



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA – SEAD
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO A DISTÂNCIA
ESPECIALIZAÇÃO LATO-SENSU EM GESTÃO EM PÚBLICA

MERY ANNE PEREIRA FARIAS

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES GESTANTES DE
ALTO RISCO NO INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS EM JOÃO
PESSOA - PB**

JOÃO PESSOA – PB
2015

MERY ANNE PEREIRA FARIAS

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES GESTANTES DE
ALTO RISCO NO INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS EM JOÃO
PESSOA - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão Pública, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão Pública, no Centro de Ciências Biológicas e Sociais Aplicadas.

Orientadora: Prof^ª Dra. Francinete F. de Sousa.

JOÃO PESSOA – PB
2015

F224p Farias, Mery Anne Pereira
Políticas públicas para as mulheres gestantes de alto risco no
Instituto Cândida Vargas em João Pessoa/Pb [manuscrito] / Mery
Anne Pereira Farias. - 2015.
71 p. : il.

Digitado.
Monografia (Gestão Pública EAD) - Universidade Estadual da
Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à
Distância, 2015.

"Orientação: Profa. Dra. Francinete Fernandes de Sousa,
PROEAD".

1. Políticas Públicas. 2. Saúde Pública. 3. Mulher. I. Título.

21. ed. CDD 379

MERY ANNE PEREIRA FARIAS

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES GESTANTES DE ALTO RISCO NO
INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS EM JOÃO PESSOA – PB**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Graduação à Distância *Lato Sensu* em Gestão Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Área de concentração: Gestão Pública.

Aprovada em: 28 / 03 / 2015.


BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dra Francinete Fernandes de Sousa (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^ª Dra. Jacqueline Echeverría Barrancos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^ª. Ma. Fátima Maria F. de Sousa
Associação de Apoio aos Assentamentos e Comunidades Afro-Descendentes da Paraíba
(AACADE)

Dedico, com carinho, aos meus avós.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter proporcionado mais essa conquista na minha vida, me manteve forte, corajosa e sábia. A ele toda a Honra e toda Glória.

A Agostinho Jorge de Lima pela atenção, carinho e paciência.

À diretoria do Instituto Cândida Vargas pela oportunidade e seriedade a minha pesquisa ora apresentada, especialmente Ana de Lourdes Vieira Fernandes.

À professora Dra. Francinete Fernandes de Sousa pela contribuição, dedicação e atenção na pesquisa, ora apresentada.

Às professoras Dra. Jacqueline Echeveria Barrancos e Ms. Fátima Maria Fernandes de Sousa pela atenção e aceitação em participarem da banca.

À professora Ms. Simone Monteiro de Oliveira pela atenção e presença constante durante todo o curso da especialização em Gestão Pública.

A todos os colegas da turma 2013.1 que compartilharam o conhecimento por meio de discussões positivas e importantes em sala de aula na expansão do curso de especialização em Gestão Pública, sempre concordando e discordando quando necessário.

Ao Amigo Josivan Soares Ferreira pela amizade, atenção, alegria e companheirismo.

À Amiga Risomar Ferreira da Costa pela amizade e momentos alegres.

À Amiga Elisalda Cunha Leite pela paciência que tem comigo, pelos descontos dados nos momentos de stress e pela amizade sincera.

Aos professores da UEPB pela contribuição positiva na minha formação de opinião.

"A Verdadeira coragem é ir atrás de seus sonhos mesmo quando todos dizem que ele é impossível." (Cora Coralina)

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo apresentar um estudo introdutório sobre as políticas públicas para as mulheres gestantes de alto risco desenvolvidas no Instituto Cândida Vargas em João Pessoa-PB. A proposta nasceu a partir da observação de problemas na identificação de gestantes de alto risco que buscam o atendimento no ICV – a única instituição de saúde pública de referência em gestação de alto risco na Paraíba. Sabe-se que a saúde da mulher não pode ser vista só em ciclo reprodutivo e sim de forma integral, pois várias doenças acometem sua vida profissional, pessoal e social. Para a execução desta pesquisa, usou-se como método a pesquisa qualitativa. O estudo fundamentou-se nos aportes teóricos sobre o Sistema Único de Saúde-SUS, apresentados por Vasconcelos e Pasche (2009). Discorre-se as ações e alcances das políticas públicas apresentadas por Lopes, Amaral e Caldas (2008). Elenca-se as metodologias e técnicas elencadas pelo método “Mãe-Canguru” – repercussões sobre a amamentação e aspectos clínicos de recém-nascidos pré-termo de baixo peso” discutidas por Padilha e Steidl (2015). Foram utilizados como material documental 21 (vinte e um) prontuários e, com a análise dos dados, chegou-se a considerações gerais, entre elas, a de que a gestação de alto risco, não tem sido informada de maneira clara sobre seus problemas e que é necessária maior atenção dos setores públicos – através de uma campanha de orientação em diversos espaços, além do hospital – para com a redução da mortalidade materna e infantil na Paraíba.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Mulher. Instituto Cândida Vargas.

ABSTRACT

This research aims to present an introductory study on public policies for high-risk pregnant women in developed Candida Vargas Institute in João Pessoa-PB. The proposal was born from the observation of problems in identifying high-risk pregnant women seeking care in the ICV - the only public health institution of reference in high-risk pregnancies in Paraíba. It is known that women's health can not be seen only in the reproductive cycle, but fully, because many diseases affecting their professional, personal and social life. In carrying out this research, it was used as a method qualitative research. The study was based on the theoretical contributions of the Health-SUS System, presented by Vasconcelos and Pasche (2009). Talks up the actions and achievements of public policies presented by Lopes Amaral and Caldas (2008). Lists the methodologies and techniques listed by the "Kangaroo Mother Care" - effects on breastfeeding and clinical aspects of newborn preterm low birth weight "discussed by Padilha and Steidl (2015). Were used as documentary material 21 (twenty one) records, and with the analysis of the data, we come up to general considerations, among them, that the high-risk pregnancy, has not been informed clearly about their problems and need for more attention from the public sector - through an orientation campaign in several areas, beyond the hospital - for the reduction of maternal and infant mortality in Paraíba.

