das gestantes segundo local de Pré-natal e número de gestações.....</i>	153
<i>Tabela 14 - Distribuição das gestantes segundo avaliação de risco e local de Pré-natal.....</i>	155
<i>Tabela 15 - Distribuição das gestantes avaliadas como de risco psicossocial e como normais e o baixo peso ao nascer.....</i>	159

<i>Tabela 16 - Distribuição das gestantes segundo avaliação de risco e local de Pré-natal.....</i>	<i>161</i>
<i>Tabela 17 - Distribuição dos bebês segundo idade gestacional e grupos pesquisados.....</i>	<i>163</i>
<i>Tabela 18 - Distribuição dos bebês segundo tipo de parto nos grupos pesquisados.....</i>	<i>167</i>
<i>Tabela 19 - Distribuição dos bebês segundo peso ao nascer nos grupos pesquisados.....</i>	<i>1173</i>
<i>Tabela 20 - Distribuição dos bebês segundo prematuridade nos grupos pesquisados.....</i>	<i>171</i>
<i>Tabela 21 - Distribuição dos bebês segundo local de nascimento e serviço de Pré-Natal nos grupos pesquisados.....</i>	<i>171</i>
<i>Tabela 22 - Distribuição dos bebês segundo permanência no hospital após a alta materna nos grupos pesquisados.....</i>	<i>173</i>
<i>Tabela 23 - Distribuição dos óbitos segundo grupos pesquisados.....</i>	<i>175</i>
<i>Tabela 24 - Distribuição dos bebês segundo local de nascimento e serviço de Pré-natal nos grupos pesquisados.....</i>	<i>177</i>
<i>Tabela 25 - Distribuição dos bebês segundo permanência no hospital após a alta materna nos grupos pesquisados...</i>	<i>177</i>
<i>Quadro 05 - Descrição dos óbitos.....</i>	<i>179</i>
<i>Tabela 26 - Distribuição dos óbitos segundo grupos pesquisados.....</i>	<i>179</i>

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPNV - Com acompanhamento do Programa Nascer e Viver

SAPNV - Sem acompanhamento do Programa Nascer e Viver

SPN - Sem Pré-Natal

UBS - Unidade Básica de Saúde

PRNR - Programa do Recém Nascido de Risco

OMS - Organização Mundial de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação,
Ciência e Cultura

RESUMO

Realizou-se um estudo tipo coorte retrospectiva com grupo de exposição constituído pelas gestantes acompanhadas pelo Programa Nascer e Viver, incluídas no período de setembro de 1997 a fevereiro de 1998, e de não exposição formado por gestantes com pré-natal e sem acompanhamento do programa e gestantes que não realizaram pré-natal, residentes na mesma região.

As informações foram coletadas a partir dos impressos utilizados nos serviços de saúde de Santos: ficha de risco psicossocial, ficha de pré-natal, prontuário hospitalar, declaração de óbito, ficha de critério de risco do Programa do Recém-nascido de Risco.

- Entre os três grupos, utilizando as seguintes variáveis: condições de parto, permanência no hospital após alta materna, óbito e condições de nascimento;
- Com prevalência destes eventos em período anterior à implantação do programa;
- Com a literatura, através do que já foi definido em estudos anteriores.

Fizeram parte do estudo 181 gestantes da região do Centro, divididos em 3 grupos: Com acompanhamento do Programa Nascer e Viver - 47,5% (CAPNV), sem acompanhamento do Programa Nascer e Viver - 38,1% (SAPNV) e sem pré-natal - 14,4% (SPN).

Verificou-se que as condições de nascimento foram mais favoráveis nas crianças cujas mães integraram o Programa Nascer

e Viver considerando-se: peso ao nascer, prematuridade, tipo de parto e permanência no hospital após alta materna.

Observou-se, ainda, que a disponibilidade de dados foi maior no grupo acompanhado pelo Programa Nascer e Viver havendo maior adequação no preenchimento dos instrumentos utilizados.

Esta avaliação confirmou que a direção está certa e que se pode com os ajustes necessários, dar continuidade ao Programa, intensificando as ações voltadas para a captação precoce da gestante e vigilância durante o acompanhamento do Programa Nascer e Viver.

SUMMARY

A search, retrospective coorte type, was conducted with two different data samples: The first one collected from na exposition group - composed of parturient women assisted by Nascer and Viver Program since September of 1997 to February of 1998. An other from a non exposition group formed with pregnant women, who had done all previous clinical exams, without psychosocial attendance. And finally with pregnant people without any clinical attendance, who live in the same region.

After the reference and study population selection, analytical data were collected from files of Healthy Services of Santos: psychosocial risk forms, pregnancy cards, hospital registries, and death certificates. A database, built using Epi Info system, let us show and compare clearly the exposition risks existed in the people group analyzed.

This database permitted a comparative analysis of study and result variables, in the follow way:

- Among the three groups, using parturition conditions, remaining time in the hospital after clinical dismiss, death and birth conditions;
- With those events happened in the period before this Program implantation;
- With book registers of previous studies.

It was noticed that childbirths in CAPNV group had better conditions than any other group: low weight, premature, normal childbirth and internment remaining.

We observed, also, that the data availability was bigger in the group followed by the "Programa Nascer e Viver" and having in that case, better adjustment of the applied instruments.

INTRODUÇÃO

Em 1991 foi implantado em Santos o Programa de Vigilância do Recém-Nascido de Risco com o objetivo de reduzir a Mortalidade Infantil no município.

Durante os últimos sete anos, a equipe do Programa vem acompanhando e avaliando os nascimentos e óbitos infantis.

Este processo de avaliação culminou com a elaboração de uma nova proposta, desta vez voltada para a "gestante", com o firme propósito de identificar o risco de morrer mais precocemente.

O Programa foi implantado em 1997 com o nome de "Nascer e Viver", na forma de piloto, em uma região delimitada do município.

O presente estudo pretende avaliar esta experiência e, para isto, faz inicialmente uma caracterização do município e da região selecionada para a implantação do trabalho.

Na seqüência apresenta uma análise do sistema de saúde de Santos relacionando os serviços e o acesso dentro dos princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Para a discussão e análise propriamente dita, foi feita uma abordagem do Programa Nascer e Viver detalhando-se os objetivos e ações propostas para o acompanhamento das gestantes de risco.

Com base nos dados levantados, procurou-se estabelecer uma análise comparativa entre os grupos estudados, fazendo-se a apresentação dos mesmos na forma de tabelas e gráficos.

1. HISTÓRICO E CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTOS

“Em 22 de janeiro de 1532, aportava em São Vicente, Martin Afonso de Souza, que trazia em sua companhia, Brás Cubas, logo se estabelecendo no lugarejo fundado por Cosme Fernandes”.

Além da Vila de São Vicente, os colonos trazidos por Martin Afonso de Souza estabeleceram um povoado em Enguaguaçu, cabendo a Brás Cubas a missão de administrá-lo (região do sopé do Morro de São Jerônimo, atual Monte Serrat).

Em 1541, ocorreu um terrível maremoto que destruiu praticamente toda a Vila de São Vicente, fato que determinou a migração de seus habitantes para o nascente povoado de Brás Cubas, agora edificado nas cercarias da atual alfândega.

Muitos estavam doentes, devido à insalubridade dos pântanos existentes. Era necessário, pois, a fundação de um hospital, nos moldes dos existentes em Lisboa e no Porto, sob a invocação de todos os santos, com fins de misericórdia.

Em 1543 foi inaugurada a Santa Casa da Misericórdia de Todos os Santos, sob a proteção espiritual de Santa Izabel - Rainha de Portugal.

Historicamente Santos se apresenta como pólo centralizador da Saúde na região, mantendo essa característica até a presente data ".¹

LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

Situada no litoral sul de São Paulo, Santos possui uma área de 474 km², de onde 39,4 estão localizados na ilha de São Vicente e os 434,6 restantes, na Área Continental. A cidade está ligada à capital por duas rodovias e duas ferrovias, distando apenas 68 km, estabelecendo estreitas relações econômicas e culturais.² Santos. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde - Plano Municipal de Saúde, 1999.

1.1. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

"O desenvolvimento da cidade e da região, foi consequência: do desenvolvimento das atividades portuárias; da procura da população do planalto por áreas de lazer e turismo e, por fim, da instalação do pólo industrial de Cubatão para atender aos interesses industriais do Estado e região sudeste do país".³ A região possui o maior porto da América do Sul, atendendo a dois tipos de clientes: as cargas e os passageiros. É responsável por 30% da movimentação de carga portuária e até 50% do movimento brasileiro de contêineres. Atualmente ocupa a 4^a posição nacional, antecedido pelos portos de Tubarão(S.C.), Itaquí(M.A.) e São Sebastião(S.P.).

Santos, como cidade turística, recebe grande contingente de veranistas e turista, sendo que o pico máximo é atingido no

¹ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde - Plano Municipal de Saúde, 1999

² SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde - Plano Municipal de Saúde, 1999

³ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde - Plano Municipal de Saúde, 1999

Carnaval, quando a população total atinge o dobro da população residente.

Conta com uma grande rede de estabelecimentos de ensino superior, praticamente com todas as áreas significativas da ciência e tecnologia, representando 25 mil estudantes universitários.

Destaca-se, ainda, a diversidade de fauna e flora encontrada na Mata Atlântica, ecossistema que abrange não só a floresta, mas também a mata de restinga e o manguezal, riqueza natural com potencialidade para desencadear atividades relacionadas ao turismo alternativas às praias.

A região da Baixada Santista dispõe de recursos naturais que atraem turistas do Estado e outras áreas do país.

Além dos atrativos, os municípios também têm problemas comuns cujas soluções devem ser compartilhadas por todos.

Pensando nesta articulação, foi aprovada em 30 de julho de 1996, a lei complementar nº 815/96, criando a Região Metropolitana da Baixada Santista. Isto possibilitou a discussão e encaminhamento de propostas para resolução de questões comuns e crescimento dos nove municípios da Região.⁴

1.2. DADOS POPULACIONAIS

Tabela 01 - População residente por sexo e população residente por área (urbana e rural) - IBGE, 1996.

Distribuição por sexo					Distribuição Geográfica				
Homens	%	Mulheres	%	Total	Urbana	%	Rural	%	Total
192.795	46,7 7	219.448	53,2 3	410.496	410.496	99,5 8	1.74 7	0,4 2	412.243

Fonte: Fundação IBGE - 1996.

⁴ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde - Plano Municipal de Saúde, 1999

Tabela 02 - Variação da população no período de 1991-1998.

Faixa Etária	1991 (IBGE)	1996 (IBGE)	1998 (SEADE)
00 - 04 anos	7,02%	5,87%	6,87%
05 - 09 anos	8,34%	6,77%	6,46%
10 - 14 anos	8,66%	8,25%	7,38%
15 - 19 anos	8,16%	8,82%	8,32%
Sub total	32,18%	29,71%	28,95%
20 - 39 anos	32,50%	31,91%	31,35%
40 - 59 anos	22,30%	23,76%	25,14%
Sub total	54,80%	55,67%	56,49%
60 ou mais	12,90%	14,57%	14,50%

Fonte: Fundação SEADE e IBGE - 1991 a 1998

Observa-se, no município, uma redução nas faixas etárias que incluem a população infanto-juvenil e, em outro extremo, um acréscimo de 1,6% na população de idosos. Confirma-se uma das características da cidade de acolher a população da terceira idade, que vem a procura de qualidade de vida.

A análise desses dados aponta algumas tendências:

- 1) Diminuição da fertilidade;
- 2) Diminuição do número de pessoas entre 20 e 39 anos - idade produtiva;
- 3) Aumento do número de idosos.

Deve-se considerar a migração da população jovem para outras regiões em busca de colocação no mercado de trabalho e, da mesma forma, a vinda das pessoas da terceira idade a procura de melhores condições de vida.

1.3. ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS

1.3.1. RENDA FAMILIAR

Tabela 03 - Participação dos membros da família na composição de renda familiar -1998.

Região	Chefe	Cônjuge	Filho	Outros
Estado SP	71,3%	12,3%	11,9%	4,5%
Litoral	72,3%	12,6%	10,3%	4,8%

Fonte: Fundação SEADE

Na estrutura familiar o chefe ainda é responsável pelo sustento da família. No entanto, em regiões como o Centro da cidade, o que os profissionais que atuam na região observam, é a desestruturação familiar associada à desagregação enquanto ser humano.

Nesta região o trabalho é avulso e as relações muito impessoais, o que muitas vezes produz marginalizados da sociedade.

1.3.2. HABITAÇÃO

Tabela 04 - Distribuição da população segundo tipo de habitação - Santos.

Tipo de Edificação	Interior Estado		Litoral
	1994	1998	1998
Barraco isolado e favela	3,1%	3,5%	10,8%
Cortiço	1,2%	3,2%	4,2%
Casa de alvenaria isolada	64,5%	63%	38,8%
Casa de alvenaria frente e fundos	19,1%	20,2%	16,8%
Apartamento	12,1%	10,1%	29,4%

Fonte: Fundação SEADE

Casa isolada: ocupa sozinha o lote

Casa frente e fundos: divide o lote com outro domicílio

O município de Santos caracteriza-se por construções do tipo alvenaria principalmente casas isoladas. Como consequência do empobrecimento da população também aqui se observa o aumento de cortiços e barracos / favela.

Apesar da maioria das famílias dispor de moradias com condições de salubridade satisfatórias (tabela 07), deve-se lembrar das regiões do Centro e Zona Noroeste. No Centro, predominam os cortiços cujas condições de higiene e privacidade são precárias.

Como agravante, a locação destas moradias é irregular, havendo intermediários que se intitulam "donos das chaves". A baixada santista comparativamente com as demais regiões do interior do Estado apresenta o maior número de moradias tradicionalmente consideradas precárias, representadas pelas favelas (10,8%) e cortiços (4,2%). A Fundação SEADE registra crescimento nesta forma de habitação, especialmente, os cortiços.

Outra característica, é a moradia em apartamento, parcela quase 3 vezes superior à média encontrada no conjunto do interior paulista. Quanto ao espaço da moradia, a região detém a marca de ser o agrupamento urbano com a maior concentração de famílias morando em um espaço reduzido (até quatro cômodos equivale a 30%), justificado pelo número alto de moradias precárias e alta parcela de apartamentos. Por esta própria característica, apresenta a maior quantidade de moradias insalubres, praticamente o dobro do maior índice da região do interior do Estado. A região tem a menor parcela de famílias proprietárias e, em consequência, a maior percentagem para alugadas, cedidas e invadidas.



Foto 01 - Foto de alguns tipos de residências no bairro do Centro no município de Santos.

Durante os últimos anos houve por parte do poder público tentativas de melhorar a região central, porém até o momento pouco foi alcançado. Recentemente o governo do Estado divulgou um projeto, em entrevista dada ao Programa Opinião, transmitido pela TV Mar de Santos, no qual pretende construir moradias para

a população dessa região. Resta esperar que haja efetivamente uma mudança neste contexto.

Orçamento

O município dispõe de U\$ 280 milhões - U\$ 560,00 / habitante

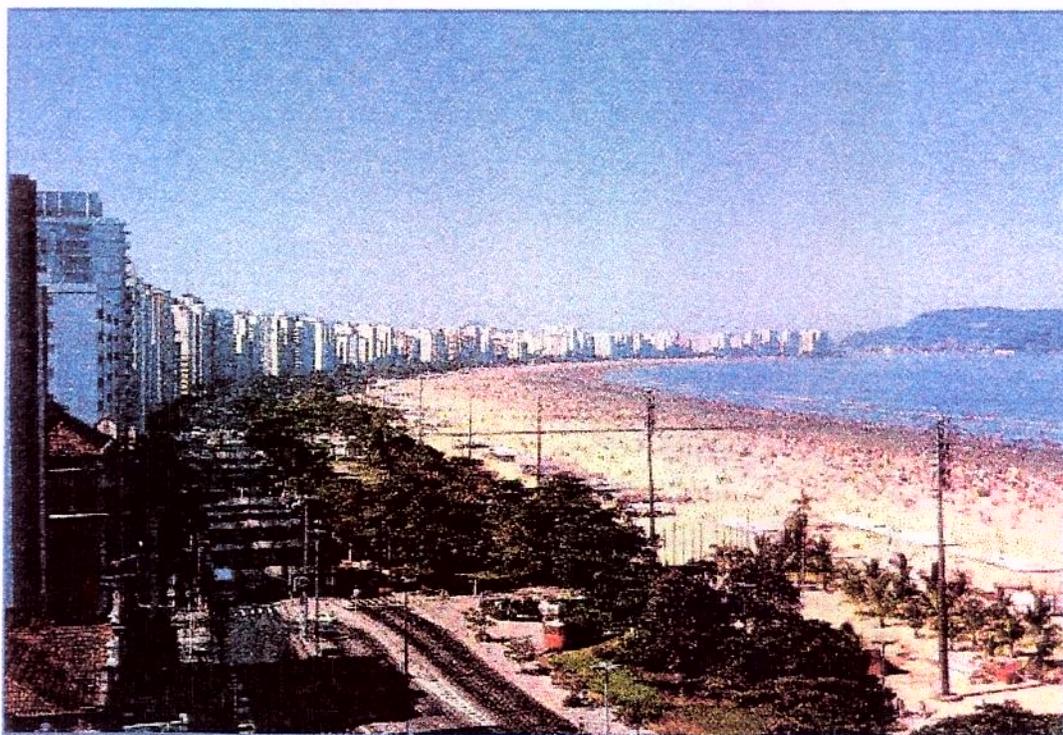


Foto 02 - Foto panorâmica da orla da praia no município de Santos.

2. SISTEMA DE SAÚDE DE SANTOS

"A evolução do Sistema Único de Saúde em Santos, iniciado em 1989, tem como pressuposto básico as diretrizes da Constituição Federal de 1988 e as Leis Federais Complementares de nº 8080 e 8042. Foram realizadas até o presente momento, cinco Conferências Municipais de Saúde, cujas resoluções passaram a ser elementos norteadores, junto com a NOB 96 das políticas desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos".⁵

O orçamento da Prefeitura Municipal de Santos para 1999/2000 é de R\$ 85.107.000,00 (Oitenta e cinco milhões cento e sete mil reais), cerca de 5,43% superior ao de 1999.

A cidade de Santos é polarizada e como tal, devido a abrangência de seus serviços públicos, sofre uma invasão de 42% de pessoas de outros municípios. Esta situação ocorre não só a nível metropolitano, através das nove cidades que compõem a região, mas também de São Paulo, região do A.B.C. e outras cidades do interior.⁶

⁵ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde – Plano Municipal de Saúde, 1999.