Keywords: Public Policy. Woman. Cândida Vargas Institute.

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIH	Assessoria de Informação Hospitalar
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRM	Conselho Nacional de Medicina
CONARQ	Conselho Nacional de Arquivologia
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
DPP	Deslocamento Prematuro de Placenta
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
GUTT	Gestação Única Termo Tópica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ITU	Infecção do Trato Urinário
ICV	Instituto Cândida Vargas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
PE	Pré-Eclâmpsia
RN	Recém-Nascido
SDMDI	Guia de Sistema de Distribuição de Medicamentos por dose Individual
SUS	Sistema Único de Saúde
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SISREG	Sistema de Regulamentação
TP	Trabalho de Parto
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNIPÊ	Centro Universitário de João Pessoa
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
3	METODOLOGIA	16
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	16
3.2	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	17
4	INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS – ICV: breve histórico	19
5	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES: um estudo introdutório	22
5.1	PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER	24
6	PROMOÇÃO E SAÚDE DA MULHER GESTANTE NA PARAÍBA	28
7	PERFIL DA MULHER GESTANTE DE ALTO RISCO NO ICV	31
8	DADOS E ANÁLISES: desvelando o objeto de estudo	35
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
	REFERÊNCIAS.....	54
	ANEXOS.....	57

1 INTRODUÇÃO

A busca de igualdade social, econômica e profissional levou as mulheres a percorrer as vias políticas para que seus direitos sejam respeitados e materializados. A partir de 2003, com o governo da Presidente Dilma Rousseff, a primeira presidente mulher a governar nosso país, houve uma intensificação na luta pela valorização da mulher.

Essa empreitada não é tarefa fácil em uma sociedade machista e centralizadora da figura masculina enquanto provedor do lar, de decisões políticas, econômicas e sociais. A fim de encontrar meios para que seu bem-estar seja alcançado, as mulheres lutaram, no Brasil, principalmente junto aos órgãos governamentais, tendo uma atuação ainda um pouco tímida nas vias políticas. No governo da Presidente Dilma Rousseff, as políticas públicas para mulheres encontraram maior expressividade a partir da criação de secretarias e, sobretudo, sendo inseridas nas pautas das políticas públicas sociais urgentes dedicada esse segmento da população, no sentido de consolidar e ampliar os direitos da mulher. Acredita-se que pelo fato de termos a primeira presidente mulher a governar nosso país, essas políticas públicas tenham se intensificado e a luta pela saúde da mulher teve maior visibilidade.

Na 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, a Presidente Dilma Rousseff participou e reiterou o seu compromisso ao dizer “Eu tenho o compromisso inabalável – e reafirmo aqui – de aprofundar as políticas de igualdade de gênero no nosso país” (BRASIL - 3ª CNPM, 2011).

Dentre os princípios orientadores da Política Nacional para as Mulheres no Plano Nacional para as Mulheres aprovada em 2004 e referendada em 2007 e 2011, pelas respectivas conferências para o seu fortalecimento, temos:

- ✓ Autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida;
- ✓ Busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos;
- ✓ Respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação;
- ✓ Caráter laico do Estado;
- ✓ Universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado;
- ✓ Participação ativa das mulheres em todas as fases das políticas públicas; e
- ✓ Transversalidade como princípio orientador de todas as políticas públicas.

Com esses princípios seguem-se o compromisso de luta pela consolidação dos direitos humanos das mulheres em todas suas faces e dimensões. O item universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado já contempla de imediato o propósito da nossa investigação, pois ele nos permite averiguar como têm sido desenvolvidas as políticas para mulheres quanto às suas necessidades de cuidados em casos de gravidez de risco.

Sabe-se que as mulheres têm conquistado mais espaço nos âmbitos da educação progressiva e do trabalho profissional. Atualmente, muitas delas desenvolvem e assumem funções e atividades, que antes erram apenas somente realizadas por homens. Isso é ainda motivo de assimilação pelo mercado que não estava acostumado com tantas mulheres e estas, além de seus trabalhos domésticos, ainda devem ter disposição para assumir compromissos sociais.

Assim, esse olhar voltado para a mulher contemporânea despertou-nos para a pesquisa científica no Instituto Cândida Vargas. Objetivando saber que atendimentos são disponibilizados pelo Instituto e que perfil de mulher se enquadra na busca desse atendimento. Além de buscar verificar que contribuições podem ser elencadas para fortalecer uma política pública para mulheres gestantes de alto risco no município de João Pessoa. *O locus* da pesquisa foi o Instituto Cândida Vargas, como dito anteriormente, uma vez que ele é referência no Estado da Paraíba por prestar assistência a mulheres em idade fértil e gestacional, não só do município, mas de todo o Estado da Paraíba.

Em relação à estrutura, esta monografia foi dividida em oito capítulos. Na introdução, mostramos como surgiu este trabalho, sua justificativa e apresentamos a problematização, esboçando algumas considerações sobre a escolha do tema; no segundo, definimos o objetivo geral e os objetivos específicos; no terceiro, tecemos algumas considerações acerca dos caminhos metodológicos, do conceito e método e metodologia, além da caracterização da pesquisa; no quarto capítulo, intitulado O Instituto Cândida Vargas-ICV: breve histórico, apresentamos a instituição, sua finalidade, sua estrutura organizacional e alguns projetos desenvolvidos junto à saúde da mulher gestante. Também destacamos a legislação de criação e norma da ICV; o quinto capítulo denominado Políticas públicas de saúde para as mulheres: um estudo introdutório, apresenta-se com brevidade a criação e desenvolvimento das políticas

públicas para as mulheres em nível nacional e no município de João Pessoa, seu alcance, objetivos entre outros.