⁶ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde – Plano Municipal de Saúde, 1999.

2.1. ACESSO

O acesso ao sistema é feito através das seguintes portas de entrada:

- 1ª) As Unidades Básicas de Saúde (policlínicas), em número de vinte e cinco unidades (incluindo área continental).
- 2ª) Os Prontos Socorros Municipais, em número de três unidades.

Tal acesso é irrestrito e compreende assistências mediante a prática do acolhimento.

As policlínicas (Unidades Básicas UBS) obedecem a uma limitação terapêutica e diagnóstico definido pela gama de exames complementares colocados a sua disposição, contando ainda com suprimentos de medicamentos, que assegura através de uma padronização, a resolutividade do nível de complexidade a que se propõem.⁷

Esgotada a sua capacidade, o paciente será referenciado a nível secundário, ou seja, aos Ambulatórios de Especialidades (AMBESP).

Os AMBESPS são estruturados como unidades de média complexidade e contam com várias especialidades e fazem exames de média complexidade.

Numa fase terciária ocorrem as internações hospitalares. Para tal atividade a cidade conta com duas unidades próprias da Prefeitura, o Hospital Municipal "Dr. Arthur Domingues Pinto", com cinquenta e seis leitos e o Hospital e Maternidade Municipal "Dr. Silvério Fontes", com cinquenta e três leitos .

⁷ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde – Plano Municipal de Saúde, 1999.

2.2. REDE DE SERVIÇOS

Nos últimos anos a prática da Saúde Pública vem se mostrando criativa e voltada para a realidade da população. Vários municípios vêm desenvolvendo Programas de Saúde valorizando o Sistema de Vigilância na identificação e prevenção das doenças.

O município de Santos participa desse resgate do Serviço Público, intensificando as ações básicas de saúde, os Programas específicos e a retaguarda hospitalar.

Em seu âmbito de atuação a Secretaria Municipal de Saúde de Santos conta com vários serviços e programas sendo responsável pela Prestação de Serviços de Saúde e também pela Gestão do Sistema.

Em Santos, como no Brasil, há desigualdades importantes entre a população as quais são percebidas na análise dos indicadores de saúde. Enquanto a região do Centro apresenta um coeficiente de mortalidade infantil de 40 ‰, na região da Orla este valor não ultrapassa os 6 ‰ ; valor bem próximo dos países desenvolvidos.⁸

2.2.1. UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Implantadas a partir de 1989, o município conta atualmente com 25 Policlínicas, sendo três na área continental. Têm como proposta a organização do atendimento na unidade através de equipe mínima composta por enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico clínico, pediatra, ginecologista, dentista e auxiliar administrativo.

⁸ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde – Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco, 1996.

Os profissionais realizam atendimentos e atividades de prevenção, expandindo suas ações para a comunidade utilizando a visita domiciliar como instrumento de acompanhamento do paciente.



Foto 03 - Policlínica do Jardim Rádio Clube, uma das que compõem o quadro de unidades da rede no município de Santos.

As policlínicas foram distribuídas na cidade para facilitar o acesso da população, abrangendo uma área de atuação de cerca de 20.000 pessoas, e para considerar as diferenças existentes entre as regiões dentro do mesmo município.

2.2.2. SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O município conta com três Prontos-Socorros: Central, Macuco e Zona Noroeste, que atuam de forma integrada com o serviço de resgate para atendimento externo (resgate de pacientes para os Pronto-socorros), ou remoção do Pronto-socorro para os hospitais.

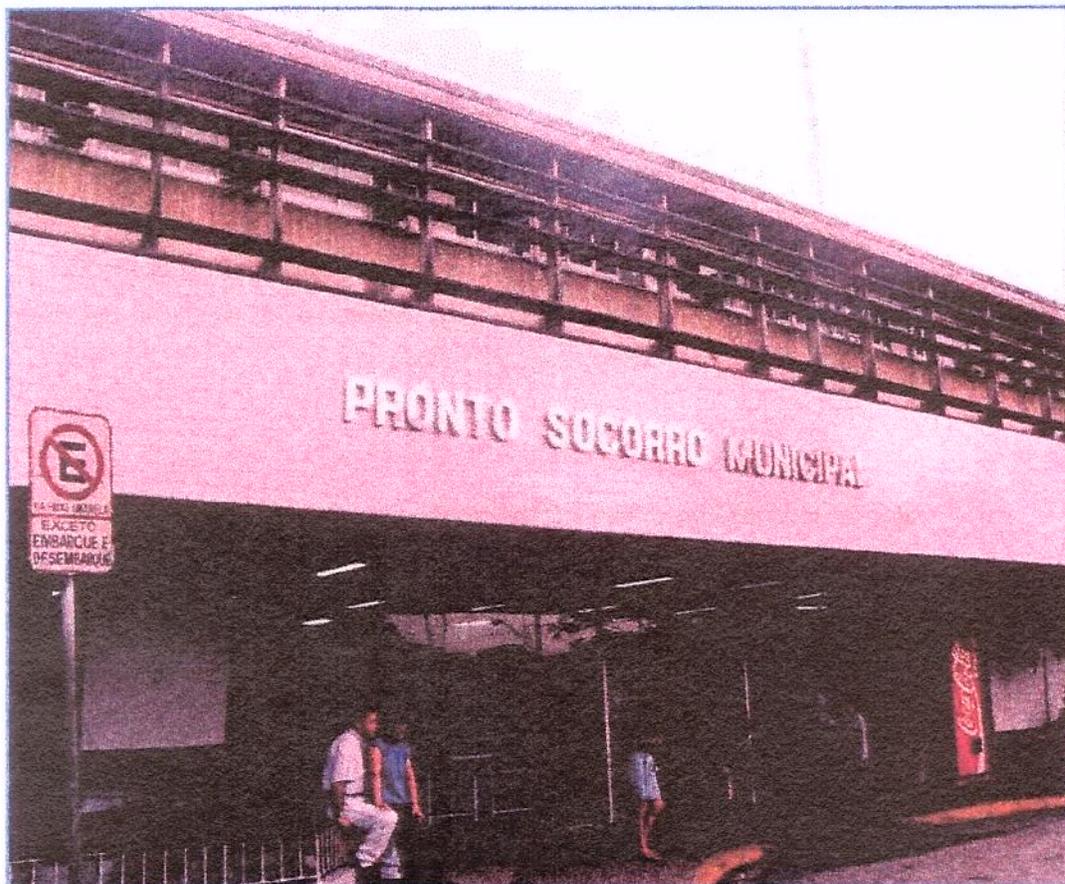


Foto 04 - Entrada do Pronto Socorro Central Municipal no município de Santos.

2.2.3. AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

É uma Unidade de Referência para atendimento nas áreas de: Cardiologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Cirurgia Geral, Cardiologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Dermatologia, Endocrinologia, Nefrologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Proctologia, Oncologia, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Alergologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Neurologia Adulto e Infantil, Endodontia. Além disso, fazem exames de média complexidade.

O Sistema de Saúde de Santos conta com dois ambulatórios: Centro e Zona Noroeste. Os pacientes atendidos nas unidades básicas são encaminhados ao ambulatório quando necessário, para atendimento especializado.

2.2.4. HOSPITAL DR. ARTHUR DOMINGUES PINTO

Possui 56 leitos distribuídos em: Clínica Médica (26); Clínica Pediátrica (8); Clínica Cirúrgica (22).

No setor de emergência do Hospital, conta-se com o pronto-socorro, atendendo 24 horas com equipe composta por médicos, auxiliares de enfermagem, enfermeira e equipe de resgate que dá retaguarda nas diversas patologias.

2.2.5. HOSPITAL E MATERNIDADE DR. SILVÉRIO FONTES

Criado em dezembro de 1995, através de um processo de locação, veio buscar solucionar a carência de leitos hospitalares de maternidade, e assim melhorar a assistência prestada à gestante no município.

Trabalhando em equipe, o hospital em pouco tempo conquistou o reconhecimento de maternidade modelo da região, e em consequência, títulos de Maternidade Segura pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e Hospital Amigo da Criança concedido pelo UNICEF e Ministério da Saúde.

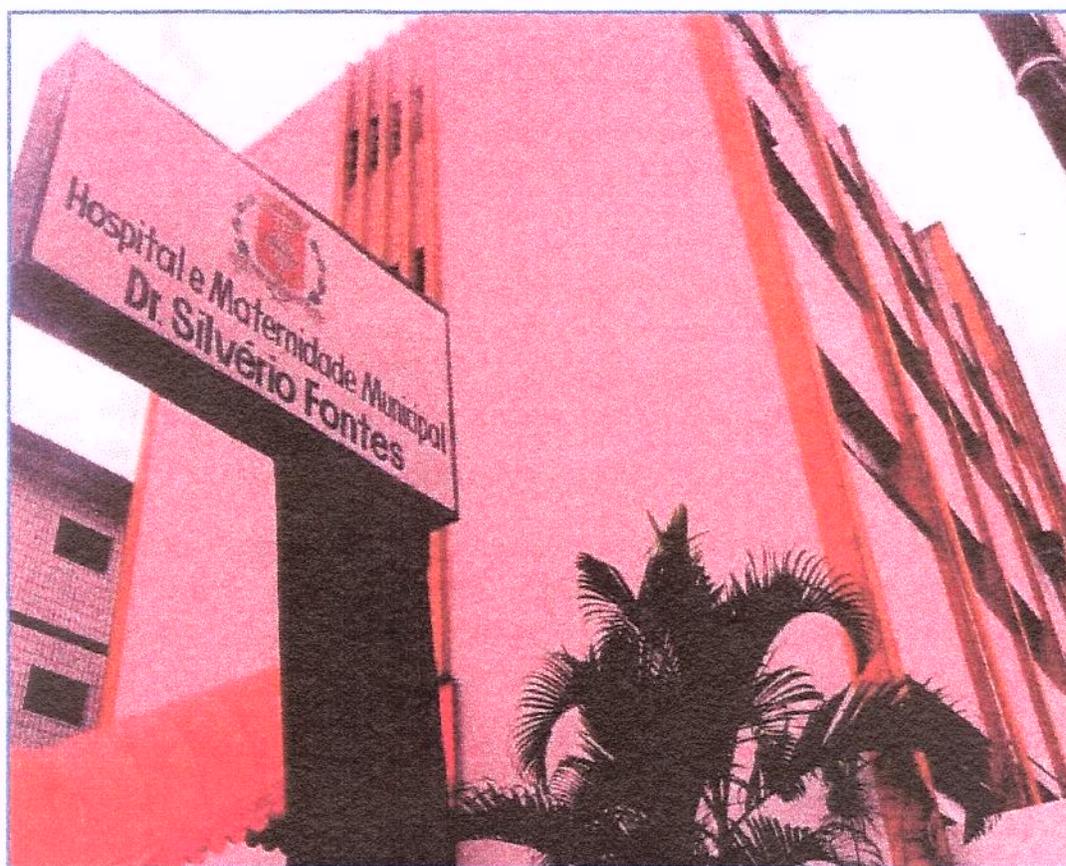


Foto 05 - Hospital e Maternidade Silvério Fontes no município de Santos.

2.2.6. PROGRAMAS DE SAÚDE

2.2.6.1. PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL

Considerado como um conjunto de práticas cujo maior objetivo é manter todas as estruturas anátomo-funcionais da cavidade bucal hígdas e íntegras.⁹

2.2.6.2. PROGRAMA DE CONTROLE DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS

Criado em 1989 tem como propósito não somente a questão assistencial, mas também a capacitação dos profissionais de saúde, com o planejamento e implantação de ações de prevenção.

⁹ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde – Plano Municipal de Saúde, 1999

2.2.6.3. PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER

Com o objetivo de atuar na prevenção de doenças evitáveis, desenvolve as seguintes ações:

- Pré-Natal;
- Planejamento Familiar;
- Prevenção do Câncer Ginecológico;
- Programa Nascer e Viver.¹⁰

2.2.6.4. PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

Conta com cinco Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) para atendimento a pacientes psicóticos e neuróticos graves. Os núcleos prestam atendimento ambulatorial, hospitalar - dia e internação. Dispõe de uma unidade abrigo para os pacientes sem família, um Núcleo de Atendimento ao Tóxico Dependente e um Núcleo de Reabilitação Psicossocial.¹¹

2.2.6.5. PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Atende crianças vítimas de maus tratos e oferece atendimento às crianças com problemas escolares (Apoio Escolar), através dos três Centros de Valorização da Criança localizados nas seguintes regiões: Centro, Zona Noroeste e Orla.¹²

¹⁰ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde – Programa de Reforma Administrativa, 1998.

¹¹ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde – Programa de Reforma Administrativa, 1998.

¹² SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde – Programa de Reforma Administrativa, 1998.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1. CONCEITOS TEÓRICOS

Em 1989, a Secretaria de Higiene e Saúde de Santos iniciou um processo de reforma, ampliando e criando novos serviços de saúde. O Secretário de Saúde e sua equipe realizaram levantamentos de dados com o objetivo de caracterizar o quadro epidemiológico do município e estabelecer um modelo de intervenção.

Com a implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde - SUDS, o município passou a assumir responsabilidades até então atribuídas ao estado. Com isso Santos avançou no campo epidemiológico, desenvolvendo as ações de controle das doenças de notificação compulsória e inovou também com programas específicos nesta área. (SILVEIRA, L.T. 1995).¹³

¹³ SILVEIRA, L.T. A Prática da Vigilância à Saúde em Santos: o programa de vigilância do recém nascido de risco. Tese de Mestrado apresentada a Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno Infantil, Universidade Estadual de S. P., 1995.

Na área da Mortalidade Infantil, foi feito um levantamento dos óbitos e nascimentos através dos cartórios, prontuários hospitalares e visitas domiciliares, tendo como referência os anos de 1988 e 1989. Produziu-se um relatório com análise estatística, no qual apontou-se a necessidade de implantar um programa de controle da mortalidade infantil em Santos.¹⁴

Em 1991, foi implantado o Programa de Vigilância do Recém-Nascido de Risco, com o objetivo de avaliar todas as crianças nascidas e residentes em Santos, utilizando-se indicadores de risco biológicos e sociais. As crianças selecionadas como de risco para a mortalidade a partir destes indicadores passariam a ter um acompanhamento especial, com seguimentos frequentes e vigilância no comparecimento as consultas.¹⁵ De lá para cá, muitos municípios do Brasil vêm se utilizando dessa mesma metodologia.

A análise da Mortalidade Infantil nos últimos anos, tem mostrado que em várias regiões houve redução dos óbitos na faixa de 1 mês à 1 ano de vida. Os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família vêm sendo apontados pelo Ministério da Saúde como responsáveis em parte, pela melhora dos indicadores de morbimortalidade infantil. As ações promovidas pela Pastoral da Criança também têm sido apontadas como importantes para a melhoria da qualidade de vida das crianças abaixo de 5 anos.

No entanto, estes coeficientes no Brasil ainda são altos comparativamente aos dos países desenvolvidos. O Japão apresenta coeficiente de Mortalidade Infantil de 5 ‰ enquanto que o do Brasil está em torno de 36 ‰.

¹⁴ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde – Estudo da Mortalidade Infantil em Santos, 1988 e 1989.

¹⁵ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde – Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco, 1991.

No município de Santos, São Paulo, Campinas e Belo Horizonte, por exemplo, também se evidencia essa mesma redução. Em Santos o coeficiente foi reduzido de 34 ‰ em 1990 para 21 ‰ em 1997.¹⁶

É importante ressaltar que há variações importantes desse coeficiente no país, bem como em relação aos componentes da Mortalidade Infantil. Há municípios cuja Mortalidade Infantil é maior na faixa de 29 dias à 1 ano e outros como Santos e São Paulo, onde a Mortalidade Infantil é maior no primeiro mês de vida, principalmente na primeira semana de vida.

Na última década, os esforços desenvolvidos estiveram mais voltados para o enfrentamento das doenças diarréicas, doenças preveníveis por vacinação e desnutrição, problemas de saúde que são mais frequentes entre crianças depois do primeiro mês de vida, resultando, dessa forma, em maior redução da mortalidade infantil no período pós-neonatal. A mortalidade no período perinatal representa, atualmente, o principal contingente dos óbitos nos menores de um ano, e a sua redução aparece como um desafio, não só para os serviços de saúde, como para a sociedade em geral (A Mortalidade Perinatal e Neonatal no Brasil - Ministério da Saúde).¹⁷

No Brasil, Costa, M.C. et al (1999)¹⁸ realizaram um estudo de abordagem nutricional em gestantes e nutrizes adolescentes, com o objetivo de apresentar os diferentes fatores que podem interferir na evolução gestacional e nos resultados neonatais, abordando aspectos nutricionais.

¹⁶ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde – Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco, 1997.

¹⁷ MARANHÃO, A.G.K. et al, “Mortalidade Perinatal e Neonatal no Brasil”. In: Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil, Rio de Janeiro: n° 17, fevereiro/1999, pp 6.

¹⁸ COSTA, M.C.O. et al, “Abordagem nutricional de gestantes e nutrizes adolescentes: estratégia básica na prevenção de riscos”. In: J. pediat.(Rio de Janeiro); 75(3): 161-6, maio-junho. 1989. tab.

Como resultado concluíram sobre a importância, de, no acompanhamento às gestantes adolescentes, serem consideradas as situações de risco clínico, nutricional e psicossocial por parte dos profissionais de saúde, prevenindo assim, riscos para a mãe e o bebê.

Neste mesmo raciocínio Rúben A et al (1996)¹⁹ a partir de uma revisão bibliográfica sobre variáveis psicossociais como fatores de risco e/ou proteção na gestação, propôs um modelo biopsicossocial, ressaltando a inter-relação entre os fatores biopsicossociais e estilo de vida.

A Mortalidade Perinatal vem adquirindo cada vez mais importância como componente da Mortalidade Infantil e como determinante da menor esperança de vida dos países subdesenvolvidos. Muitas destas mortes podem ser prevenidas já que resultam de condições de vida desfavoráveis, insuficiência na cobertura de atenção à saúde, falta de informação e ausência de uma rede de apoio psicossocial durante a gestação (Langer, M.C. et al 1980).²⁰

Segundo BACKETT, E.M. et al (1985)²¹ o uso de dados sobre riscos ao nível da assistência individual e familiar teria três objetivos superpostos:

- Maior capacidade de reconhecer prioridades, estilos de vida que afetam a saúde;
- Vigilância consentida do indivíduo e família;
- Pronto encaminhamento do indivíduo e família.

¹⁹ ALVORADO, R. et al, "Componentes psicossociales del riesgo durante la gestación: revisión bibliográfica". In: Rev. Psiquiatria (Santiago de Chile); 13(1): 30-41, 1996. tab.