No sexto capítulo – Promoção e saúde da mulher gestante na Paraíba – discorre-se sobre os programas, projetos e ações para o tratamento da saúde da mulher gestante no estado da Paraíba, como também apresentam-se as questões legais, administrativas e de saúde. No sétimo capítulo, tece-se o perfil da mulher gestante de alto risco no ICV, com objetivo de apresentar e discorrer quem são as mulheres gestantes assistidas pelo instituto e como as políticas sociais para a saúde da mulher no município de João Pessoa se aplica.

No oitavo capítulo – Dados e análises: desvelando o objeto de estudo– procedeu-se a análise do conteúdo dos prontuários e seus aspectos clínicas. Por fim, tecemos nas considerações finais, algumas reflexões sobre o trabalho desenvolvido, deixando algumas sugestões a partir das inquietações para pesquisas futuras.

2 OBJETIVOS

Os objetivos em uma pesquisa servem para delimitar o universo investigado e, a partir deles, traçar caminhos para sua consecução e estabelecimento de uma linha de coerência em relação ao objeto estudado (Eco, 1995).

2.1 Objetivo Geral

Apresentar um estudo introdutório sobre as políticas públicas para as mulheres gestantes de alto risco desenvolvidas no Instituto Cândida Vargas - ICV em João Pessoa-PB.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar os serviços de saúde para a mulher desenvolvidos no ICV.
- ✓ Apresentar o perfil da mulher gestante de alto;
- ✓ Analisar os dados sobre a saúde da mulher gestante de alto risco ICV.

3 METODOLOGIA

A metodologia científica, grosso modo, visa estabelecer formas de condução da pesquisa científica, através da escolha dos métodos e técnicas. Apresentamos neste capítulo o método que norteará o objeto conforme o tema abordado.

Segundo Michel (2009, p. 35) a metodologia é um caminho que se traça para se atingir um objetivo qualquer. Sendo assim, esse autor afirma que a metodologia científica é um caminho que procura a verdade num processo de pesquisa, ou aquisição de conhecimento. Ou seja, “a metodologia se preocupa em estabelecer formas de como se chegar a isto, através da pesquisa científica” (MICHEL, 2009, p. 34).

No que concerne à pesquisa científica esta é “[...] essencialmente, um procedimento intelectual, racional, fruto de curiosidade e indagação” (MICHEL, 2009, p.36). Por isso, que o pesquisador utiliza-se de métodos e técnicas adequados à questão e procura aprofundar seus conhecimentos buscando interpretar seus resultados obtidos.

3.1 Caracterização da Pesquisa

No caso particular do nosso objeto de estudo classificamos como uma pesquisa exploratória e documental. Segundo Mattar (1999 apud OLIVEIRA, 2003, p.73), “a pesquisa exploratória visa prover o pesquisador de um maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa em perspectiva”. Por isto, é apropriada para os primeiros estágios da investigação quando a familiaridade, o conhecimento e a compreensão do fenômeno por parte do pesquisador são, geralmente, insuficientes ou inexistentes. Já a pesquisa documental envolve investigação de documentos internos de uma instituição ou organização. Em nosso caso, os dois itens metodológicos são essenciais, pois como investigador temos o acesso aos prontuários médicos e ao mesmo tempo a própria especialização nos ofereceu uma bibliografia que contempla o objeto de estudo.

Para Gil (1993, p.45 apud MICHEL, 2009, p.40) estudo exploratório visa “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições”.

Temos nesta pesquisa a abordagem qualitativa, que segundo Michel (2009, p.36) “a pesquisa qualitativa considera que há relação dinâmica, particular, contextual e temporal entre o pesquisador e o objeto de estudo.”

Para Downey & Ireland (1979, p.635 apud NEVES, 2003, p. 3), “os métodos qualitativos tem um papel importante no campo dos estudos organizacionais”. A análise qualitativa, para nosso objeto, se tornou uma maneira eficiente e eficaz de explicitação da problemática, uma vez que queríamos encontrar uma solução para nossa instituição pública, a qual integramos e temos acesso a documentos a serem analisados, bem como conhecemos bem o seu contexto.

3.2 Instrumentos de Coleta de Dados

A escolha dos instrumentos de coleta de dados ou levantamento de dados constitui-se em uma importante etapa para a realização da pesquisa. Assim, tais instrumentos devem manter uma relação concisa com a metodologia adaptada de acordo com o problema estudado.

Segundo Andrade (2006, p.145) os “instrumentos de pesquisa são os meios através dos quais se aplicam as técnicas selecionadas”. Contudo, a organização dos instrumentos de investigação necessita de tempo (MARCONI E LAKATOS, 2008).

Para o levantamento de dados foi utilizado a pesquisa documental que conforme Zanella (2009.p.155) “envolve a investigação em documentos internos [da organização] ou externos [governamentais, de organizações não-governamentais ou instituições de pesquisa, dentre outras]”.

Sua característica é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, e podem ser feitos antes ou depois do fato ou fenômeno ocorrido (MARCONI E LAKATOS, 2008).

É uma técnica de interpretação indicada para arquivos públicos, em que “a pesquisa documental, tem-se como fonte documentos no sentido amplo (...) mas, sobretudo de outros tipos de documentos, tais como jornais (...), documentos legais (SEVERINO, 2007, p.122)”. Esses conteúdos do documento não tiveram, a priori, tratamento analítico, então, o pesquisador dará sua contribuição desenvolvendo sua investigação e análise.

É também, uma pesquisa bibliográfica, onde suas fontes secundárias são os livros, monografias, teses, revistas, ou seja, o tema abordado tornou-se público. Para Marconi e Lakatos (2008, p. 185) “(...) é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, (...)”. Considerada uma pesquisa básica que não pode se “esgotar” em si mesma.

O recorte para a pesquisa foram vinte e um prontuários de pacientes, sendo onze prontuários do ano de 2013 e dez prontuários do ano de 2014, considerando as demonstrações para o parto de alto risco com as especificidades acometidas com a paciente.

A técnica escolhida para a análise dos dados nesta pesquisa foi análise do conteúdo. Conforme Zanella (2009, p.126)

A análise de conteúdo trabalha com materiais textuais escritos, tanto textos que são resultados do processo de pesquisa (...), como textos que foram produzidos fora do ambiente de pesquisa como jornais, livros e documentos internos e externos das organizações.