²⁰ LANGER, M.C. et al, "El apoyo psicossociale durante el período perinatal: revisión conceptual y bibliográfica", 1980.

²¹ BACKETT, E.M. et al, "O Enfoque de Risco na Assistência à Saúde: com especial referência a Saúde Materna Infantil, inclusive planejamento familiar". Washington, D.C., Organização Pan-americana da Saúde, 1985. OPAS – Publicação Científica, 491.

Em estudo realizado no México, Langer, M.C. et al (1980)²² descrevem algumas destas condições associados ao risco perinatal:

- Educação formal
- Migração rural e urbana/ alta rotatividade em áreas da cidade
- Idade materna < 17 a e > 35 anos
- Baixo peso da gestante/desnutrição
- Trabalho físico
- Stress e ansiedade
- Tabagismo
- Alcoolismo

Observa-se nos estudos realizados em Santos, a presença de algumas dessas situações associadas à mortalidade neonatal como é o caso da gestação em adolescentes.

Com base na teoria do enfoque de risco, foram definidos critérios biológicos já descritos em bibliografia e/ou embasados nos atendimentos realizados com gestantes e recém-nascidos da rede de saúde de Santos.

Quanto aos aspectos psicossociais não existe estudo realizado, porém, nas discussões técnicas com os profissionais de saúde das unidades do Centro de Santos são mencionados: a desnutrição da gestante, muito responsabilizada pelo baixo peso ao nascer (cerca de 70% dos óbitos de 0 a 28 dias), e o uso de drogas na região central do município (onde há prostituição e cortiços) (Relatório do Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco, 1991).²³

²² LANGER, M.C. et al, "El apoyo psicossociale durante el período perinatal: revision conceptual y bibliográfica", 1980.

²³ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde – Relatório do Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco, 1991.

É interessante observar que muito se fala do risco social, mas pouco se encontra sobre a descrição de um programa de apoio psicossocial direcionado à uma população de risco.

A definição de "apoio psicossocial" segundo Langer, M.C. et al (1980)²⁴ não está clara na literatura porque varia de acordo com contextos culturais, no entanto, integra três componentes:

- Apoio emocional: reforço das sensações de segurança, bem estar e autoestima;
- Apoio cognoscitivo: informação, conhecimento e conselhos que podem ajudar o indivíduo a resolver situações;
- Apoio material: facilitar o acesso a objetos e serviços que podem servir para resolver problemas práticos.

Segundo Langer, M.C. et al (1980)²⁵ a literatura destaca o apoio emocional no último trimestre da gestação e apoio cognoscitivo nas informações relevantes da profilaxia obstétrica eliminando o medo e a ansiedade. Ressalta ainda, que as investigações sobre este tema foram realizadas em países desenvolvidos o que é uma limitação importante se considerarmos o contexto cultural.

Nuckolls Y Col. (1972)²⁶ por sua vez avaliaram a correlação entre os eventos vitais e variáveis obstétricas, incluindo baixo peso ao nascer. Outros autores observaram complicações entre mulheres com alto nível de stress com e sem apoio psicossocial: a proporção de presença de complicações nas gestantes foi 3 vezes maior no grupo sem apoio psicossocial. Os autores encontraram uma associação significativa entre apoio

²⁴ LANGER, M.C. et al, "El apoyo psicossociale durante el período perinatal: revisión conceptual y bibliográfica", 1980.

²⁵ Ibidem, "El apoyo psicossociale durante el período perinatal: revisión conceptual y bibliográfica", 1980.

²⁶ NUCKOLLS y Col. Apud LANGER, M.C. et al, "El apoyo psicossociale durante el período perinatal: revisión conceptual y bibliográfica", 1980.

psicossocial insuficiente e presença de complicações obstétricas.

Há estudos que comprovaram a contribuição do apoio psicossocial na melhoria dos resultados do processo perinatal. Gottlieb (1980)²⁷, realizou um ensaio clínico aleatório, avaliando o efeito em um grupo de apoio dirigido por médico, para pais que estavam passando por stress por tratar-se de uma primeira gravidez. O autor observou que a partir dessa experiência aumentava o apoio que a mulher recebia no contexto familiar. Neste caso, os efeitos biológicos eram minimizados.

Outro estudo realizado por Olds y Col (1980)²⁸ mostrou que um grupo de gestantes que fazem parte de programa integral de visitas domiciliares durante a gravidez e puerpério utiliza mais os serviços comunitários e de saúde. Foram demonstrados efeitos positivos do programa sobre peso ao nascer e idade gestacional no caso de mães adolescentes e fumantes Langer, M.C.et al (1980).²⁹

Considerando que durante 1980 ocorreram aproximadamente 130.000.000 de nascimentos no mundo, estima-se para o ano 2000 que este número alcançará os 163.000.000. Cerca de 85% deste total ocorrerá em regiões subdesenvolvidas, onde 95% das mortes são perinatais e a maior parte destas é evitável Langer, M.C.et al (1980).³⁰

Conforme já foi mencionado, o componente perinatal tem sido fator importante para a menor esperança de vida nos países subdesenvolvidos. Segundo Langer, M.C. et al (1980)³¹, isto resulta da falta de recursos para o cuidado à saúde que

²⁷ GOTTLIEB BH. Apud LANGER, M.C. et al, "El apoyo psicosocial durante el período perinatal: revisión conceptual y bibliográfica", 1980.

²⁸ OLDSY Col. Apud LANGER, M.C. et al, "El apoyo psicosocial durante el período perinatal: revisión conceptual y bibliográfica", 1980.

²⁹ LANGER, A.M.C. et al, "El apoyo psicosocial durante el período perinatal: revisión conceptual y bibliográfica", 1980.

³⁰ Ipiden, "El apoyo psicosocial durante el período perinatal: revisión conceptual y bibliográfica", 1980.

³¹ Ipiden, "El apoyo psicosocial durante el período perinatal: revisión conceptual y bibliográfica", 1980.

freqüentemente não são dirigidos adequadamente à população de maior risco.

É necessário, portanto, que haja uma compreensão dos problemas de saúde perinatal para que as intervenções nessa área considerem os seus determinantes biopsicossociais e a partir daí, respondam às necessidades da mãe e da criança.

Devido a importância de intervir na Mortalidade Perinatal, o município de Santos implantou o Programa Nascer e Viver em 1997 com o objetivo de oferecer retaguarda psicossocial e vigilância à gestante, melhorando a assistência à mãe e criança. Para isto, utilizou-se do "enfoque de risco": diferenciação positiva na assistência à saúde, com base em medições de riscos BACKETT, E.M. et al, (1985).³²

No modelo de Enfoque de Risco, segundo Backett E.M. et al (1985),³³ pretende-se "corrigir as desigualdades em saúde que afetam quase todas as sociedades sendo também pragmático na medida em que busca a justiça social em saúde".

³² BACKETT, E.M. et al, "O Enfoque de Risco na Assistência à Saúde: com especial referência a Saúde Materna Infantil, inclusive planejamento familiar". Washington, D.C., Organização Pan-americana da Saúde, 1985. OPAS – Publicação Científica, 491.

³³ BACKETT, E.M. et al, "O Enfoque de Risco na Assistência à Saúde: com especial referência a Saúde Materna Infantil, inclusive planejamento familiar". Washington, D.C., Organização Pan-americana da Saúde, 1985. OPAS – Publicação Científica, 491.

3.2. PROGRAMA NASCER E VIVER



Foto 06 - Sede do Programa Nascer e Viver.

Nos últimos anos, a análise dos dados do Programa do Recém-Nascido de risco vem relacionando a Mortalidade Neonatal com a assistência de pré-natal, parto e ao recém-nascido ainda na maternidade.

Entre as situações mais freqüentes temos:

- Acompanhamento irregular do pré-natal;
- Falta de avaliação do Risco obstétrico e a conseqüente falta de acompanhamento adequado;
- Dificuldade de internação nas maternidades conveniadas com o SUS;
- Ausência de pré-natal;
- Problemas na assistência ao recém-nascido de risco na maternidade (falta de UTI neonatal pelo SUS);
- Problemas no atendimento a gestante na maternidade (avaliação inadequada provocando o nascimento fora do hospital ou erro na avaliação pós-datismo);
- Falta de informações do pré-natal para os profissionais da maternidade, inclusive casos avaliados como risco obstétrico.

No ano de 1992 foi criado o Comitê de Prevenção da Mortalidade Neonatal com a proposta de estudar os óbitos neonatais e avaliar essas situações com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada à gestante e ao bebê.

Além de tentar garantir a avaliação e acompanhamento biopsicossocial, o programa procurou criar uma "engrenagem" de funcionamento, integrando a unidade básica, a Casa da Gestante, o ambulatório de alto risco (Hospital Estadual Guilherme Álvaro) e as maternidades, inicialmente a municipal.

No Programa Nascer e Viver propõe-se organizar a assistência ao pré-natal a fim de encaminhar às maternidades uma gestante melhor orientada e bem assistida. Dessa forma, entende-se que as maternidades também devam se organizar para receber essa gestante e oferecer um bom atendimento durante o parto.

No Brasil, de cada 130 mulheres uma morre em consequência do parto (O.M.S.,1999). Isso demonstra a necessidade de uma integração maior entre rede básica de saúde e serviço hospitalar a fim de garantir uma assistência adequada a gestante e ao bebê.

A prática de acompanhamento da gestante tanto no pré-natal como no atendimento psicossocial, necessita de ações que garantam sua qualidade e coerência. Dentre as ações básicas que visam garantir esta assistência destacam-se a captação, acolhimento e vigilância.

Dentre as primeiras ações desenvolvidas pelo Nascer e Viver incluem-se as reuniões entre as equipes coordenadas pela Casa da Gestante; visitas das gestantes à maternidade municipal para conhecimento do espaço físico e equipe de saúde e discussão dos casos com os profissionais da rede básica.

Considerando-se que a base para a análise e avaliação dos programas de saúde está na disponibilidade dos dados produzidos pelos mesmos, é de extrema importância o preenchimento correto dos instrumentos utilizados pelos profissionais de saúde.

Em Santos experimentou-se o uso de alta tecnologia em substituição aos prontuários tradicionais, com a colocação de terminais de computador em cada unidade de saúde.

Como se tratava de um projeto experimental, manteve-se paralelamente o sistema antigo. Isto gerou por parte de alguns profissionais críticas em relação a duplicidade de serviço e as limitações do sistema que não fornecia dados específicos por programas ou distribuições segundo faixa etária ou mesmo das principais intercorrências.

Conforme já foi mencionada, a ficha de pré-natal já existia e fazia parte de um contingente grande de fichas utilizadas pelos profissionais além da ficha HYGIA do sistema de informatização da rede.

Neste contexto, obter um bom percentual de preenchimento destes instrumentos tornou-se tarefa difícil e somente possível de ser alcançado de duas formas: obrigatoriedade ou convencimento.

O Programa Nascer e Viver optou pela segunda via até por pensar também na qualidade do preenchimento, e conseguiu que mais de 90% dos dados das gestantes acompanhadas fossem devidamente preenchidos.

Concomitante a essas ações, o Programa criou o Sistema de Vigilância, através do qual as gestantes recebem visitas de rotina realizadas pela equipe para conhecimento da realidade local ou quando faltam as consultas de pré-natal e/ou acompanhamento psicossocial.

Dentro do Programa Nascer e Viver esta é uma das ações mais importantes. Nos estudos de casos de óbitos neonatais, realizados pelo Programa do Recém-Nascido de Risco eram freqüentes as perdas de gestantes no acompanhamento durante o pré-natal e principalmente no final da gestação.

Em 1998 o Ministério da Saúde promoveu o I Fórum Nacional de Assistência Perinatal, onde foi discutida a questão da "Alta de Pré-Natal". Considerada uma prática absurda, mas real, ficou evidente na época a necessidade, ao contrário, de manter-se a gestante em controle até o momento de encaminhamento à maternidade.

Em Santos a postura de alguns profissionais era a mesma, havendo uma ruptura no acompanhamento gestacional no momento em que a gestante necessitava de maior atenção.

Soma-se a isso a falta de informação por parte das gestantes sobre os sinais (rompimento da bolsa, contrações e outros) e o momento certo para procurar o serviço hospitalar e tem-se a possibilidade concreta de intercorrências desfavoráveis à gestante e ao bebê.

A avaliação permanente de todas essas ações produziu no primeiro mês de implantação a inclusão de novas medidas voltadas sempre para o objetivo inicial do Programa. Entre essas medidas uma refere-se a "captação" da gestante dentro e fora das unidades de saúde, de fundamental importância para uma região onde 30% das gestantes não fazem pré-natais.

Foi feita uma parceria com estudantes do curso de auxiliar de enfermagem que após capacitação e com protocolo para registro

fizeram um mutirão da região para identificar gestantes sem acompanhamento de Pré-natal.

Paralelamente, a enfermeira do Centro de Saúde Martins Fontes passou a fazer um controle através da solicitação do TIG. Com o registro de informações básicas: nome, idade, endereço e data da solicitação, providencia visita domiciliar para as mulheres com resultados positivos e que não retornaram a unidade.

Complementando as ações voltadas para a captação, a equipe da Casa da Gestante passou a buscar semanalmente, dados de atendimento no Pronto Socorro Central, a fim de identificar as gestantes da região do Centro que por ali passaram. Isto ocorreu em função de algumas perdas de pré-natal pela procura dos serviços de urgência e emergência por parte das gestantes como alternativa para o acompanhamento da unidade básica.

A captação caracteriza-se pela identificação e a imediata inserção da gestante na rotina do pré-natal e da retaguarda psicossocial. Garantindo-se esta captação é preciso que a gestante seja bem acolhida no serviço de saúde, vinculando-se ao pré-natal e atividades de apoio.

O Programa Nascer e Viver surgiu das necessidades referidas anteriormente e com o propósito de oferecer às gestantes de risco, uma retaguarda psicossocial. Algumas questões básicas identificadas nos relatórios do Programa do Recém-Nascido de Risco e nos dados trabalhados pela Vigilância Epidemiológica do município, foram consideradas para a sua organização:

- O coeficiente de Mortalidade Neonatal é um dos indicadores da qualidade dos serviços de saúde envolvidos com os cuidados perinatais;
- O coeficiente de Mortalidade Neonatal é um dos componentes responsáveis pelo elevado Coeficiente de Mortalidade Infantil;
- No município de Santos os óbitos de recém-nascidos de 0 a 28 dias de vida correspondem a 80% do total ocorrido em um ano (Santos. Prefeitura Municipal de

- Santos. Secretaria Municipal de Saúde- "Relatório do Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco,1997).
- A maioria desses óbitos poderia ser evitada com uma boa assistência de pré-natal e parto (Relatório do Comitê de Mortalidade Perinatal, 1995).³⁴
- A cobertura de pré-natal na região Centro da cidade não apresenta nível satisfatório, comparado às outras regiões do município de Santos (Relatório do Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco, 1996).³⁵
- As dificuldades de adesão das gestantes ao pré-natal na região Centro, relacionam-se às características da própria população e a captação e vinculação por parte dos profissionais de saúde;
- a região Centro do município é formada por velhos casarões, transformados na sua maioria em cortiços, onde moram de 30 a 40 pessoas em condições insalubres. Calcula-se uma média de 1.600 famílias residindo neste tipo de moradia;
- A proximidade do Porto favorece a atividade de prostituição feminina e tráfico de drogas;
- Embora existam vários "arranjos familiares", evidencia-se a família matrifocal, isto é, aquela que se organiza em torno da mulher na ausência de um companheiro;
- A renda familiar desta população não atinge um salário-mínimo e que a mão-de-obra é concentrada no mercado informal de trabalho;
- Evidencia-se o alto índice de violência contra mulheres e crianças nesta região;

³⁴ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde – Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco: Relatório do Comitê de Mortalidade Perinatal, 1995.

³⁵ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde – Relatório do Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco, 1996.

- As doenças respiratórias e as sexualmente transmissíveis, em destaque, a Tuberculose e AIDS,
- respectivamente, apresentam grande incidência entre essa população;
- O Centro de Saúde Martins Fontes e a Policlínica da Conselheiro Nébias atendem grande parcela desta população.

Com o objetivo de garantir o acompanhamento de pré-natal e a retaguarda psicossocial para as gestantes de risco e coordenar a vigilância das gestantes de médio e baixo risco, o Programa foi inicialmente implantado na região do Centro, onde o coeficiente de mortalidade é duas vezes maior que o da cidade.

Acrescenta ainda, que a "consciência da vulnerabilidade especial da família jovem por parte da comunidade resultou no reconhecimento popular dos fatores de risco, por exemplo: a idade reprodutiva avançada ou prematura, a pobreza, a desnutrição materna, o pequeno intervalo entre partos, multiparidade e toda uma série de outros fatores de risco são bem reconhecidos em certas culturas como riscos da gravidez".

E mais, o "instrumento mais importante do enfoque de risco será talvez uma atitude mental que perceba as estimativas de risco como estimativas da urgência da necessidade de assistência promotora, preventiva e curativa precoces, e a prevalência do risco na população como estímulo para o melhor uso possível dos recursos e tecnologias apropriados: o risco como estimador das necessidades".

Seguindo esse modelo, as equipes da Seção de Planejamento e do Centro de Saúde Martins Fontes da Secretaria Municipal de Saúde, definiram os critérios de risco biológico e psicossocial utilizados para a classificação da gestante incluída no programa. Os critérios biológicos foram definidos a partir da ficha de pré-natal utilizada pelo município - modelo da

Organização Pan-americana de Saúde - CLAP (Centro Latino Americano de Perinatologia), onde os critérios de risco são destacados com a cor amarela (anexo). Após o seu preenchimento o profissional médico classifica a gestante e organiza o seu acompanhamento da seguinte forma:

- Alto risco: gestante é encaminhada ao Hospital Guilherme Álvaro, onde funciona o ambulatório de alto risco para a gestante, ou permanece na própria unidade caso o médico se responsabilize pelo acompanhamento. Vale lembrar que atualmente há dificuldades no ambulatório de risco quanto ao agendamento do pré-natal, dificultando retornos freqüentes necessários para algumas patologias e não existe controle e busca ativa das gestantes faltosas.
- Médio e baixo risco: gestante permanece na unidade básica onde é realizado o pré-natal.

Para a definição dos critérios psicossociais, os profissionais se utilizaram dos atendimentos realizados no Centro de Saúde e de critérios já estabelecidos em literatura (anexo). A responsabilidade pelo preenchimento desta ficha é da auxiliar de enfermagem e do médico; ambos treinados para esta tarefa.