No nosso caso, trabalhamos com os prontuários médicos das pacientes de alto risco e esta abordagem garantiu a resposta que buscamos.

Para realizar a análise do conteúdo, devem-se cumprir três etapas básicas: pré-análise, descrição analítica e interpretação referencial como assinala Bardin (1977 apud TRIVIÑOS 2008).

Segundo a autora Zanella (2009) define as etapas sendo:

Pré-análise [...] a fase de escolha e organização do material. A escolha do material depende do que você procura e do que espera encontrar. Tem como orientação a questão norteadora ou problema de pesquisa e os objetivos. Após a reunião das informações obtidas nas entrevistas, nos documentos e nas anotações resultado das observações você inicia o processo com uma leitura geral que Bardin (1985) chama de “leitura flutuante”.

Na descrição analítica – também conhecida de “Análise do material ou descrição analítica do conteúdo” – o material é submetido a um estudo aprofundado orientado pela pergunta de pesquisa, pelos objetivos, pelo referencial teórico-metodológico. O recorte para análise foi de (21) vinte e um prontuários, sendo onze prontuários do ano dois mil e treze e dez prontuários do ano de dois mil e quatorze, realizados especificamente em mulheres por se tratar de um hospital especializado na saúde da mulher. Foram construídas fichas para identificar gestantes de alto risco com informações que o prontuário disponibiliza para melhor coleta e análise dos dados.

4 O INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS - ICV: breve histórico.

A Maternidade Cândida Vargas foi construída através da Legião Brasileira de Assistência (LBA), obras iniciadas no dia 02 de fevereiro de 1942 e concluídas após três anos, quando foi inaugurada em 16 de agosto de 1945.

Segundo Mendonça (2004), o trabalho na maternidade era todo executado por parteiras. O médico ficava em sua residência e era chamado por telefone quando os partos se complicavam. Até o final do século XIX não havia anestesistas em João Pessoa, os anestésicos para as intervenções cirúrgicas eram o clorofórmio, sendo aplicado com um funil de papelão. Até 1979, a maternidade era administrada pela LBA, após esse tempo o INAMPS assumiu a administração da Cândida Vargas.

Em 1991, foi criado o Instituto Cândida Vargas, através da Lei nº 6.592 de 26/12/1990 pelo Prefeito Carlos Mangueira. Esse Instituto agora tinha autonomia administrativa e financeira, mas continuou subordinado à Secretaria Municipal de Saúde. Sua manutenção na época era através do SUS e convênios de plano de saúde. Atualmente os recursos são através do SUS.

O Instituto ainda conta com título “Hospital Amigo da Criança”, concedido pelo Fundo das Nações Unidas para a infância - UNICEF e Ministério da Saúde desde 1997. o “Método Mães Canguru”, instituído desde 1999, é uma técnica voltada para mães com partos prematuros e, com isso, voltado para a redução de mortalidade infantil neste nosocômio.

Segundo o Regimento Interno o Instituto Cândida Vargas está constituído da Lei nº 6.592/90 dos artigos 1º parágrafo 1º e 9º, incisos II e III da Lei Complementar 11/97, é órgão vinculado à Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, sua finalidade em administrar a maternidade e assessorar a Secretaria de Saúde nas ações de assistência de obstetrícia e neonatologia a benefícios nas áreas hospitalar e ambulatorial, envolvendo clínicas médico-cirúrgicos e médico complementar.

Ao Instituto compete, na esfera administrativa, exercer as funções que lhe são deferidas em lei: regular as atribuições de seu pessoal técnico e administrativo, deliberar sobre matérias de caráter técnico e administrativo, ligadas às suas atribuições. E na esfera técnica compete, desempenhar as atribuições referidas no Decreto nº 3.133 de 20 de janeiro de 1997, e no artigo 2º incisos I e II deste regimento.

Sua estrutura organizacional de acordo com o Regimento está estruturada da seguinte forma:

I Direção superior – a) Direção Geral, II Órgão de assessoramento – a) Diretor geral adjunto b) Diretor de ensino e treinamento, III Órgãos de natureza instrumental – a) Divisão de administração e finanças b) Núcleo de administração geral c) Seção de serviços gerais d) Seção de lavanderia e rouparia e) Seção de almoxarifado f) Seção de pessoal g) Seção de informática h) Núcleo financeiro e orçamentário i) Seção de contabilidade j) Seção de contas médicas k) Seção de tesouraria l) Divisão clínica m) Núcleo médico auxiliar n) Seção de nutrição o) Setor de abastecimento, produção e distribuição p) Seção de psicologia q) Seção de serviço social r) Seção de enfermagem s) Centro cirúrgico obstétrico t) Centro de material de esterilização u) Seção de laboratório e análises clínicas v) farmácia w) farmacotécnica x) Seção de clínica obstétrica y) setor hematologia z) setor de ambulatório aa) Seção de anestesiologia bb) Seção de neonatologia cc) Seção neonatologia dd) Uti ee) Seção de gestação de alto risco ff) Divisão de programas especiais.

As atividades desenvolvidas no Arquivo Médico do ICV são:

- Entrada e Saída dos Prontuários
- Informações confidenciais
- Emissão de declarações
- Recebimento de documentos de outros setores.

O Instituto Cândida Vargas é de serviço público de saúde e presta assistência ambulatorial e hospitalar, dentro da rede de serviço da Secretaria Municipal de Saúde do município de João Pessoa, fazendo parte do Sistema Único de Saúde (SUS).

É referência no estado por prestar assistência a mulheres em idade fértil, atendendo uma demanda de outros municípios adjacentes do estado da Paraíba.

Mantém convênio com diversas instituições de Ensino Técnico profissionalizante e Superior dentre as quais a UFPB, UNIPÊ, Faculdade de Ciências Médicas.