As gestantes avaliadas como de risco biológico e/ou psicossocial são encaminhadas para a Casa da Gestante onde terão acompanhamento de uma equipe interdisciplinar (Assistente Social, Psicóloga, Ginecologista, Nutricionista, Obstetra, Enfermeira).

3.2.1. CASA DA GESTANTE



Foto 07 - Atividade de grupo na Casa da Gestante

A Casa da Gestante foi implantada em 1990 com a finalidade de atender a gestante de risco obstétrico. Dispondo de uma equipe multiprofissional, a Casa desenvolvia atividades com as gestantes encaminhadas pelos serviços de atenção básica.

Ocorre que, através da avaliação dos óbitos infantis e especialmente neonatais (Relatórios do Programa do Recém Nascido de Risco - 1991 a 1996)³⁶, verificou-se que as situações de risco psicossocial e obstétrico não estavam sendo identificadas e acompanhadas adequadamente. Em 1996 a Casa da Gestante passou a

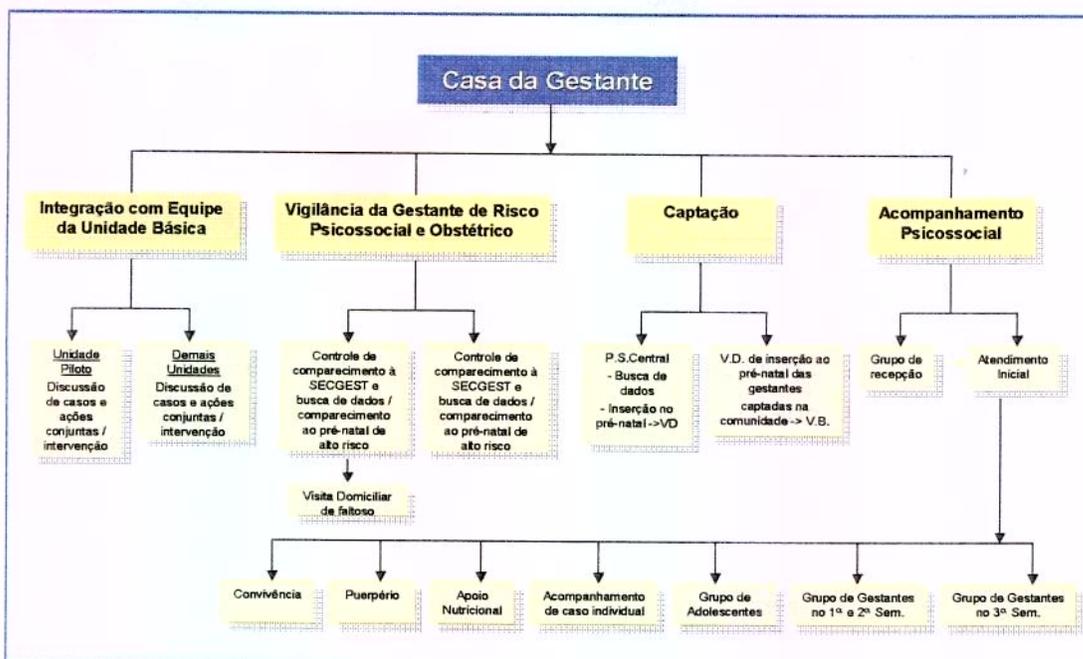
³⁶ SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde – Relatório do Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco, 1991 a 1996.

funcionar dentro da Maternidade Municipal, descaracterizando as ações propostas inicialmente, ou seja, a equipe passou a atender as necessidades da maternidade (demanda interna), o que dificultou o atendimento das gestantes encaminhadas pelas unidades de saúde (demanda externa).

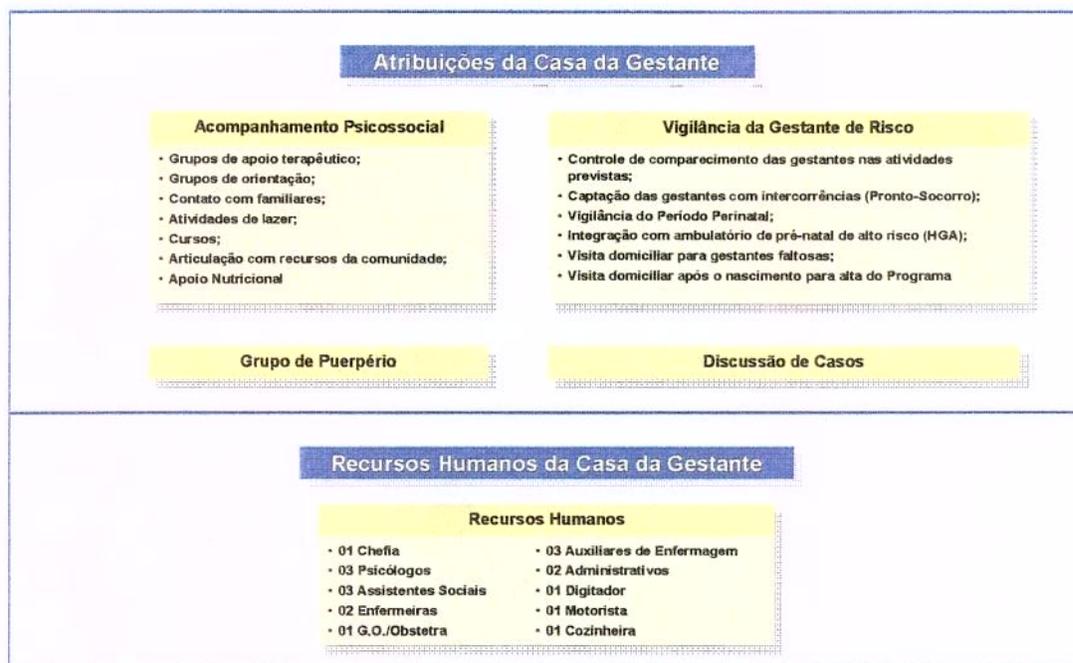
Em 1997 foi proposta pela equipe da Seção de Planejamento, a reestruturação da Casa da Gestante, através da implantação do Programa Nascer e Viver.

A partir desta data, a Casa passou a ter como objetivo atender a gestante de risco obstétrico e psicossocial da região do Centro de Santos, promovendo atividades educativas e terapêuticas e desenvolvendo ações de vigilância durante a gestação e puerpério.

Quadro 01 - Ações de Vigilância - Casa da Gestante.



Quadro 02 - Atribuições da Casa da Gestante.



3.2.2. VIGILÂNCIA DA GESTANTE

As gestantes incluídas no sistema de vigilância devem realizar consulta mensal até a 32ª semana gestacional, quinzenal da 32ª à 36ª e a partir daí semanal ou de acordo com a necessidade do caso. Durante o acompanhamento de pré-natal realizam os exames de rotina previstos no Programa de Saúde da Mulher (urina 1, hemograma, glicemia). Na Casa da Gestante as mesmas participar de atividades grupais e atendimentos individuais realizados pela equipe multiprofissional.

O Centro de Saúde e a Casa da Gestante dispõem de um controle de comparecimento às consultas através do qual identifica-se a gestante faltosa e procede-se a realização de visita domiciliar. O instrumento utilizado é a própria ficha de pré-natal onde o atendimento e a próxima consulta são registrados, permitindo que se faça a vigilância.

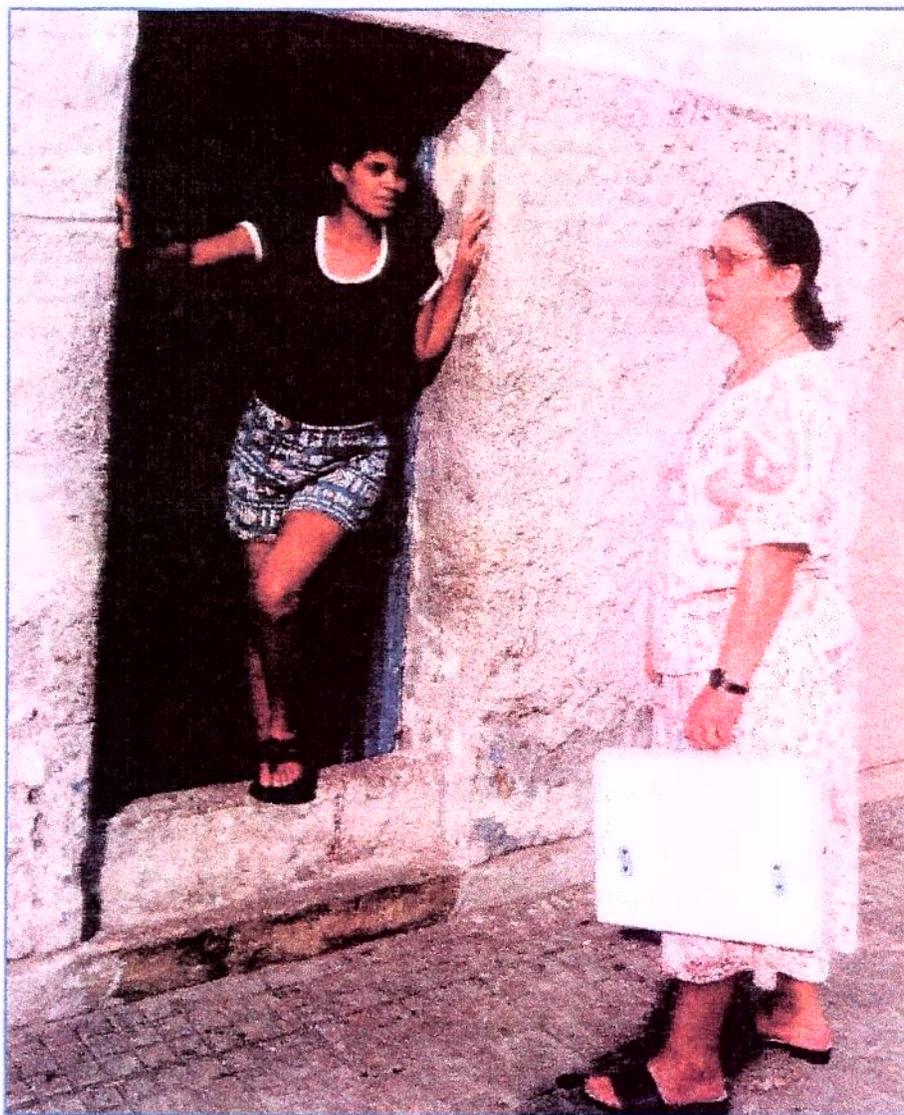


Foto 08- Atendimento e visita domiciliar para busca ativa.

3.2.3. ALTA DO PROGRAMA

Espera-se que as gestantes façam o acompanhamento de pré-natal e sejam desligadas somente após o puerpério. No entanto, as mulheres podem se desligar do programa nas seguintes situações:

- Residir em outro município;
- Impossibilidade de localização;
- Mudança de endereço;
- Falta de interesse em participar do programa;

O Programa Nascer e Viver propõe na prática a concretização do entendimento da Saúde de forma ampliada, valorizando os aspectos psicossociais que possam interferir no curso da gestação e a vigilância como instrumento que possa garantir o acompanhamento das ações de vigilância na unidade de saúde.



Foto 09 Atividade de Grupo - Orientação nutricional - Casa da Gestante.

4. A MORTALIDADE PERINATAL NO BRASIL

Apesar da redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil no Brasil, ainda é elevado o número de crianças que vêem a falecer nos primeiros dias de vida, segundo o Ministério da Saúde.

No Fórum Nacional de Assistência Perinatal realizado em fevereiro de 1999, e organizado pelo Ministério da Saúde, Renilson Rehem, Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, declarou que o SUS-Sistema Único de Saúde melhorou o acesso aos serviços, mas falta qualidade (Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil, 1999)³⁷.

Renilson acrescentou ainda, que a Assistência pré-natal deve ser organizada numa perspectiva de acompanhar, encaminhar e assegurar a assistência ao parto, mesmo naqueles municípios que só dispõem de uma atenção básica, lembrando que o parto ainda é um atendimento de urgência em boa parte do nosso país.

O Secretário considera como papel do Ministério da Saúde a elaboração de estratégias, principalmente através das Secretarias de Assistência e de Políticas de Saúde, criando formas de incentivo e acompanhamento dessas políticas em nível de municípios.

³⁷ REHEN, Renilson. In "Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil – um desafio para os serviços de saúde", FIOCRUZ, 1999, pp 4.

Para João Yunes (1999)³⁸, Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, também presente no Fórum, o cuidado com a nutrição da mulher é fundamental, especialmente no norte e nordeste. Acrescenta ainda, que a gravidez precoce na adolescência é outro importante fator de risco, por ser na maioria das vezes, indesejada e com relação direta com o nascimento de crianças com baixo peso. (Revista: Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil - um desafio para os serviços de saúde - FIOCRUZ, 1999).

No segundo semestre de 1998, segundo Yunes (1999)³⁹, o Ministério deu ênfase a dois comitês, o de Mortalidade Materna e de Mortalidade Perinatal, com o propósito de intensificar as ações de combate à Mortalidade Infantil.

Durante a apresentação dos dados da mortalidade perinatal no Brasil, Ana Goretti Maranhão (1999)⁴⁰, informou que nos últimos anos o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações de promoção da saúde da criança que já resultaram em quedas na taxa de mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras.

A mortalidade pós-neonatal teve uma redução importante, no entanto, a mortalidade no período neonatal representa, atualmente, o principal contingente dos óbitos nos menores de 1 ano.

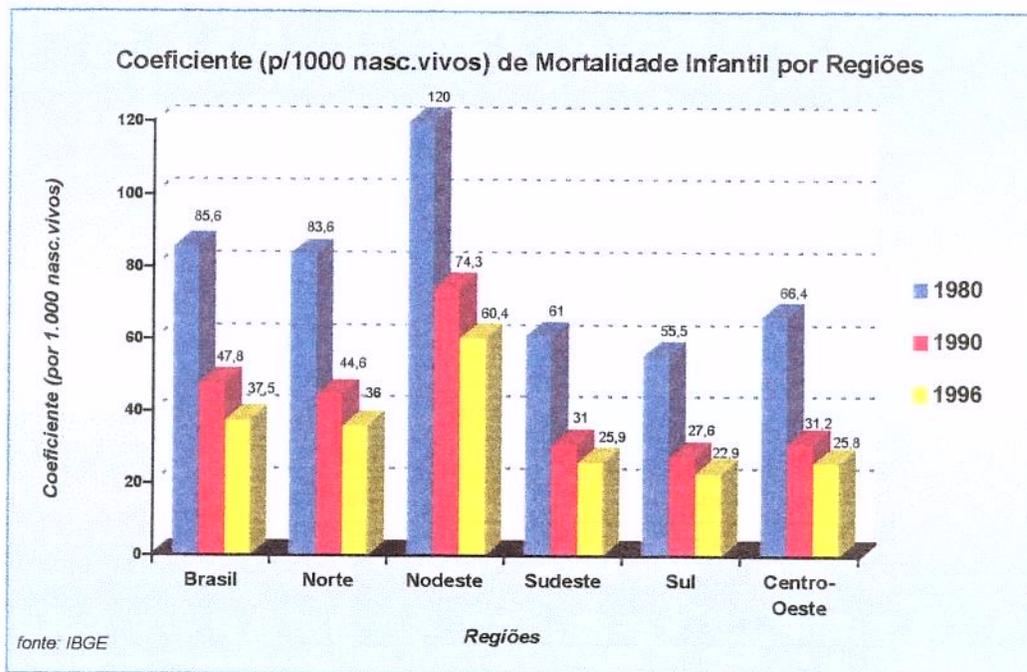
Na ocasião alguns dados sobre a tendência da Mortalidade Perinatal foram apresentados:

³⁸ YUNES, João. In: "Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil - um desafio para os serviços de saúde", FIOCRUZ, 1999, pp 5.

³⁹ Ibidem, "Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil - um desafio para os serviços de saúde", FIOCRUZ, 1999, pp 5.

⁴⁰ MARANHÃO, A.G. et al "Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil - um desafio para os serviços de saúde", FIOCRUZ, 1999, pp 6.

Gráfico 01 - Coeficiente (por 1000 nascidos vivos) de Mortalidade Infantil por Regiões do Brasil.



De acordo com os dados, observam-se diferenças nos componentes da mortalidade infantil. A redução mais expressiva entre 1990/1996, ocorreu no componente pós-neonatal. A partir de 1993, há um predomínio indiscutível do componente neonatal sobre o pós-neonatal, bem como uma tendência de estabilidade ou mesmo de aumento do primeiro, influenciado pelo incremento de cobertura de notificação de óbitos e maior informação sobre a assistência ao parto em unidades de saúde (Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil, 1999).⁴¹

A mortalidade perinatal compreende os óbitos fetais tardios e óbitos neonatais precoces, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS). Óbito fetal tardio é o que ocorre antes ou durante o parto de feto pesando 500 g. ou mais de peso. Quando o peso do nascimento for desconhecido, deve-se utilizar a idade gestacional. Óbito neonatal precoce compreende os óbitos

⁴¹ MARANHÃO, A.G. et al "Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil – um desafio para os serviços de saúde", FIOCRUZ, 1999, pp 6.

da primeira semana de vida. Na última definição da OMS, o período perinatal começa a partir da 22ª semana de gestação de fetos com mais de 500 g. Esse é o critério atualmente utilizado pelo Ministério da Saúde para classificar as mortes fetais de acordo com a Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão.

De acordo com estimativas da OMS para o ano de 1996, a taxa de mortalidade perinatal em nível mundial é de 53 por mil nascidos vivos. (Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil; 1999).⁴²

Quadro 02 - Estimativa da Mortalidade Perinatal por 1000 nv segundo algumas regiões do mundo.

Região	Estimativa da Mortalidade Perinatal por 1000 NV	
	1983	1995
Mundo	58	53
África	81	75
Ásia	61	53
Europa	14	13
América Latina	54	39
América do Norte	13	09
Oceania	52	44

Fonte: OMS, *Mortalidade Perinatal, 1996*, p.14.

A análise comparativa de 1983 e 1995, com um intervalo de 12 anos mostra que a África e a Ásia possuem as piores taxas de mortalidade perinatal.

Nos países desenvolvidos (América do Norte e Europa), esses valores são bem inferiores, sendo que a primeira causa de mortalidade no período perinatal é a mal-formação congênita, considerada inevitável. (Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil 1999).⁴³

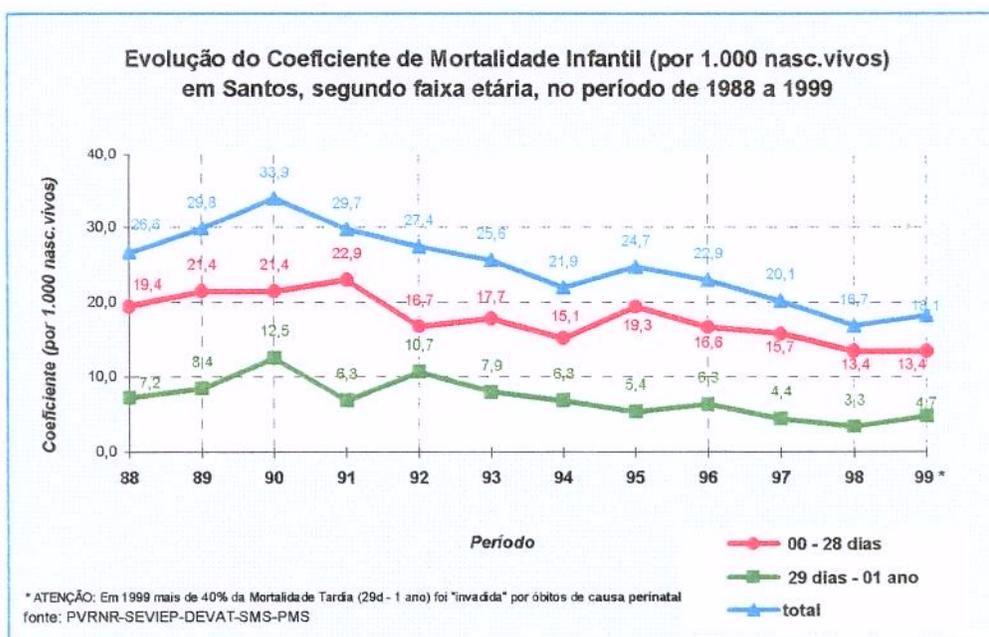
⁴² MARANHÃO, A.G. et al "Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil – um desafio para os serviços de saúde", FIOCRUZ, 1999, pp 7.

⁴³ Ibidem, "Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil – um desafio para os serviços de saúde", FIOCRUZ, 1999, pp 7.

No Brasil, a maioria dos óbitos é consequência das condições da gestante, da assistência ao parto e da criança no momento do nascimento. As principais causas são: prematuridade, afecções respiratórias do recém-nascido, membrana hialina, asfixia intra-uterina e intraparto, baixo peso ao nascer, traumatismo obstétrico e infecção intra-uterina. (Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil, 1999).⁴⁴ No município de Santos a tendência de redução da mortalidade infantil é semelhante à do país, havendo predomínio do componente neonatal.

Observa-se uma redução do componente pós-neonatal, consolidada a cada ano. As principais causas desta faixa são as doenças respiratórias.

Gráfico 02 - Evolução do coeficiente de Mortalidade Infantil (por 1000 nv) em Santos, segundo faixa etária, no período de 1988 a 1999.



O município conta com o Comitê de Prevenção e Redução da Mortalidade Neonatal, que analisa os óbitos de 0 a 06 dias de vida, classificando-os quanto a evitabilidade.

⁴⁴ Ibidem, "Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil – um desafio para os serviços de saúde", FIOCRUZ, 1999, pp 7.

De acordo com os dados do Programa do Recém-Nascido de Risco, no ano de 1995 Santos apresentava um coeficiente de mortalidade perinatal de 24 ‰ com o predomínio do óbito fetal tardio e neonatal precoce, as principais causas da mortalidade perinatal referem-se à assistência a gestante durante o pré-natal, parto e ao recém-nascido na maternidade.

5. ASSISTÊNCIA PERINATAL EM SANTOS

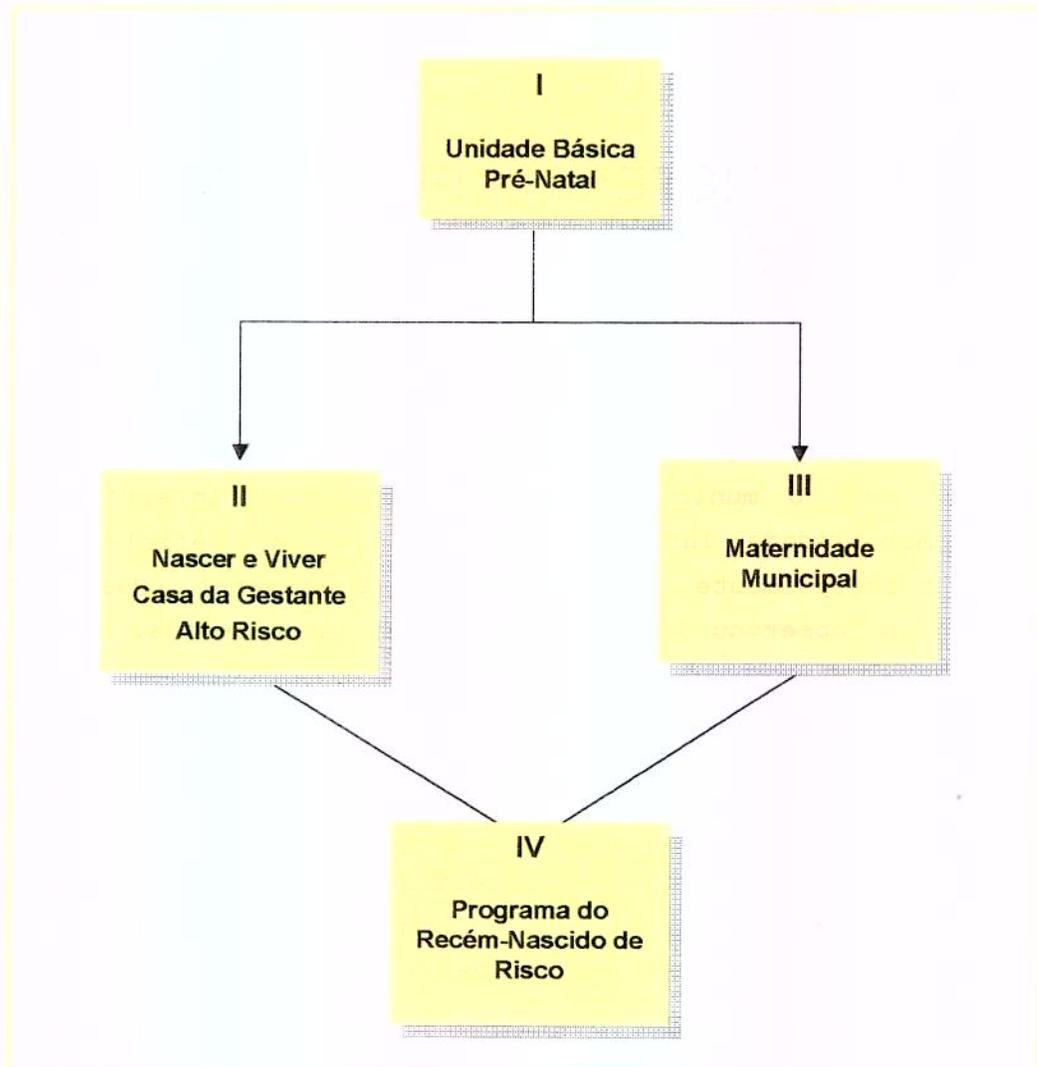
Em 1991, com a implantação do Programa do recém-nascido de risco, o município de Santos procurou intervir no quadro da mortalidade infantil à época com um coeficiente de 34 ‰, principalmente no componente pós-neonatal. Nestes últimos 07 anos observou-se uma redução importante de 50%.

Ao longo desses anos, a redução ocorreu basicamente na mortalidade infantil tardia. Seguindo a tendência do Estado de São Paulo e Brasil, o município de Santos apresenta um coeficiente alto na faixa de 0 a 28 dias.

Com o objetivo de intervir neste quadro, foi implantado em 1997 o Programa Nascer e Viver com o propósito de trabalhar o risco de morrer ainda na "barriga da mãe".

A partir desse momento pretendeu-se estabelecer um novo fluxo para a assistência perinatal:

Quadro 03 - Fluxo para assistência perinatal.



o **Unidade básica:**

São 25 unidades básicas que possuem uma equipe mínima: enfermeira, auxiliar de enfermagem e ginecologista. Nestas unidades é realizado o acompanhamento de pré-natal com protocolo de avaliação do risco e exames de

rotina. As unidades são distribuídas nas quatro regiões do município (orla; morros; centro e zona noroeste). As gestantes são avaliadas segundo critérios de risco biológicos e psicossociais e o seu atendimento organizado a partir destes resultados.

o **Casa da Gestante:**

Unidade responsável pelo acompanhamento da gestante de risco biopsicossocial e pelo sistema de vigilância.

o **Maternidade municipal:**

Unidade hospitalar responsável por 67% dos partos SUS no município. Apresenta uma taxa de 72 % de parto normal (1998).

o **Programa do recém-nascido de risco (PRNR):**

Planejar a assistência à criança considerando o conteúdo social, emocional e cultural das famílias vem sendo o grande desafio do Programa.

Cerca de 90% das crianças que nascem e residem no município de Santos são avaliadas pelo PRNR. As fichas de avaliação são encaminhadas para as unidades de saúde referidas pelas mães para a realização do acompanhamento e vigilância.

6. JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

No Serviço Público há uma grande produção de ações que na perspectiva do planejamento, são conhecidas como ações programáticas. Estas ações são desenvolvidas a partir de informações epidemiológicas e têm a Saúde Coletiva como objeto de intervenção, porém nem sempre são avaliadas.

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (Hartz, Z.M.A. 1997).⁴⁵

Nesta pesquisa, pretende-se realizar a avaliação do Programa Nascer e Viver para posteriormente ampliar as suas ações no município.

A implantação parcial na região do Centro do município de Santos facilita a avaliação, intervenção e verifica seus efeitos sobre a população acompanhada (Hartz, Z.M.A., 1997).⁴⁶

A partir de análise comparativa entre grupos expostos às ações do Programa, espera-se avaliar o impacto dessas ações nas condições de nascimento dos bebês e na ocorrência de problemas maternos no período de pré e pós parto.

⁴⁵ HARTZ, Z.M.A., "Avaliação em Saúde – Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas, Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1997, pp 31.

⁴⁶ HARTZ, Z.M.A., "Avaliação em Saúde – Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas, Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1997, pp 80".

A análise deste impacto subsidiará reformulações no programa e a pertinência de sua ampliação.

6.1. OBJETIVOS

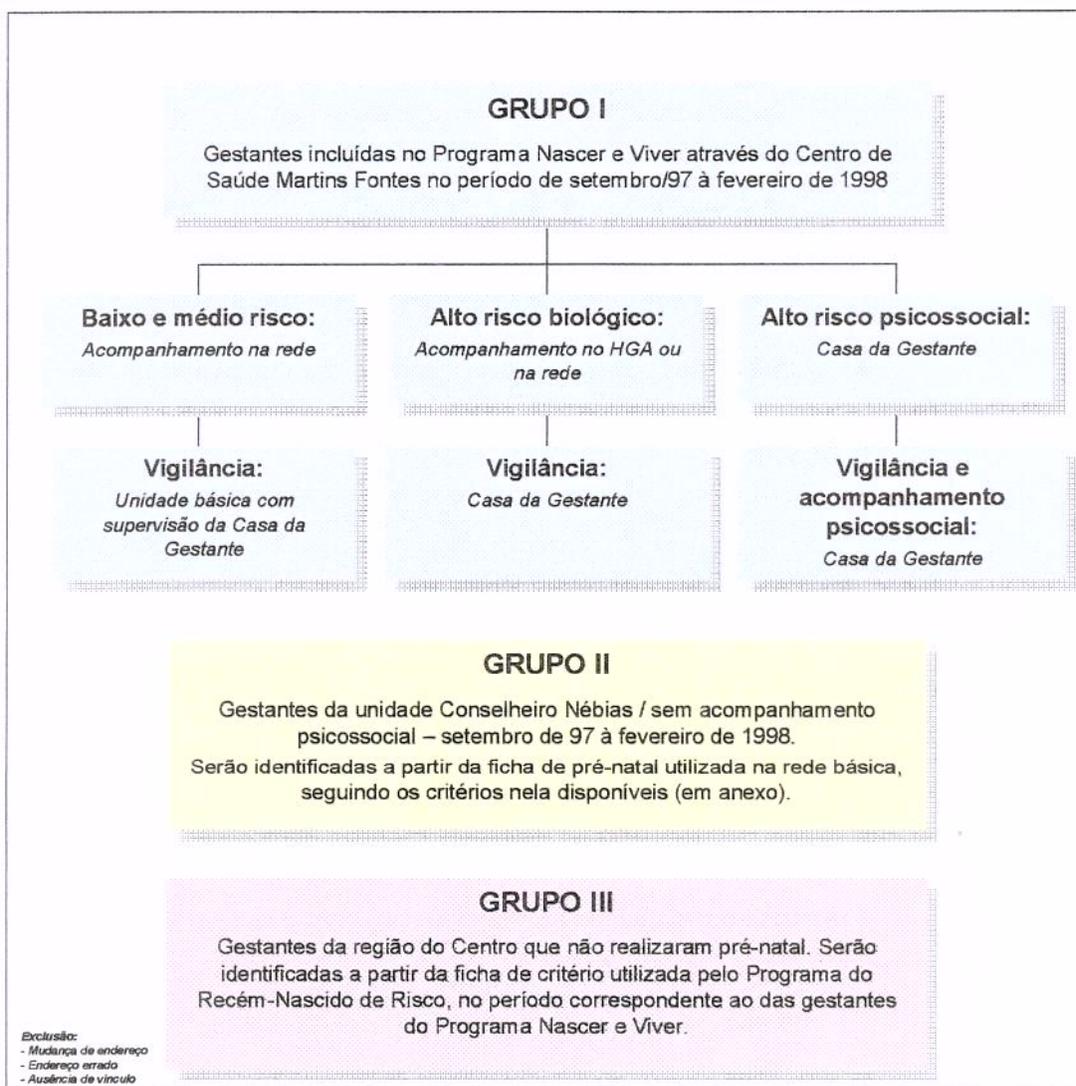
Principal:

Avaliar o Programa Nascer e Viver através das condições de nascimento das crianças da região do Centro de Santos comparando-se os grupos de gestantes com e sem acompanhamento do Programa Nascer e Viver entre 1997 e 1998.

Secundários:

- Descrever o perfil das gestantes com e sem acompanhamento de pré-natal: faixa etária; procedência; condições sócio-econômicas; antecedentes obstétricos (paridade, tipo de parto);
- Descrever o perfil das crianças nascidas das gestantes que integram o estudo: peso ao nascer, prematuridade, mortalidade;
- Analisar a associação entre o acompanhamento realizado pela gestante e as condições de nascimento dos bebês.

Quadro 04 – Quadro de Resumo da Pesquisa.



6.2. MATERIAL E MÉTODOS

6.2.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Estudo tipo coorte retrospectivo com grupo de exposição constituído pelas gestantes acompanhadas pelo Programa Nascer e Viver, (grupos I e II abaixo) incluídas no período de setembro

de 1997 a fevereiro de 1998, e de não exposição formado por gestantes que não realizaram pré-natal, residentes na mesma região (grupo III).

As gestantes foram divididas em três grupos:

- Gestantes com pré-natal e acompanhamento biopsicossocial;
- Gestantes com pré-natal e sem acompanhamento psicossocial.
- Gestantes sem acompanhamento de pré-natal;

A partir daí foram analisadas as variáveis de estudo e de resultado nos grupos, a fim de verificar se havia associação entre elas.

6.2.2. POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA

Constituíram referência para o estudo 215 gestantes residentes na região do Centro da cidade de Santos, onde o Programa Nascer e Viver foi implantado.

6.2.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO

Gestantes residentes na região do centro de Santos: 181

- o Incluídas no Programa Nascer e Viver no período de setembro de 1997 à fevereiro de 1998;
- o Incluídas pela Policlínica Conselheiro Nébias com acompanhamento de pré-natal, mas sem retaguarda psicossocial no mesmo período citado acima;
- o Gestantes que não realizaram pré-natal no período de outubro de 1997 a junho de 1998. (nenhuma consulta ou menos de 3 consultas). Como o programa foi implantado apenas na região do Centro, a população selecionada obedeceu ao critério da regionalização.

6.2.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Integraram o estudo todas as gestantes que iniciaram o pré-natal no Centro de Saúde Martins Fontes no período de setembro de 1997 a fevereiro de 1998; aquelas da mesma região que realizaram o Pré-natal na Policlínica da Conselheiro Nébias e não tiveram acompanhamento do Programa Nascer e Viver e as que não fizeram pré-natal cuja provável data do parto reporta-se para o mesmo período de setembro/97 a fevereiro de 98.

6.2.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas do estudo, as gestantes que se desligaram do programa por erro ou mudança de endereço (13), ou ainda por residirem em outro município (21).

6.2.6. VARIÁVEIS DE RESULTADO (DEPENDENTES)

Foram consideradas aqui as condições dos recém nascidos:

- Peso ao nascer <2500 ; prematuridade; permanência após a alta materna; óbito neonatal.

6.2.7. VARIÁVEIS INDEPENDENTES

- Acompanhamento do Programa Nascer e Viver ; acompanhamento do pré natal normal e ausência do pré natal.

6.2.8. INSTRUMENTOS DE COLETA DE INFORMAÇÕES

A análise dos dados epidemiológicos supõe a existência de um sistema de informação organizado. Coletar os dados é neste caso, tarefa importante para a análise dos resultados a serem obtidos.

As informações são coletadas diariamente por profissionais treinados.

Os dados referentes aos óbitos infantis foram analisados quando da sua ocorrência. O Programa do Recém nascido de risco emite relatório anual contendo os dados e uma análise dos fatos ocorridos durante aquele período.

Para a realização do presente estudo foram selecionados alguns instrumentos cujos dados foram de extrema importância para a avaliação do impacto das ações do Programa Nascer e Viver. Foram eles:

6.2.8.1. FICHA DE PRÉ-NATAL

A ficha de pré-natal utilizada pelo Programa de Saúde da Mulher além dos dados de identificação estabeleceu critérios de risco para a gestante sobre os quais esperava-se que houvesse uma atuação efetiva (anexo 2). Foi implantada em 1990, quando da implantação do programa na rede básica, com a realização de treinamento para os profissionais de saúde da rede municipal de Santos.

As fichas foram preenchidas nas unidades básicas pelo profissional de saúde, normalmente nas primeiras consultas da gestante sendo utilizadas também, para registro dos atendimentos e controle das gestantes faltosas durante o pré-natal.

O agendamento era mensal ou de acordo com a necessidade, devendo ser mais próximo nas últimas semanas de gestação. Conforme já mencionado, as gestantes faltosas foram identificadas através da ficha de pré-natal onde se registrava o próximo retorno, devendo receber uma visita domiciliar para retornar identificação do problema e retorno a consulta.