Atualmente o instituto passa por algumas reformas para melhor atender as usuárias, como a criação da UTI Materna para melhor assistir as pacientes internadas, a UTI Neonatal para melhor tratamento ao recém nascido, a criação de um anexo voltado só para a administração, e o local anterior onde localizava-se os setores administrativos foram direcionados para mais enfermarias todas climatizadas, aumentando assim o número de leitos e também a criação do banco de leite materno intitulado de Zilda Arns em homenagem a grande mulher que tinha um trabalho social reconhecido no Brasil.

De acordo com a Lei nº 6.592 de 26/12/1990, que dispõe sobre a criação, estrutura e funcionamento do ICV e adota outras providências correlatas, temos:

Art.3º - O ICV tem por finalidade especial administrar a Maternidade Cândida Vargas competindo-lhe, ainda, assessorar a Secretaria de Saúde do Município nas ações de assistência de obstetrícia, ginecologia e neonatologia a beneficiários nas áreas hospitalar e ambulatorial, envolvendo clinicas médico-cirúrgicas e médico complementar.

Ou seja, é visível que o Instituto Cândida Vargas possui sua autonomia, mas complementa-se com a Secretaria Municipal de Saúde pelas ações que a unidade hospitalar desenvolve com os seus serviços prestados à sociedade.

5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES: um estudo introdutório

As políticas nacionais de saúde foram incorporadas nas primeiras décadas do século XX, orientada para a gravidez e o parto.

A assistência à mulher era preconizada nas ações materno-infantis. Com o movimento feminista brasileiro esses programas foram criticados pelo fato de que o cuidado com as mulheres estavam reduzidos a apenas alguns itens de saúde no ciclo gravídico-puerperal. E que, na maior parte de sua vida, elas estariam descobertas da atenção de outros cuidados que se faziam necessários, além desse ciclo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática, visto que, a saúde da mulher no sistema estava limitada ao gravídico-puerperal.

Assim, o PAISM trouxe para o social a integralidade da mulher numa saúde completa, não isolada, que se demanda desde sua decisão de planejar sua família e que, antes o cuidado era apenas com a reprodução.

De outra parte o PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

A saúde produtiva da mulher destacou-se na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento conhecida também como “Conferência do Cairo” em 1994. Dessa forma, define-se saúde produtiva da mulher:

“um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (CIPD, 1994.p 8).

A mulher passa a ter sua escolha respeitada, o município tem a responsabilidade de disponibilizar serviços de saúde, prevenção e informação do fluxo de atendimento para a população sobre seu funcionamento por meio de implantação e implementação de uma política pública integrada.

A lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, criou o Sistema Único de Saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema complexo, e não se resume apenas na prestação de serviços assistenciais. É um sistema responsável em articular e coordenar ações promocionais e de prevenção para a cura e a reabilitação.

Segundo Vasconcelos e Pasche (2009, p.531)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do Sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim.

A legitimidade do SUS confere os princípios doutrinatórios que são: a Universalidade, a Integralidade e a Equidade. Princípios esses que os autores descrevem como sendo:

A Universalidade assegura o direito a saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema. (...), A Integralidade (...), visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos (...). A Equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à igualdade (...). (VASCONCELOS E PASCHE, 2009, p. 535)

Com o SUS o Brasil universalizou o serviço de atendimento de saúde para toda a cidadania sem restrições ao contrário do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS que assegurava apenas os trabalhadores.

Para a concretização da organização do Sistema Único de Saúde para que o sistema funcione temos: a Regionalização e Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização, Participação dos Cidadãos e Complementariedade do setor privado.

A Constituição Federal de 1988 é um marco para a relevância da saúde pública no Brasil, pois, com a criação do SUS pôde-se organizar planos na esfera regional, ações do Ministério da saúde, nos serviços estaduais e municipais.

Nesse sentido a cartilha do SEBRAE “Políticas Públicas: conceitos e práticas” preconiza que as

Políticas Públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. É certo que as ações que os dirigentes públicos (os governantes ou os tomadores de decisões) selecionam, e suas prioridades, são aquelas que eles entendem serem as demandas ou expectativas da sociedade (SEBRAE, 2008).

Dessa forma, as políticas públicas servem para aproximar a sociedade aos poderes públicos por meio de audiências públicas em que o poder legislativo ou executivo, direta ou indiretamente, formule as demandas.

Nem sempre o que a sociedade expõe será atendido pelo poder executivo, pois as colocações feitas são muito inconsistentes cabendo assim, ao executivo, decidir de forma coerente e que atenda a toda população de maneira igualitária. Assim, as políticas públicas surgem como programas, ações e atividades, com os direitos assegurados constitucionalmente ou por reconhecimento da sociedade e pelos poderes públicos.

5.1 Programas de Assistência à Saúde da Mulher no Brasil

Ao discorrer sobre os programas de assistência à saúde da mulher podemos citar dois programas:

- ✓ Programa Materno-Infantil (PMI, 1975).
- ✓ Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1984).

Segundo MS (2011), em 1975 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo propósito era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança.

O programa objetivava concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de cinco anos.

Entre suas diretrizes básicas destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil. Esse programa foi construído no período do regime militar.

Compreendido em seis subprogramas, segundo o MS (2011) são eles:

- ✓ Assistência Materna;
- ✓ Assistência à Criança e ao Adolescente;
- ✓ Expansão da Assistência Materno-Infantil;
- ✓ Suplementação Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PNS/INAN);
- ✓ Educação para a Saúde;
- ✓ Capacitação de Recursos Humanos.

Diferente do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher que foi discutido e implantado de forma transitória democrática proveniente do movimento de mulheres. Esse programa funcionava de forma integrada para saúde da mulher e da criança.

Nesse sentido, as principais ações relacionadas ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança – PAISC (M.S.2011) são:

- ✓ PAISM: assistência pré-natal; prevenção da mortalidade materna; doenças sexualmente transmissíveis; assistência ao parto e puerpério; planejamento familiar; controle do câncer ginecológico e mamário; promoção ao parto normal.
- ✓ PAISC: crescimento e desenvolvimento; controle das diarreias e desidratação; controle das infecções respiratórias agudas (IRA); prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações; assistência ao recém-nascido.