No final da gestação as fichas das gestantes que integraram o presente estudo foram recolhidas para análise dos seguintes dados:

- Média de idade gestacional
- Início de pré-natal
- Idade da mãe
- Número de consultas
- Local do pré-natal
- Paridade
- Número de abortos
- Risco obstétrico-relacionar

Considerando-se a qualidade no preenchimento das fichas, houve perda no levantamento desses dados, uma vez que alguns profissionais questionaram sua importância. Neste caso, a opção foi buscar as informações em outros instrumentos disponíveis: ficha Hygia (ficha do atendimento para faturamento), ficha critério do Programa do Recém-nascido de Risco, ficha do Programa Nascer e Viver.

6.2.8.2. FICHA DE RISCO PSICOSSOCIAL

Quando se pensou na implantação de um sistema de vigilância para a gestante oferecendo retaguarda de atendimento psicossocial, fez-se necessária a elaboração de um instrumento que pudesse concluir sobre o risco psicossocial com certa acurácia. As equipes da Seção de Planejamento, da Casa da Gestante e do Centro de Saúde Martins Fontes elaboraram então, uma ficha epidemiológica de avaliação de risco.

Os critérios de risco avaliados foram estabelecidos a partir da experiência da equipe valorizando-se, neste momento, muito mais a sensibilidade do que a especificidade das situações identificadas como de risco. Após várias reuniões, concluiu-se por um modelo que foi testado no Centro de Saúde Martins Fontes.

Primeiramente os profissionais de saúde foram treinados quanto ao preenchimento da ficha, sendo orientados sobre a importância dos dados para o acompanhamento dos casos. Ficou acertado que a ficha poderia ser preenchida pelo profissional de qualquer nível no momento do atendimento (Enfermeira, Auxiliar de Enfermagem, Obstetra).

A ficha de critério psicossocial normalmente é preenchida na primeira consulta do pré-natal. A distribuição dos seus critérios permite que ao final do preenchimento haja a conclusão quanto ao risco. Àquelas do Centro de Saúde Martins Fontes consideradas de risco foram encaminhadas para a Casa da Gestante onde tiveram acompanhamento psicossocial.

Para o presente estudo, as gestantes foram avaliadas segundo os seguintes critérios psicossociais: (anexo 3).

- Analfabeta
- Núcleo familiar: sem convivência de familiares; sem residência fixa; composição familiar > 5 pessoas; filhos < de 2 anos
- Familiar alcoolista/drogadito/ com problema mental
- Desnutrição: classificação do G.O. através de gráfico/ ficha perinatal modelo CLAPE
- Adolescente
- Gravidez indesejada

6.2.8.3. PRONTUÁRIO HOSPITALAR:

Documento hospitalar que agrupa todas as informações da paciente desde o seu ingresso até o momento da alta. Registram-se aqui os procedimentos de enfermagem e médicos que podem colaborar para a avaliação da assistência prestada a gestante e ao bebê. Através da revisão dos prontuários, foram identificados os seguintes dados:

- Semana gestacional
- Tipo de parto
- Patologia no parto

6.2.8.4. FICHA DE CRITÉRIO DE RISCO DO RN

Impresso próprio do Programa do recém nascido de risco avalia as crianças nascidas em Santos utilizando critérios de risco biopsicossociais. Inclui também informações referentes a mãe e criança.

Os profissionais da rede de saúde também passaram por treinamento para implantação do programa, o qual inclui apresentação da ficha.

Para as gestantes que não realizaram pré-natais será utilizada a ficha de critério de risco do Programa de Vigilância do recém-nascido de Risco (anexo 4).

Através da ficha de critério de risco serão levantados dados referentes às condições de nascimento:

- Prematuridade
- Peso ao nascer - < 2500 g ou > 2500 g
- Permaneceu internado após a alta materna
- Tipo de parto
- Óbito perinatal

Para reduzir a perda, poderão ser utilizadas a Declaração de Nascido Vivo e a ficha de investigação domiciliar de óbito realizada pelo Programa do Recém-nascido de Risco.

6.2.8.5. DECLARAÇÃO DE ÓBITO - D.O.

Instrumento oficial para registro de óbito, inclui dados de identificação da criança e pais e, principalmente sobre as causas básicas e de morte da criança.

Mensalmente um funcionário devidamente treinado, da Seção de Vigilância Epidemiológica vai aos cartórios de Santos e levanta as Declarações de Óbito. Os referentes às crianças residentes no município. Os documentos são reproduzidos para que posteriormente sejam codificados e analisados estatisticamente.

Nos casos em que ocorrer óbito e natimorto, será feita a busca das seguintes informações da D.O.:

- Idade
- Sexo
- Bairro
- Local do óbito
- Causa básica
- Gestante com pré-natal / sim ou não
- Gestante com acompanhamento psicossocial / sim ou não.

7. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o objetivo de avaliar o Programa Nascer e Viver, implantado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos em 1997 eram esperadas 215 gestantes. Para o presente estudo foram incluídas 181 gestantes havendo uma perda de 34 gestantes devido:

- Moravam em outra região/município: 21 gestantes
- Mudaram de endereço: 13 gestantes

7.1.1. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Das gestantes integrantes deste estudo 85,6% realizaram pré-natal, considerando-se para tanto a realização de pelo menos 3 consultas no serviço de saúde. Dentro deste grupo 22,3% puderam se enquadrar nas faixas consideradas pelos obstetras como de maior risco para mãe e bebê: <18 anos e >35 anos.

Em contrapartida, foram identificadas no mesmo período de estudo 26 gestantes que não realizaram pré-natal, correspondendo a 14,4% do total pesquisado. No município de Santos apenas 5% das gestantes não fazem acompanhamento de pré-natal (Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco, 1997).

QUADRO - Distribuição das gestantes segundo grupos de acompanhamento e variáveis de comparação.

VARIÁVEIS	SAPNV (%)	CAPNV (%)	VALOR P
Início PN primeiro trimestre	36,7	17,6	0.340957
Número consultas > 6	21,7	32,6	0.008118
História de aborto	16,8	12,8	0.803248
Primigesta	51,6	32,6	0.009745
Idade < 19 anos	17,4	27,9	0.010140
TOTAL	95	86	

Ressalta-se que no grupo sem pré-natal (SPN), cerca de 40% das gestantes estavam nas faixas: < ou igual a 19 anos e > ou igual a 35 anos, o que permite concluir que talvez o grupo mais necessitado tenha ficado descoberto da ação do pré-natal, confirmando a importância da busca ativa das gestantes na comunidade como propõe o Programa Nascer e Viver.

O UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) em associação com a OMS (Organização Mundial da Saúde) e a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura), "preconiza que nenhuma mulher deve engravidar antes dos 18 anos, uma vez que antes desta idade ela ainda não está

fisicamente madura para tal. Segundo essas organizações, toda jovem deveria ter tempo para se tornar mulher, antes de tornar-se mãe" (ABDALLAH, V.O., 1998).⁴⁷

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, de 1996 (BENFAN, 1997), mostrou que houve uma diminuição da fecundidade em todas as faixas etárias, com exceção da faixa dos adolescentes (ABDALLAH, V.O., 1998).⁴⁸

A gravidez e o parto na adolescência acarretam conseqüências sociais, psicológicas e médicas que se entrelaçam num todo indissociável e tem sido alvo de estudos epidemiológicos (ABDALLAH, V.O. 1998).⁴⁹ No presente estudo, cerca de 23% das gestantes eram adolescentes, sendo que 66,7% foram acompanhadas pelo Programa Nascer e Viver (Tabela 10).

Vale ressaltar que até a implantação deste programa a maioria das gestantes adolescentes era encaminhada para o Hospital Estadual Guilherme Álvaro e Maternidade Municipal Silvério Fontes que se apresentavam como referência para tal. Como não havia vigilância muitas acabavam não realizando acompanhamento de pré natal. Com a implantação do Nascer e Viver, como opções de encaminhamento mantiveram-se os mesmos hospitais, porém, com a garantia de vigilância com busca ativa e convocação dos faltosos por parte do Programa através da Casa da Gestante.

Entre as gestantes adolescentes 83,3% eram primigestas o que destaca a importância de uma reflexão sobre o início precoce da atividade sexual sem orientação sobre contracepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

⁴⁷ ABDALLAH, V.O. , "Gravidez na adolescência: experiência de um hospital universitário"- *Pediatria Moderna* – vol XXXIV – n° 9 – setembro de 1998, (in press).

⁴⁸ *Ibidem*, "Gravidez na adolescência: experiência de um hospital universitário"- *Pediatria Moderna* – vol XXXIV – n° 9 – setembro de 1998, (in press).

⁴⁹ *Ibidem*, "Gravidez na adolescência: experiência de um hospital universitário"- *Pediatria Moderna* – vol XXXIV – n° 9 – setembro de 1998, (in press).

A gravidez na adolescência tem sido citada como fator de risco para prematuridade e retardo de crescimento intra-uterino, levando ao baixo peso ao nascer (peso de nascimento inferior a 2500g.), o que representa um problema de Saúde Pública devido à sua associação com maior morbidade e mortalidade neonatal “(Abdallah, V.O.S.1998).⁵⁰

Tabela 10 - Distribuição das gestantes CAPNV segundo a faixa etária e peso ao nascer.

Peso ao nascer Faixa etária	CAPNV				TOTAL	
	< 2500		> 2500		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
<19	4	16,7	20	83,3	24	100,0
20-34	1	1,6	60	98,4	61	100,0
>35	0	0,0	1	100,0	1	100,0

Fonte: Ficha de Pré-Natal e Ficha de critério de risco.

Tabela 11 - Distribuição das gestantes SPNV segundo a faixa etária e peso ao nascer.

Peso ao nascer Faixa etária	SAPNV				TOTAL	
	< 2500		> 2500		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
<19	1	11,1	8	88,9	9	100,0
20-34	12	31,6	26	68,4	38	100,0
>35	0	0,0	3	100,0	3	100,0

Fonte: Ficha de Pré-Natal e Ficha de critério de risco.

Tabela 12 - Distribuição das gestantes SPN segundo a faixa etária e peso ao nascer.

Peso ao nascer Faixa etária	SPN				TOTAL	
	< 2500		> 2500		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
<19	3	50,0	3	50,0	6	100,0
20-34	6	42,9	9	60,0	15	100,0
>35	1	33,3	2	66,7	3	100,0

Fonte: Ficha de Pré-Natal e Ficha de critério de risco.

⁵⁰ Ibidem, “Gravidez na adolescência: experiência de um hospital universitário”- Pediatria Moderna – vol XXXIV – nº 9 – setembro de 1998, (in press).

Fazendo-se uma análise comparativa entre idade e peso ao nascer observa-se que no grupo com acompanhamento do programa Nascer e Viver (CAPNV) 16,7% das gestantes adolescentes (igual ou maior que 19 anos) tiveram bebês com peso inferior a 2500g, o que correspondeu a praticamente 100% dos recém nascidos de baixo peso deste grupo (Tabela 10)). No grupo sem acompanhamento do programa Nascer e Viver (SAPNV), 11,1% das adolescentes tiveram bebês com baixo peso (Tabela 11), enquanto que no grupo SPN este percentual foi de 50 (Tabela 12).

No município de Santos assim como em outras regiões do Brasil, o número de gestantes adolescentes vem crescendo e preocupando os profissionais dessa área. Apesar das ações educativas o acesso e a utilização de um método contraceptivo ainda é insuficiente.

Na região em estudo tem-se como agravante o fato de contar com uma área de prostituição onde adultos e adolescentes podem se envolver com esta atividade, associada ou não ao uso de drogas e a situações de violência em geral (Relatório do Programa DST/AIDS, 1996).

Tabela 13 - Distribuição das gestantes segundo a faixa etária e realização de Pré-Natal.

FAIXA ETÁRIA	UNIDADES				TOTAL	
	CAPNV		SAPNV			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<19	24	27,9	12	17,4	36	23,2
20-34	61	70,9	47	68,1	108	69,7
>35	1	1,2	4	5,8	5	3,2
S/I	0	0,0	6	8,7	6	3,9
TOTAL	86	100,0	69	100,0	155	100,0

Fonte: Ficha de Pré-Natal e Ficha de critério de risco.

Das gestantes que realizaram pré-natais cerca de 55,5% foi acompanhado pelo Programa Nascer e Viver (CAPNV) e 44,58% pela unidade Conselheiro Nébias (SAPNV), sem atividade do programa.

Quanto ao número de consultas verifica-se que nas duas unidades há uma concentração maior na faixa de 4 a 6, sendo que no grupo CAPNV a média foi de 6 e no SAPNV 5 consultas (Tabela 14).

O Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Parto (Portaria 569 de 08/06/00), estabelecendo como aceitável o mínimo de 6 consultas durante a gestação.

A Secretaria Municipal de Saúde de Santos, através do Programa do Recém-Nascido de Risco, considerava o mínimo de três consultas por gestação (Humel, 1989). Este conceito está sendo revisto por entender-se que a identificação e intervenção precoces só são possíveis por meio de acompanhamento adequado de pré-natal.

Com o Programa Nascer e Viver as gestantes passaram a ter acompanhamento com vigilância e busca ativa intensificada nas últimas semanas de gestação. Estas ações colaboraram para que houvesse um maior número de consultas de pré-natal, o que possibilitou um melhor acompanhamento da gestante.

Tabela 14 - Distribuição das gestantes segundo local de Pré-natal e número de consultas realizadas.

NÚMERO DE CONSULTAS	UNIDADES				TOTAL	
	CAPNV		SAPNV		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
3	4	4,7	9	13,0	12	7,7
04 06	54	62,8	45	65,2	98	63,2
>7	28	32,6	15	21,7	45	29,0

Fonte: Ficha de Pré-Natal.

O início precoce do pré-natal é um dos principais fatores que interferem na avaliação precoce do risco gestacional, reduzindo o índice de complicações no parto.

No grupo CAPNV apenas 17,4% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e 17,4% o fez somente no terceiro trimestre, o que dificultou a identificação precoce do risco e o acompanhamento adequado (Tabela 15).

No grupo SAPNV 31,9% e 7,2% respectivamente, o que teoricamente possibilitaria um melhor acompanhamento no que diz respeito ao número de consultas.

Sabe-se que o início no primeiro trimestre favorece a identificação precoce dos problemas garantindo a saúde da mãe e do bebê e, por esta razão, o Ministério da Saúde, dentro do referido programa, estabeleceu que a primeira consulta deve acontecer preferencialmente neste período.

No entanto, conforme tabela 11, a proporção de 7 ou mais consultas de pré-natal no grupo SAPNV foi menor do que no grupo CAPNV, ou seja, apesar de terem começado o pré-natal cedo não foi garantido o número adequado de consultas.

A região do Centro onde os grupos foram pesquisados caracteriza-se pelo alto índice de gestantes sem pré-natal (30,0%) e pelo início tardio quando realizado, conforme relatório do Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco do ano de 1996.

Quanto ao início do pré-natal, não houve interferência do Programa neste momento, uma vez que as gestantes foram incluídas à medida que chegavam ao serviço. Posteriormente foram desenvolvidas ações de captação já descritas anteriormente com o objetivo de garantir o início do pré-natal no primeiro trimestre.

Atualmente o Programa Nascer e Viver realiza a captação da gestante através do teste de gravidez. A partir daí pretende-se fazer a busca ativa através do registro do nome e endereço obtidos no primeiro contato com a unidade de saúde o que poderá garantir início precoce e acompanhamento de pré-natal.

Tabela 15 - Distribuição das gestantes segundo local e início de Pré-natal.

INÍCIO DO PRÉ-NATAL	UNIDADES				TOTAL	
	CAPNV		SAPNV		N ^o .	%
	N ^o .	%	N ^o .	%		
1 ^o Trimestre	15	17,6	22	36,7	37	25,5
2 ^o Trimestre	55	64,7	33	55,0	88	60,7
3 ^o Trimestre	15	17,6	5	8,3	20	13,8
sem informação	1	1,2	9	13,0	10	6,5

Fonte: Ficha de Pré-Natal.

Segundo dados parciais do Senso do IBGE/2000, ⁵¹ houve uma queda na taxa de fecundidade no Brasil. O dado recente é de que a média de filhos por mulher caiu de 5,8 para 2,3 entre a década de 70 e os dias de hoje. Há regiões onde estes valores são distintos e a consequência direta desta queda é o envelhecimento da população.

Nos três grupos pesquisados cerca de 15,0% das gestantes tinham mais de 4 filhos anteriores àquela gestação; acima da média do país (Tabela 16). Trata-se de uma região cuja população em sua maioria, é desprovida das necessidades básicas, residindo em condições precárias (cortiços, quartos) e em ambientes de promiscuidade.

Comparando-se os três grupos, verifica-se que no CAPNV há uma incidência maior de gestantes com mais de 4 gestações 18,6%, acima da média observada .

No grupo SPN 42,3% das gestantes já possuíam filhos o que pelas características da região e da população pode justificar a ausência do acompanhamento de pré-natal. O conhecimento adquirido nas gestações anteriores pode colaborar para a não procura dos serviços de saúde.

⁵¹ FUNDAÇÃO IBGE. Censo Demográfico de 2000. Rio de Janeiro, 2000.

Tabela 16 - Distribuição das gestantes segundo local de Pré-natal e número de gestações.

NÚMERO DE GESTAÇÕES	UNIDADES						TOTAL	
	CANV		SAPNV		SPN			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primigesta	28	32,6	38	55,1	11	42,3	77	42,5
1 -3	42	48,8	23	33,3	12	46,2	77	42,5
>4	16	18,6	8	11,6	3	11,5	27	14,9
TOTAL	86	100,0	69	100,0	26	100,0	181	100,0

Fonte: Ficha de Pré-Natal.

Quanto ao perfil das gestantes observou-se que:

- Nos grupos pesquisados eram em sua maioria jovens na faixa de 20 a 34 anos;
- Todas eram residentes na região central de Santos onde é grande a incidência de doenças de notificação compulsória: Tuberculose, DST/AIDS; Recém Nascido de Risco (Relatório da Vigilância Epidemiológica, 1997);
- Cerca de 40,0% eram primigestas;
- Mais da metade iniciou o pré natal no segundo trimestre;
- Em média realizaram 6 consultas durante o acompanhamento de pré natal.

7.1.2. A AVALIAÇÃO DE RISCO

A assistência ao pré-natal disponibilizada na rede pública de Santos inclui a avaliação de risco obstétrico através da Ficha Perinatal (anexo 01), na qual também constam alguns dados sócio-econômicos da paciente.

Por meio destas informações a equipe de saúde pode concluir pela presença ou não de risco obstétrico. No Programa Nascer e Viver foi implantada uma ficha específica para a avaliação do risco psicossocial.

Tendo em vista que o referido programa não havia sido implantado na unidade Conselheiro Nébias (SAPNV) é natural que o campo da avaliação psicossocial não tenha sido preenchido. Ficaram sujeitas à esta avaliação apenas as gestantes do grupo CAPNV.

Observou-se que entre as gestantes do grupo SAPNV apenas 39,1% foram avaliadas quanto ao risco obstétrico enquanto no grupo CAPNV 100% o foram. De todas as gestantes avaliadas no CAPNV 60,5% eram portadoras de risco psicossocial e 5,8% de risco obstétrico. Estudos epidemiológicos têm mostrado que a proporção dessa população de risco situa-se entre 15 e 20% a ela aplicando-se os cuidados intensivos e os recursos da moderna tecnologia obstétrica (Belford, 1983).

Esta situação já vinha sendo observada pelo Programa do Recém Nascido de Risco através da análise de acompanhamento e Mortalidade Infantil.

Um dos objetivos do Nascer e Viver é justamente garantir à gestante a avaliação do risco obstétrico e psicossocial, o que pode ser confirmado através dos dados analisados.

Tabela 17 - Distribuição das crianças segundo grupos de acompanhamento e variáveis de comparação.

CAPNV	NÃO	SIM	TOTAL	RR	VALOR P
Baixo peso	135	20	155	4,5	0.0019106
Prematuridade	140	15	155	4,8	0.0014575
Perm. Internado	146	9	155	1,3	0.9039771
Tipo parto	51	104	155	0,8	0.0290716
Óbito	150	5	155	0,9	0.7705310

Fonte: Ficha de Pré-Natal e Ficha de Critério de Risco.

Através da avaliação do risco, pretende-se garantir a qualidade da assistência oferecida à gestante.

Os critérios obstétricos observados foram:

Quadro 05 - Freqüência dos critérios de risco obstétricos nos grupos CAPNV e SAPNV.

Riscos Obstétricos mais freqüentes	Freqüência
Hipertensão	3
Idade < 18 anos	8
Idade > 35 anos	2
Antecedentes obstétricos: mola, eclampsia, 5 abortos	5
Desnutrição	3
Cesárea anterior	1

Quadro 06 - Freqüência dos critérios de risco psicossocial no grupo CAPNV.

Risco Psicossocial mais freqüente	Freqüência
Nível de instrução analfabeta	04
Chefe desempregado	12
Renda familiar menor ou = 01 salário mínimo	09
Atual gravidez indesejada	08
Núcleo familiar sem convivência de familiar	08
Sem residência fixa	03
Composição familiar > 5 pessoas	30
Filhos menores de 2 anos	17
Antecedentes de distúrbios mentais	06
Dependência de álcool	10
Uso de drogas	09

Fonte: Ficha de Risco Psicossocial

Conforme dados mencionados anteriormente confirma-se na relação dos critérios psicossociais a presença de famílias com 5 ou mais pessoas, cuja dificuldade de sobrevivência é maior quando da presença de chefes desempregados ou salários muito abaixo do necessário.

Outro fator importante refere-se a presença de filhos menores de 02 anos, o que traduz uma dificuldade no cuidado com o novo bebê e principalmente à própria mulher cujo curto intervalo entre os partos a colocou em situação provável de risco. (UNICEF;OMS;UNESCO; FNUAP, 1993).

Analisando-se os dados da avaliação psicossocial com o peso ao nascer observou-se que das 63 gestantes de risco psicossocial do grupo CAPNV, apenas 05 (todas adolescentes), tiveram bebês com peso menor ou igual a 2.500g (7,9%), enquanto que no grupo avaliado como normal este percentual foi de 19,4% (Tabela 18). Vale lembrar que os critérios psicossociais referiam-se basicamente à situação sócio-econômica dessas gestantes, cuja avaliação deve ser dinâmica e estar sujeita a alterações durante o acompanhamento de pré-natal.

Pode-se discutir que o acompanhamento das gestantes avaliadas como de risco psicossocial pelo Programa Nascer e Viver tenha influenciado nas condições de nascimento dos bebês.

Tabela 18 - Distribuição das gestantes avaliadas como de risco psicossocial e como normais e o baixo peso ao nascer.

BAIXO PESO	RISCO PSICOSSOCIAL				TOTAL	
	SIM		NÃO		N ^o	%
	N ^o	%	N ^o	%		
Sim	5	7,9	7	19,4	12	12,1
Não	58	92,1	29	80,6	87	87,9
TOTAL	63	100,0	36	100,0	99	100,0

Fonte: Ficha de Critério de Risco e Ficha de Risco Psicossocial.
01 caso sem informação

Na seqüência da análise dos antecedentes obstétricos chamam atenção os dados de ocorrência de aborto nos 03 grupos pesquisados.

No grupo SPN 19,2% tiveram história de aborto o que deveria ser indicador de risco para o acompanhamento de pré-natal. Considera-se aqui que por tratar-se de área de prostituição, o risco de aborto espontâneo e gravidez indesejada é maior (Tabela 19).

Neste caso, a vergonha de procurar o médico e relatar o aborto provocado pode gerar a associação entre culpa e temor ao castigo e colaborar para a fuga do pré-natal. O medo da crítica do profissional de saúde, questões religiosas, podem também estar associados a esta fuga. (Belford, 1983)

No grupo CAPNV apenas 12,8% das gestantes referiram a ocorrência de aborto, valor inferior ao apresentado pelo grupo SAPNV.

Tabela 19 - Distribuição das gestantes segundo avaliação de risco e local de Pré-natal.

ABORTO	UNIDADES						TOTAL	
	CAPNV		SAPNV		SPN			
	Nº	%	Nº	%	N	%	Nº	%
Sim	11	12,8	11	16,2	5	19,2	27	15,0
Não	75	87,2	57	83,8	21	80,8	153	85,0
sem inform.	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	0,6
TOTAL	86	100,0	69	100,0	26	100,0	181	100,0

Fonte: Ficha de Pré-Natal.

7.1.3. CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

Utilizando-se a ficha de critério de risco do Programa do Recém Nascido de Risco, procedeu-se a análise de variáveis relacionadas ao bebê, comparando-se os três grupos pesquisados.

Com relação à idade gestacional verificou-se que no grupo CAPNV onde foi implantado o Nascer e Viver, apenas 4,7% nasceram com 36 semanas ou menor, enquanto que no grupo SAPNV esta frequência foi maior (20,3%) (Tabela 20). Os dados do Recém Nascido de Risco indicam que praticamente 70% das crianças que vão a óbito na faixa de 0 a 6 dias, têm a prematuridade como causa associada (Programa do recém nascido de risco, 1996).

A identificação e tratamento precoces de problemas relacionados a prematuridade devem ser portanto prioridades no acompanhamento de pré-natal.

Tabela 20 - Distribuição dos bebês segundo idade gestacional e grupos pesquisados.

IDADE GESTACIONAL	UNIDADES						TOTAL	
	CAPNV		SAPNV		SPN			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor ou igual 36 sem.	4	4,7	12	20,3	9	36,0	25	14,7
Maior ou igual 37 sem.	82	95,3	47	79,7	16	64,0	145	85,3
Branco	0	0,0	10	14,5	1	3,8	11	6,1
TOTAL	86	100,0	69	100,0	26	100,0	181	100,0

Fonte: Ficha de Pré-Natal.

Na distribuição dos recém-nascidos segundo tipo de parto observa-se como dado positivo o fato de a maioria ter nascido de parto normal, considerado melhor para a mãe e para o bebê. (Segre et al, 1991) (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição dos bebês segundo tipo de parto nos grupos de gestantes que realizaram pré-natal.

TIPO DE PARTO	UNIDADES						TOTAL	
	CAPNV		SAPNV		SPN			
	Nº	%	Nº	%	N	%	Nº	%
Normal	64	74,4	40	57,8	15	57,7	119	65,7
Cesárea	21	24,4	19	27,5	9	34,6	49	27,1
Forceps	1	1,2	0	0,0	1	3,8	2	1,1
Sem informação	0	0,0	10	14,5	1	3,8	11	6,1
TOTAL	86	100,0	69	100,0	26	100,0	181	100,0

Fonte: Ficha de critério de risco.

Destes recém nascidos, 12,9% nasceram com baixo peso o que os classifica como de risco para a mortalidade. (Humel, 1989).

O recém nascido com peso de nascimento abaixo de 2500g é classificado pela OMS como de baixo peso ao nascer (BPN). Este tem tido atenção especial dentre os neonatos por apresentar um risco aumentado de morbidade e mortalidade (Revista Paulista de Pediatria,1996).

Segundo dados do Programa de Recém Nascido de Risco, 9% das crianças que nascem em Santos tem baixo peso, pouco menos do valor encontrado neste estudo.

Quando se analisa este dado por grupo verifica-se que naquele SAPNV o valor aumenta para 20,3% e no grupo SPN o número quase triplicou em relação à média dos três grupos. (Tabela 22).

O grupo CAPNV apresentou uma incidência bem menor de crianças com baixo peso. É importante lembrar que no acompanhamento do Nascer e Viver identificou-se como risco psicossocial a gestante desnutrida que junto com outras variáveis está relacionada ao baixo peso ao nascer. Essas gestantes tiveram acesso a orientação nutricional e alimentação suplementar durante a participação dos grupos de acompanhamento desenvolvidos pela Casa da Gestante.

Comparando-se os três grupos verifica-se que as gestantes do grupo SAPN onde o pré-natal é tradicional tem risco relativo três vezes maior de terem bebês com baixo peso do que as do grupo CAPNV. No grupo SPN, o risco é cinco vezes maior em relação ao grupo CAPNV.

Tabela 22 - Distribuição dos bebês segundo peso ao nascer nos grupos de gestantes que realizaram pré-natal.

PESO AO NASCER	UNIDADES						TOTAL	
	CAPNV		SAPNV		SPN			
	Nº.	%	Nº.	%	N	%	Nº.	%
< 1500	2	2,3	0	0,0	0	0,0	2	1,1
1500 - 2500	4	4,7	14	20,3	10	38,5	28	15,5
> 2500	80	93,0	45	65,2	15	57,7	140	77,3
S/I	0	0,0	10	30,4	1	3,8	11	6,1

Fonte: Ficha de critério de risco e ficha de pré-natal

Freqüentemente o baixo peso ao nascer está associado a prematuridade. No entanto, nos dois grupos a incidência de prematuridade foi inferior a de baixo peso o que pode levar a associação do peso ao nascer com outras patologias e/ou a condição social das gestantes desta região. No grupo SPN 40,0% das gestantes tiveram bebês prematuros e destes, 90,0% eram baixo peso. O grupo CAPNV apresentou o menor percentual de prematuridade (4,7) e destes, apenas 40,0% dos bebês eram de baixo peso. No grupo SAPNV o percentual de prematuridade foi de 18,3% e 71,0% eram de baixo peso. (Tabela 23).

Tabela 23 - Distribuição dos bebês segundo prematuridade nos grupos pesquisados.

PREMATURO	UNIDADES						TOTAL	
	CAPV		SAPNV		SPN			
	N ^o .	%						
Sim	4	4,7	11	18,3	10	40,0	25	14,6
Não	82	95,3	49	81,7	15	60,0	146	85,4
sem inform.	0	0,0	9	13,0	1	4,8	10	5,8
TOTAL	86	100,0	69	113,0	26	104,8	181	100,0

Fonte: Ficha de critério de risco.

Conforme já mencionado, as gestantes pesquisadas são procedentes da região do Centro de Santos onde a situação sócio-econômica é precária. Sendo assim, os hospitais procurados foram os Públicos: Estadual e Municipal e Filantrópico conveniado com o SUS.

A Maternidade Municipal Silvério Fontes realizou o maior número de partos, 51,4%, confirmando-se como a primeira em número de atendimentos pelo SUS. (Tabela 24).

Tabela 24 - Distribuição dos bebês segundo local de nascimento e serviço de Pré-Natal nos grupos pesquisados.

HOSPITAIS	UNIDADES						TOTAL	
	N ^o	%	N ^o	%	N	%	N ^o	%
HSF	46	53,5	36	52,2	11	42,3	93	51,4
Sta. Casa de Santos	23	26,7	13	18,8	5	19,2	41	22,7
H.Guilherme Álvaro	15	57,7	10	14,5	8	30,8	33	18,2
H.São Lucas	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	0,6
H.São José	1	1,2	1	1,4	0	0,0	2	1,1
CAISM/UNICAMP	0	0,0	0	0,0	1	3,8	1	0,6
H.Santo Amaro	1	1,2	0	0,0	0	0,0	1	1,1
S/inform.	0	0,0	8	11,6	1	3,8	9	4,9
TOTAL	86	100	69	100	26	100	181	100

Fonte: Ficha de critério de risco.

Após o nascimento, apenas 6,9% das crianças permaneceram internadas. No grupo SPNV este critério correspondeu a 18,8% das gestantes, enquanto nos outros manteve-se entre 6,0%. (Tabela 25).

Tabela 25 - Distribuição dos bebês segundo permanência no hospital após a alta materna nos grupos pesquisados.

PERMANEC. INTERNADAS	UNIDADES				TOTAL	
	CAPNV		SAPNV		N ^o	%
	N ^o	%	N ^o	%		
Sím	5	5,9	7	8,0	12	6,9
Não	80	94,1	81	92,0	161	93,1
sem inform.	1	1,2	7	7,4	8	4,6
TOTAL	86	100,0	95	100,0	181	100,0

Fonte: Ficha de critério de risco.

Quadro 07 - Descrição dos óbitos.

Idade da mãe	Pré-Natal			Tipo de parto	Idade gestacional	Sexo	Avaliação do risco	Peso ao nascer	Idade do óbito
	Nº Consultas	Início	Local						
39 anos	06	2º trimestre	CSMF	Cesárea	41 sem.	M	Psicos.	2625	Horas
25 anos	10	2º trimestre	CSMF	Normal	39 sema.	F	Obstét. (03 cesárea)	3945	Horas
40 anos	06	2º trimestre	Pol.C. Nébias	Normal	38 sem.	M	Não avalial.	3480	01 dia
37 anos	Não fez	-	-	Normal	37 sem.	M	-	2760	02 meses
19 anos	04	2º trimestre	CSMF	Normal	25 sem.	M	Sem risco biopsicos	1000	Horas
31 anos	05	1º trimestre	Pol.C. Nébias	Cesárea	35 sem.	F	Não avalial.	2210	04 dias

Fonte: Ficha de Pré-Natal / Ficha de Critério de Risco e Declaração de Óbito.

Nos grupos pesquisados ocorreram 06 óbitos (3,3%). Destes 02 eram prematuros e com muito baixo peso: um do Centro de Saúde e outro da Conselheiro Nébias. Apenas 01 óbito ocorreu na faixa de 29 dias a 01 ano. O restante pertencia ao período neonatal precoce, responsável por 70% dos óbitos infantis em Santos (Programa do Recém Nascido de Risco, 1997).

Em função dos números pequenos torna-se difícil à análise, porém sabe-se que a assistência a gestante e à criança no momento do parto estão relacionadas à mortalidade neonatal (Programa do Recém Nascido de Risco - Comitê de Mortalidade Perinatal 1996).

Tabela 26 - Distribuição dos óbitos segundo grupos pesquisados.

ÓBITOS	UNIDADES						TOTAL	
	CAPNV		SAPNV		SPN			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	3	3,5	2	2,9	1	3,8	6	3,3
Não	83	96,5	67	97,1	25	96,2	175	96,7
TOTAL	86	100,0	69	100,0	26	100,0	181	100,0

Fonte: Declaração de óbito.

Sendo assim, é preciso estudos mais aprofundados com período maior de avaliação, para que haja um detalhamento das causas e, conseqüentemente, um direcionamento das ações voltadas para a gestante e criança.

CONCLUSÃO

Quando a Secretaria Municipal de Saúde implantou o Programa Nascer e Viver com um projeto piloto na região do Centro pretendia interferir no quadro de Mortalidade Neonatal.

Após um ano de desenvolvimento procedeu-se a análise dos dados e verificou-se:

- No grupo acompanhado pelo Programa Nascer e Viver as gestantes iniciaram tardiamente o acompanhamento de pré-natal, havendo maior número de gestantes adolescentes. Destas gestantes, a maioria já possuía filhos o que pode no conjunto de variáveis indicar maior risco de morbimortalidade para os bebês.
- As condições de nascimento dos bebês acompanhados pelo Programa Nascer e Viver foram mais favoráveis quando comparadas com o grupo SAPNV, no entanto há necessidade de se aprofundar a avaliação do programa através de um período maior de estudo.
- Todas as gestantes do grupo CAPNV foram avaliadas segundo risco obstétrico, contra 39,0% no grupo SAPNV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDALLAH, V.O. Gravidez na *Adolescência: experiência de um hospital universitário*. *Pediatria moderna* - vol.XXXIV - nº9 setembro de 1998 (in press).
- BACKETT, E.M. ; DAVIES, A M.; PETROSBARVAZIAN, A. *O enfoque de risco na assistência à saúde: com especial referência à saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar*. Washington, D.C., Organização Pan-americana da Saúde, 1985. (OPAS - Publicação Científica, 491).
- BELFORD, P.; et al. *Medicina Perinatal*: Editora Manole, 1983.
- BERQUÓ, E. S.; SOUZA, J.M.P.; GOTLIEB, S.L.D. *Bioestatística*; Editora Pedagógica e Universitária Ltda. São Paulo.
- BREILH, J.; *Epidemiologia, Economia, Política e Saúde*: Editora Unesp e Hucitec.
- BREILH, J.; et al. *Epidemiologia: teoria e objetivo*; Editora Hucitec.
- CAMPOS, F.C. & HENRIQUES, C.M.P. (ORG.) *Contra a Maré à Beira - Mar*. A experiência do SUS em Santos. São Paulo, Hucitec, 1998.

- CONCEIÇÃO, et al. **RN**. Sarvier Editora de livros médicos Ltda - São Paulo, 1991.
- COSTA, M.C.O. et al. **Abordagem Nutricional de gestantes e nutrizes adolescentes: estratégia básica na prevenção de riscos**. In J. pediat. (Rio de Janeiro); 75 (3): 161 - 6, maio-jun, 1999.
- ECO, U. **Metodologia: Como se faz uma tese**. Editora Perspectiva 1977.
- FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia Clínica**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
- HARTZ, Z.M.A.; **Avaliação em Saúde - Dos Modelos conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1997.
- JUNQUEIRA, A.M. et al. **Temas de Perinatologia**. Cepplanc, 1970.
- LANGER, A.M.C. et al. **El apoyo psicosocial durante el periodo perinatal. Revisión conceptual y bibliográfica**, 1980 (in press).
- LAURENTI, R. et al. **Estatísticas de Saúde**. São Paulo, EPU, 2ª edição, 1987.
- LIMA, A.M.M. ET AL, **Programação em Saúde Hoje, Saúde em Debate-Série Didática**; Editora Hucitec.
- MALIK, A.M. et al. **Qualidade Na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. São Paulo: IDS/USP/Banco Itaú, Série & Cidadania, vol.três, 1998.