Assim, o Ministério da Saúde para melhor atender a população sem restrições disponibiliza manuais técnicos especializados na prestação do serviço e atendimento em saúde para que os profissionais desenvolvam suas atividades padronizadas na assistência.

Os Manuais consistem em Manual Técnico Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru, Manual Técnico Gestação de Alto Risco, Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, entre outros.

Nesse sentido, o Método Canguru é um modelo de assistência preconizada pelo Ministério da Saúde com medidas para a qualidade da atenção a saúde prestada à gestante, ao recém-nascido e sua família.

Este método foi idealizado na Colômbia, no ano de 1978, na cidade de Bogotá no Instituto Materno Infantil pelos médicos neonatologistas Dr. Reys Sanabria e Dr. Hector Martinez.

De acordo com Padilha, Steidl e Braz (s.d)

O método foi desenvolvido em 1978, na cidade de Bogotá, na Colômbia, pelos médicos neonatologistas Edgar Rey Sanabria e Héctor Martínez Gómez. Preocupados com a elevada taxa de nascimentos prematuros, que, por necessidade, mantinham as crianças juntas na mesma incubadora, acarretando elevado percentual de mortalidade neonatal, observaram que o canguru nasce prematuro e permanece na bolsa da mãe até completar o tempo de gestação, bem como a forma como as índias colombianas carregavam seus bebês e resolveram adaptá-la para a assistência neonatal, colocando o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe (PADILHA, STEIDL E BRAZ s.d apud ANDRADE E GUEDES, 2005).

Para fortalecer o Brasil o Ministério da Saúde criou “O Manual Técnico do Método Canguru” para somar às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. No Brasil na década de 1990, foi introduzido o Método Canguru em algumas unidades de saúde sendo incorporado às políticas de saúde no campo perinatal.

O Instituto Cândida Vargas está entre as unidades de saúde que incorporou na sua assistência o Método Canguru seguindo as orientações do Ministério da Saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS priorizando a saúde da mãe e do recém-nascido prematuro e de baixo peso.

O Método Canguru foi incorporado no ICV no ano de 1999, ou seja, há 15 anos. O serviço é prestado com muito cuidado e zelo aos paraibanos. No mês de maio de 2014 o ICV recebeu do Ministério da Saúde a certificação que o atesta como “Centro de Referência Estadual para o Método Mãe Canguru”.

Essa certificação fortalece a instituição, uma vez que o Ministério da Saúde reconhece a importância do serviço, assim como a qualidade a atenção à saúde humanizada aos recém-nascidos prematuros de baixo peso renovando o compromisso desta instituição na redução da mortalidade materna e neonatal no município de João Pessoa.

Segundo dados do ICV, a cada mês são realizados cerca de 700 partos – uma referência na Paraíba que oferece acompanhamento pré-natal e banco de leite para casos de mães que não conseguem amamentar.

O banco de leite humano desse instituto existe desde 2000 e tem o nome Zilda Arns, mulher que lutou contra a desnutrição e a mortalidade infantil. Entre os serviços que banco de leite realiza, temos o trabalho de conscientização, coleta, armazenagem e distribuição do leite materno e que ajuda a salvar bebês prematuros e doentes.

Segundo o “Manual Técnico do Método Canguru” (2013, p.12)

No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais, que compreendemos problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, mais comuns em bebês pré-termo e de baixo peso. Além disso, muitos bebês são acometidos de distúrbios metabólicos, dificuldades para se alimentar e para regular a temperatura corporal.

Assim, o manual serve para atender de forma prática as dificuldades que acometam o recém-nascido, evitando a mortalidade infantil pelas diversas complicações ao nascimento.

6 PROMOÇÃO E SAÚDE DA MULHER GESTANTE NA PARAÍBA

A mortalidade materna e infantil tem sido discussão em eventos realizados na Paraíba. Seu objetivo para essa discussão é promover a redução da mortalidade materna e infantil que acomete as mulheres paraibanas, seja por ausência de pré-natal, ausência de condições ambientais, aumento de doenças infecciosas entre outros.

No ano de 2013, foi realizado em João Pessoa (PB) o “Seminário Saúde da Mulher e Mortalidade Materna - 10 anos de ODM”. Esse evento foi organizado pela BEMFAM-PB - Bem-Estar Familiar no Brasil, em parceria com o “Nós Podemos Paraíba” e com apoio do SESI-PB e núcleo estadual. O encontro foi uma oportunidade de melhorar a saúde materna por meio de fortalecimento do diálogo e da parceria entre governo e sociedade civil e promoção da municipalização das ações de saúde da mulher.

De acordo com a ODM, são ações que podem melhorar a saúde das gestantes na atenção básica:

- ✓ Realizar busca ativa das gestantes faltosas inscritas no pré natal;
- ✓ Garantir acesso a medicamentos necessários;
- ✓ Assegurar acesso à atenção especializada quando necessário;
- ✓ Ampliar a formação de grupos de gestantes para a realização de ações de promoção da saúde e interação com a equipe multiprofissional;
- ✓ Agendar as consultas durante o pré-natal de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde;
- ✓ Identificar situações de risco durante o pré-natal referenciando com agilidade de modo a garantir a saúde da mãe e do filho;
- ✓ Promover a garantia de transporte adequado para a maternidade;
- ✓ Assegurar a referência hospitalar para o parto;
- ✓ Promover assistência domiciliar durante o puerpério para mãe e filho;
- ✓ Implementar ações para a manutenção da saúde materna e infantil.

Sendo assim, a Paraíba tem um grande desafio, segundo a meta da ODM até 2015, é reduzir três quartos a taxa de mortalidade materna e dois terços a mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos. É certo, que só será alcançado com a promoção integral da saúde das mulheres em idade reprodutiva e a presença de pessoal qualificado na hora do parto, isso será o reflexo do desenvolvimento de sistemas integrados de saúde pública.