- MARANHÃO, A.G.K. et al. *Assistência Perinatal e Neonatal no Brasil - um desafio para os serviços de saúde*. FIOCRUZ, 1999.
- MARCONI, M. de A. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo, Atlas, 1986.
- MINAYO, M. C. S. DESLANDES S. F. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas*. Brasília, 1985 (série B: textos básicos de saúde).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE *A Monitorização da Saúde da Criança em situação de Risco e o Município; Coordenação Materno Infantil*, 1996.
- REBELO, P. *Qualidade em Saúde*; Qualitymark editora - 1995.
- MARIOTONI, G.G.B. et al. *O Recém Nacido de Baixo Peso: Morbidade e Mortalidade Hospitalares, Maternidade de Campinas, 1994* In Revista Paulista de Pediatria. Editora Segmento Ltda, 1996.
- RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. *Saúde em Foco: Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*. Ano IV, n°8 , 1994.
- ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro, Medsi, 4. ed., 1994.

- RUMEL, D. Acurácia dos critérios de risco do Programa de Defesa da Vida dos Lactentes do município de Bauru entre 1986 e 1988. São Paulo, 1989 (*Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública/USP*).
- SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatórios do Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco*, 1991 a 1996.
- SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde. *Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco: Relatório do Comitê de Mortalidade Perinatal*, 1995.
- SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Secretaria Municipal de Saúde. Seção de Vigilância Epidemiológica *Estudo da Mortalidade Geral e Infantil*, 1988 e 1989.
- SCHRAIBER, L. B. (org.). *Programação em Saúde - hoje*. São Paulo, HUCITEC - 1990.
- SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. 21. Ed. rev. e ampl., São Paulo, Cortez, 2000.
- SILVEIRA, L.T. *A Prática da Vigilância à Saúde em Santos: o programa de vigilância do recém-nascido de risco*. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil, Universidade Estadual de São Paulo, 1995.
- UNICEF, et al. *Medidas Vitais* - Publicação pela Área de Comunicação/Informação do UNICEF - Brasil, 1993.

UNICEF, *Situação Mundial da Infância*. Publicado pelo UNICEF - Brasília , 1998.

YUNES, J. *O SUS na Lógica da Descentralização*. In: Revista Estudos Avançados "Dossiê Saúde", Vol. 13, nº35. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados Janeiro/Abril, 1999, pp 65-70.

ANEXOS

ANEXO 1 - Banco de Dados

I- DADOS DE PRÉ-NATAL	
Idade da Mãe: _____	
Fez Pré-Natal?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.
Nº de consultas:	_____
Local:	<input type="checkbox"/> Serviço Público <input type="checkbox"/> Serviço Particular/convênio <input type="checkbox"/> Sem informação
Término:	<input type="checkbox"/> 1º trimestre <input type="checkbox"/> 2º trimestre <input type="checkbox"/> 3º trimestre <input type="checkbox"/> sem informação
Antecedentes Gerais e Obstétricos:	
Nº de gestações:	_____
Nº de Partos:	_____
Nº de abortos:	_____
Nº de filhos mortos < 1 ano:	_____
Risco Obstétrico:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais? _____ <input type="checkbox"/> Sem informação
II- RISCO PSICOSSOCIAL	
Alto risco?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sem informação
Quais?	_____
III- AVALIAÇÃO DO PARTO	
Idade Gestacional:	_____ semanas
Gestação de Risco:	<input type="checkbox"/> S/I <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quais? _____
Tipo de parto	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> S/I
IV- AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO	
Local de Nascimento:	_____
Peso:	_____
Prematuridade:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Permaneceu internado:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
V- DECLARAÇÃO DE ÓBITO	
Idade:	_____
Sexo:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Local:	_____
Causa:	_____
Gestante com Pré-natal:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem informação
Gestante com avaliação Psicossocial:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem informação

ANEXO 2 - Ficha de Pré-Natal (frente)

AS INFORMAÇÕES ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDAS PELA MATERNIDADE

INFORMAÇÕES SOBRE PARTO		DIA MES ANO			HORA MIN		RECÉM-NASCIDO		
IDADE GESTAÇÃO	INÍCIO	TERMINO		NÍVEL DE ASSISTÊNCIA			PROTEÇÃO		
<input type="checkbox"/> SEMELAS <input type="checkbox"/> GEMELAS	<input type="checkbox"/> ESPONTANEO <input type="checkbox"/> INDUZIDO	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	<input type="checkbox"/> DESPREZADO <input type="checkbox"/> ULTRA	<input type="checkbox"/> HOSP. <input type="checkbox"/> JORNAL	<input type="checkbox"/> AMBUL. <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> MIA <input type="checkbox"/> SEM			
PARTO		DEBITO ESPONTANEO		ATENDEU		ALTA MATERNA		MOMENTO EM QUE OCORREU	
<input type="checkbox"/> NAT. <input type="checkbox"/> CÉSAR									
LACERAÇÃO		PLACENTA COMPLETA		PARTO		ALTA MATERNA		MOMENTO EM QUE OCORREU	
<input type="checkbox"/> SEM <input type="checkbox"/> CÉSAR	<input type="checkbox"/> NAT. <input type="checkbox"/> CÉSAR	<input type="checkbox"/> NAT. <input type="checkbox"/> CÉSAR	<input type="checkbox"/> NAT. <input type="checkbox"/> CÉSAR	<input type="checkbox"/> NAT. <input type="checkbox"/> CÉSAR	<input type="checkbox"/> NAT. <input type="checkbox"/> CÉSAR	<input type="checkbox"/> NAT. <input type="checkbox"/> CÉSAR			
MEDICAÇÃO NO PARTO		ANESTESIA LOCAL		ANESTESIA GERAL		ANESTESIA GERAL		ANESTESIA GERAL	
<input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL									
RECÉM-NASCIDO		PESO AO NASCER		IDADE POR EX. FÍSICO		EX. FÍSICO		RN DI A MAE	
<input type="checkbox"/> SEM <input type="checkbox"/> NAT.									
ALIMENTAÇÃO		RN NO PROGRAMA DE RN DE RISCO		ALIMENTAÇÃO		RN NO PROGRAMA DE RN DE RISCO		ALIMENTAÇÃO	
<input type="checkbox"/> MATERNA <input type="checkbox"/> MISTA <input type="checkbox"/> ARTF									

APÓS A ALTA DA MATERNIDADE VOCÊ E SEU BEBÊ DEVEM RETORNAR À POLICLÍNICA

CONSULTA DE PUERPÉRIO

DATA		DIA MES ANO			Nº DIAS PÓS PARTO		CONTRACEPÇÃO		
<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALT.	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALT.	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALT.	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALT.	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALT.	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALT.	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALT.	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALT.	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALT.	
MUCOSAS DESCORADAS		PERÍNEO NORMAL		TOQUE VAGINAL		CONTR. DIAS		ESTERILIZ.	
<input type="checkbox"/> MUCOSAS DESCORADAS	<input type="checkbox"/> MUCOSAS DESCORADAS	<input type="checkbox"/> PERÍNEO NORMAL <input type="checkbox"/> ALT.	<input type="checkbox"/> PERÍNEO NORMAL <input type="checkbox"/> ALT.	<input type="checkbox"/> TOQUE VAGINAL <input type="checkbox"/> ALT.	<input type="checkbox"/> TOQUE VAGINAL <input type="checkbox"/> ALT.	<input type="checkbox"/> CONTR. DIAS <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> CONTR. DIAS <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> ESTERILIZ. <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> ESTERILIZ. <input type="checkbox"/> OUTRO
RETORNO		ENCAMINHAMENTO		ASS.		OBSERVAÇÕES		ALTA PUERPÉRIO	
<input type="checkbox"/> SEM <input type="checkbox"/> NAT.	<input type="checkbox"/> SEM <input type="checkbox"/> NAT.	<input type="checkbox"/> SEM <input type="checkbox"/> NAT.	<input type="checkbox"/> SEM <input type="checkbox"/> NAT.	<input type="checkbox"/> SEM <input type="checkbox"/> NAT.	<input type="checkbox"/> SEM <input type="checkbox"/> NAT.	<input type="checkbox"/> SEM <input type="checkbox"/> NAT.	<input type="checkbox"/> SEM <input type="checkbox"/> NAT.	<input type="checkbox"/> SEM <input type="checkbox"/> NAT.	<input type="checkbox"/> SEM <input type="checkbox"/> NAT.

UNIDADE		NOME		ENFEREIRO		Nº HDA		Nº PRODUTIVO	
<input type="checkbox"/> UNIDADE	<input type="checkbox"/> UNIDADE	<input type="checkbox"/> NOME	<input type="checkbox"/> NOME	<input type="checkbox"/> ENFEREIRO	<input type="checkbox"/> ENFEREIRO	<input type="checkbox"/> Nº HDA	<input type="checkbox"/> Nº HDA	<input type="checkbox"/> Nº PRODUTIVO	<input type="checkbox"/> Nº PRODUTIVO
GESTAÇÃO DE ALTO RISCO?		TIPO SANGÜÍNEO		ALÉRGICA A:		AGENDAMENTO		AGENDAMENTO	
<input type="checkbox"/> GESTAÇÃO DE ALTO RISCO?	<input type="checkbox"/> GESTAÇÃO DE ALTO RISCO?	<input type="checkbox"/> TIPO SANGÜÍNEO	<input type="checkbox"/> TIPO SANGÜÍNEO	<input type="checkbox"/> ALÉRGICA A:	<input type="checkbox"/> ALÉRGICA A:	<input type="checkbox"/> AGENDAMENTO	<input type="checkbox"/> AGENDAMENTO	<input type="checkbox"/> AGENDAMENTO	<input type="checkbox"/> AGENDAMENTO
VACINAÇÃO CONTRA O TETANO		REFERÊNCIA		MANTENHA ESTA CARTEIRA SEMPRE COM VOCÊ		MANTENHA ESTA CARTEIRA SEMPRE COM VOCÊ		MANTENHA ESTA CARTEIRA SEMPRE COM VOCÊ	
<input type="checkbox"/> VACINAÇÃO CONTRA O TETANO	<input type="checkbox"/> VACINAÇÃO CONTRA O TETANO	<input type="checkbox"/> REFERÊNCIA	<input type="checkbox"/> REFERÊNCIA	<input type="checkbox"/> MANTENHA ESTA CARTEIRA SEMPRE COM VOCÊ	<input type="checkbox"/> MANTENHA ESTA CARTEIRA SEMPRE COM VOCÊ	<input type="checkbox"/> MANTENHA ESTA CARTEIRA SEMPRE COM VOCÊ	<input type="checkbox"/> MANTENHA ESTA CARTEIRA SEMPRE COM VOCÊ	<input type="checkbox"/> MANTENHA ESTA CARTEIRA SEMPRE COM VOCÊ	<input type="checkbox"/> MANTENHA ESTA CARTEIRA SEMPRE COM VOCÊ

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CARTEIRA DA GESTANTE

Ficha de Pré-Natal (verso)

AVALIAÇÃO DO RISCO OBSTÉTRICO

 ESTA COM ALTO RISCO OBSTÉTRICO

IDADE (Anos)	ALFABETIZADA	NÍVEL DE INSTRUÇÃO COMPLETO	ESTADO CIVIL / UNIÃO	CHEFE DE FAMÍLIA DESEMPREGADO	RENDIMENTO FAMILIAR MENOR (R\$) S.M.	GRAVÍDEZ É PLANEJADA
Menor de 18	Sim	Primária	Casado	Não	R\$	Acerta
Maiores de 18	Não	Secundária	Cônjuge	Sim		Indesejada
		Terciária	Divorciado			
		Quarta	Viúvo			

ANTECEDENTES		Pessoais		Obstétricos		Outros	
FAMILIARES		Gravidez anterior	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Abortos	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Partos	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Maternal		Gravidez	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Vaginais	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Cesáreas	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Paternal		Gravidez	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Abortos	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Partos	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Filial		Gravidez	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Abortos	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Partos	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Colateral		Gravidez	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Abortos	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Partos	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Outra		Gravidez	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Abortos	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Partos	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

RISCO P/ AIDS	TRANFUSÃO	TUBERCULOSE	HISTÓRIA DE DOENÇAS	GRUPO SANG.	DIABETES	ENFERMIDADE	MÚLTIPLAS GRAVÍDEZES
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim							

EX. CLÍNICO NORMAL	EX. ODONTOL. NORMAL	EX. MAMAS NORMAL	PARANOCIAIS NORMAL	EX. CERVIX NORMAL	PÉLVIS NORMAL	HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVÍDEZ
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim						

SEGUIMENTO PRÉ-NATAL										
CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATA										
SEMANAS DE AMENORRÉIA										
PESO (kg)										
PRESSÃO ARTERIAL MÁX. (MM.HG)										
ALT. UTERINA (CM) / APRESENTAÇÃO (CET. PELV. TR.)										
BCFIMOV. FETAIS										
OBSERVAÇÕES										

ASS. MÉDICA

EXAMES COMPLEMENTARES			
GS	Rh	DATAS / RESULTADOS	OUTROS EXAMES

ANTHIV: OFERECIDO SIM NÃO REALIZADOS: SIM NÃO IGN.

PATOLOGIA NA GRAVÍDEZ / PARTO / PUERPÉRIO					
<input checked="" type="checkbox"/> GESTAÇÃO MÚLTIPLA	<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input checked="" type="checkbox"/> PARASITÓSES	<input checked="" type="checkbox"/> HEMORRAGIA 2º/3º TRIMEST.	<input checked="" type="checkbox"/> HEMORRAGIA PUERPERAL	
<input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA	<input checked="" type="checkbox"/> DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREM.	<input checked="" type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTRA	
<input checked="" type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA	<input checked="" type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA	<input checked="" type="checkbox"/> DESPROP. CEF. PELV.	<input checked="" type="checkbox"/> ROTURA PREMAT. MEMBR.	<input checked="" type="checkbox"/> NENHUMA	
<input checked="" type="checkbox"/> ECLÂMPSIA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES	<input checked="" type="checkbox"/> HEMORRAGIA 1º TRIMEST.	<input checked="" type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPERAL		

OBSERVAÇÕES SUBSEQUENTES:

ANEXO 3 -Ficha de Risco Psicossocial



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
SECRETARIA DE SAÚDE E PAZ
DEPARTAMENTO CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS
SEÇÃO DE PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

ROTEIRO DE RISCO PSICOSSOCIAL		
NOME _____		RG _____
DATA ____/____/____		UNIDADE _____
CRITÉRIO	RISCO PSICOSSOCIAL	
	ALTO	BAIXO
I. NÍVEL DE INSTRUÇÃO ANALFABETA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
II. RENDA FAMILIAR:		
- CHEFE DE FAMÍLIA DESEMPREGADO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
- MENOR OU IGUAL A 1 SALÁRIO MÍNIMO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
III. ATUAL GRAVIDEZ INDESEJADA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
IV. NÚCLEO FAMILIAR:		
- SEM CONVIVÊNCIA DE FAMILIARES	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
- SEM RESIDÊNCIA FIXA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
- COMPOSIÇÃO FAMILIAR > 5 PESSOAS	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
- FILHOS MENORES DE 2 ANOS	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
V. ANTECEDENTES DE DISTÚRBIOS MENTAIS	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
VI. DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
VII. USO DE DROGAS	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
VIII. GESTANTE DE ALTO RISCO OBSTÉTRICO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

ANEXO 4 - Ficha de Critério de Risco: Recém Nascido (frente)

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE		FICHA DE CRITÉRIOS DE RISCO DO RECÉM-NASCIDO	
1 - HOSPITAL: _____			
2 - NOME DA MÃE: _____		3 - IDADE: _____	
4 - ENDEREÇO: _____			
5 - BAIRRO: _____		6 - REFERÊNCIA: _____	
7 - FONE: _____			
8 - DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____		9 - TIPO DE PARTO:	
		<input type="checkbox"/> Normal	
		<input type="checkbox"/> Cesárea	
		<input type="checkbox"/> Fórceps	
		<input type="checkbox"/> Outros: _____	
10 - SEXO:		11 - APAGAR: 1' _____	
		5' _____	
12 - FEZ PRÉ-NATAL?			
<input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Sim			
Nº Consultas _____			
Início: <input type="checkbox"/> 1º trimestre		Qual Serviço?	
<input type="checkbox"/> 2º trimestre		<input type="checkbox"/> Particular/ Convênio	
<input type="checkbox"/> 3º trimestre		<input type="checkbox"/> Serviço Público: <input type="checkbox"/> Policlínica: _____	
<input type="checkbox"/> s/ informação		<input type="checkbox"/> Hospital: _____	
		<input type="checkbox"/> Casa Gestante	

AVALIAÇÃO	NORMAL	RISCO
CRITÉRIOS ISOLADOS		
13 - Peso ao nascer menor ou igual a 2.500 g? _____ g _____ cm	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
14 - Malformação Congênita?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
15 - Mãe HIV positivo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
16 - Criança manifestamente indesejada?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
17 - A criança permaneceu internada?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Motivo: _____ Dia da alta: ____/____/____		
CRITÉRIOS ASSOCIADOS		
18 - Prematuridade (Gestação com 36 semanas ou menos _____ semanas.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
19 - Chefe de família desempregado?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
20 - Irmão menor de 2 anos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
21 - Mãe sem companheiro?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

CONCLUSÃO: RISCO	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
-------------------------	------------------------------	------------------------------

Assinatura: _____ às _____

Importantes: _____

OBS: A) 1(um) critério isolado ou 2 (dois) associados incluirá(ão) a criança no grupo.
B) Os critérios isolados número 13 e 14 e o associado número 18 devem ser avaliados nos registros da criança.

Ficha de Critério de Risco: Recém Nascido (verso)

RELATÓRIO MÉDICO

H.P.M.A.

RESULTADOS DE EXAMES:

TRATAMENTO:

EVOLUÇÃO:

DIAGNÓSTICOS:

CONDIÇÕES DE ALTA / RECOMENDAÇÕES:

DATA: ___/___/___ NOME (CRM): _____