6.1 Serviços de Saúde para a Mulher no Instituto Cândida Vargas-ICV

O ICV, responsável pela saúde da mulher em João Pessoa, abrange não só a capital, mas toda a Paraíba ofertando serviço ambulatorial e hospitalar. No que se refere aos serviços especializados temos a atenção às pessoas em situação de violência sexual, usuárias que sofrem qualquer tipo de violência sexual doméstica, na rua, no trabalho são atendidas com todos os cuidados que o caso requer, sendo acompanhadas de equipe multiprofissional como assistentes sociais, psicólogas e equipe médica.

O serviço de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, acompanhamento integral a usuárias do início da gestação ao parto de alto risco e acompanhamento ao recém-nascido, logo o ICV é referência na capital e na Paraíba nesse atendimento.

O Serviço de atenção domiciliar, disponibilizado pelo banco de leite humano existente no ICV, para usuárias que produz muito leite e desejam doar para o instituto para suprir as necessidades de nutrição em recém-nascidos de baixo peso. Qualquer pessoa que esteja amamentando e queira fazer essa doação, uma equipe é disponibilizada para fazer essa coleta em domicílio sem com que a mesma se ausente de sua residência.

O serviço de atenção psicossocial, para pacientes internadas que apresenta algum stress, perda, tristeza entre outros.

O serviço de diagnóstico por anatomia patológica e ou citopatológica. Anatomia patológica é o diagnóstico das doenças baseado no exame macroscópico de peças cirúrgicas e microscópicas para o exame de células e tecidos. O exame citopatológico, inclusive o "preventivo ginecológico", envolve uma avaliação morfológica celular a caráter de exame complementar e determinante para a detecção, por exemplo, de uma pré-malignidade, que quando associado a um quadro clínico específico, permite ao médico analisar claramente o paciente e direcionar um tratamento específico.

O serviço de diagnóstico por imagem, sendo em sua variedade vários tipos de ultra-sonografia, disponibilizados para atender pacientes internas e usuárias externas, radiologia apenas para pacientes internas. Responsabilidade do ICV em prestar uma avaliação adequada e segura.

O serviço de diagnóstico por laboratório clínico, diversos exames são realizados e disponibilizados para pacientes internas e usuárias externas, como colesterol, Beta HCG (Human Chorionic Gonadotropin que significa Gonadotrofina Coriônica Humana), ou seja, o conhecido teste de gravidez, tipo sanguíneo, entre outros.

O serviço de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos são os eletrocardiogramas para usuárias externas e pacientes internas, o ecocardiograma apenas para pacientes internadas. Ainda tem o serviço de farmácia, serviço de fisioterapia, serviço de hemoterapia, serviço de suporte nutricional entre outros.

7. PERFIL DA MULHER GESTANTE DE ALTO RISCO NO ICV

De acordo com a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes do Ministério da Saúde” a mulher compreende idade fértil dos 10 aos 49 anos. Sendo que, dependendo da idade a mulher, durante a gestação pode desencadear algumas complicações de saúde. Se isso ocorrer, ela se enquadrará numa gestação de alto risco, em que necessitará da atenção de cuidados médicos especializados.

Para o MS (2010) Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. (Ministério da Saúde, 2010, p.11 apud CALDEYRO-BARCIA, 1973)

Podem-se identificar alguns problemas de saúde numa gestação de alto risco que poderão alertar a equipe de saúde numa vigilância quanto ao surgimento de eventual fato complicador que acometa a mãe e o bebê.

Algumas gestações iniciam-se saudáveis e, em qualquer momento da evolução gestacional, podem se tornar de risco. Assim, faz-se necessário a reclassificação do risco a cada consulta de pré-natal, seguindo ao trabalho de parto.

Segundo recomendações do MS, os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico, e possam ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.11).

Numa gestação de baixo risco, de acordo com o Manual Técnico Gestação de Alto Risco (2012), a paciente apresentará os seguintes fatores que se dividem:

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- ✓ Idade maior que 35 anos;
- ✓ Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos¹;
- ✓ Altura menor que 1,45m;
- ✓ Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30);
- ✓ Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
- ✓ Situação conjugal insegura;
- ✓ Conflitos familiares;
- ✓ Baixa escolaridade;
- ✓ Condições ambientais desfavoráveis;
- ✓ Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- ✓ Hábitos de vida – fumo e álcool;
- ✓ Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

2. História reprodutiva anterior:

- ✓ Abortamento habitual;
- ✓ Morte perinatal explicada e inexplicada;
- ✓ História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
- ✓ Parto pré-termo anterior;
- ✓ Esterilidade/infertilidade;
- ✓ Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- ✓ Nuliparidade e grande multiparidade;
- ✓ Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- ✓ Diabetes gestacional;
- ✓ Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

¹ A Adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação. Há, todavia, possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez (tentou interrompê-la?), com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem se traduzir na adesão (ou não) ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal. O profissional deve atentar para as peculiaridades desta fase e considerar a possível imaturidade emocional, providenciando o acompanhamento psicológico quando lhe parecer indicado. Apenas o fator idade não indica procedimentos como cesariana ou episiotomia sem indicação clínica. Cabe salientar que, por força do Estatuto da Criança e do Adolescente, além da Lei nº 11.108/2005, toda gestante adolescente tem direito a acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós parto, e deve ser informada desse direito durante o acompanhamento pré-natal.(Ministério da Saúde, 2012).

3. Condições clínicas preexistentes:

- ✓ Hipertensão arterial;
- ✓ Cardiopatias;
- ✓ Pneumopatias;
- ✓ Nefropatias;
- ✓ Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
- ✓ Hemopatias;
- ✓ Epilepsia;
- ✓ Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);
- ✓ Doenças autoimunes;
- ✓ Ginecopatias;
- ✓ Neoplasias.

Nesse sentido, este mesmo manual indica outros grupos de fatores de risco que, pelas condições ou complicações, podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco:

1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.

2. Doença obstétrica na gravidez atual:

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

3. Intercorrências clínicas:

- ✓ Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);
- ✓ Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Esses fatores fazem com que os profissionais que prestam assistência às gestantes se atentem na identificação e acompanhamento da gestação de baixo risco e uma proveniente gestação de alto risco para que possam encaminhar essa usuária para um atendimento especializado, uma vez, que necessitará de mais frequência de consultas até o momento do parto.

Em se tratando do ICV, as usuárias iniciam seu pré-natal na Unidade de Saúde da Família – USF em seu bairro. Em sendo constatada gravidez de risco, logo, são encaminhadas para a maternidade por se tratar de instituição de referência em gestação de alto risco da Paraíba.

Ao iniciar o pré-natal de alto risco, a Maternidade Cândida Vargas disponibiliza, em suas estruturas, os serviços de pré-natal para alto risco, planejamento familiar, serviços especializados para atendimento das emergências obstétricas e partos incluindo os de alto risco, leitos de UTI neonatal e UTI materna, leitos de berçário para cuidados intermediários.

O Manual Técnico preconiza também para essas gestantes, eventual constituição de casas de apoio a gestantes de risco com dificuldades de acesso geográfico ou a puérperas que sejam mães de bebês que necessitam permanecer internados. Implica na humanização do atendimento por meio da sensibilização e da atualização profissional das equipes do sistema de forma integral.

Portanto, a maternidade ainda não dispõe de casa de apoio para gestantes, mas, já existe a discussão da temática pelos gestores que representam a instituição. Em caso de necessidade, encaminha-se a usuária para uma casa de acolhimento situada na capital. Casa acolhedora, com um trabalho social relevante para usuárias que deslocam do seu município e precisam dessa atenção.

É notória a percepção da presença de pacientes gestantes de alto risco, no Instituto Cândida Vargas, com DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez) pela identificação feita nos prontuários de pacientes internadas, como segue.

8. DADOS E ANÁLISES: desvelando o objeto de estudo

Identificação de gestante de alto risco no Prontuário do Paciente Ano 2013

FICHA 1.1

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2013
Classificação	Nº 326.305
Idade	34 anos
Escolaridade	Fundamental 2 (5ª a 8ª série)
Diagnóstico inicial	Parto eutócico
Idade gestacional	39 semanas
Cidade	Santa Rita – PB
Procedimento	Parto Normal
Conduta RN	Alojamento Conjunto
Descrição inicial	Parto espontâneo cefálico
Peso	3.202 kg
Observação	

Paciente com idade de 34 anos, ensino fundamental 2 (5ª a 8ª série), residente no município de Santa Rita - PB, gesta de 39 semanas, teve parto eutócico (parto normal), espontâneo cefálico é a posição que se encontra a cabeça do feto para baixo em posição certa. Não observado perfil para gravidez de alto risco.

FICHA 1.2

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2013
Classificação	Nº 326.326
Idade	19 anos
Escolaridade	Médio completo (antigo 2º grau)
Diagnóstico inicial	GUTT + hipertensão gestacional + macrossoma fetal
Idade gestacional	40,5 semanas
Cidade	Bayeux – PB
Procedimento	Parto Cesárea
Conduta RN	Alojamento Conjunto
Descrição inicial	Obstr. trab.parto para feto excepc.grande
Peso	3.780 kg
Observação	GUTT (gestação única termo tópica) macrossomias fetal (feto grande ou com sobrepeso)

Paciente com idade de 19 anos, ensino médio completo (antigo 2º grau), residente no município de Bayeux - PB, gesta de 40,5 semanas, teve parto cesárea. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de hipertensão gestacional. RN encaminhado para o alojamento conjunto com a mãe.

FICHA 1.3

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2013
Classificação	Nº 326.344
Idade	21 anos
Escolaridade	Médio completo
Diagnóstico inicial	DHEG + desproporção cefálico-pélvica + trabalho parto
Idade gestacional	39,2 semanas
Cidade	Mamanguape – PB
Procedimento	Parto Cesárea
Conduta RN	Alojamento Conjunto
Descrição inicial	Obstr. trab.parto dev.desprop.feto-pélvica.
Peso	3.544 kg
Observação	DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez)

Paciente com idade de 21 anos, ensino médio completo, residente no município de Mamanguape - PB, gesta de 39,2 semanas, teve parto cesárea. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez) e desproporção cefálico-pélvica (cabeça fetal difere do canal de parto). RN encaminhado para o alojamento conjunto com a mãe.

FICHA 1.4

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2013
Classificação	Nº 326.384
Idade	36 anos
Escolaridade	Médio completo
Diagnóstico inicial	DHEG + oligohidrânio
Idade gestacional	37,5 semanas
Cidade	Cabedelo – PB
Procedimento	Parto Cesárea
Conduta RN	Alojamento Conjunto
Descrição inicial	Pré-eclâmpsia grave
Peso	3.184 kg
Observação	DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez) Oligohidrânio (redução patológica do volume de liquido amniótico)

Paciente com idade de 36 anos, ensino médio completo, residente no município de Cabedelo - PB, gesta de 37,5 semanas, teve parto cesárea. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez) e Oligohidrânio (redução patológica do volume de liquido amniótico), denominada Pré-eclâmpsia grave. RN encaminhado para o alojamento conjunto com a mãe.

FICHA 1.5

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2013
Classificação	Nº 326.385
Idade	23 anos
Escolaridade	Fundamental 2 (5ª a 8ª série)
Diagnóstico inicial	Oligohidrâmnio severa + DHEG + cesárea anterior
Idade gestacional	39,1 semanas
Cidade	João Pessoa – PB
Procedimento	Parto Cesárea
Conduta RN	Alojamento Conjunto
Descrição inicial	Oligohidrâmnio
Peso	3.104 kg
Observação	Oligohidrâmnio (redução patológica do volume de líquido amniótico) DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez)

Paciente com idade de 23 anos, ensino Fundamental 2 (5ª a 8ª série), residente no município de João Pessoa - PB, gesta de 39,1 semanas, teve parto cesárea. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de Oligohidrâmnio (redução patológica do volume de líquido amniótico) e DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez). RN encaminhado para o alojamento conjunto com a mãe.

FICHA 1.6

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2013
Classificação	Nº 326.395
Idade	15 anos
Escolaridade	Fundamental 2 (5ª a 8ª série)
Diagnóstico inicial	DHEG grave + trabalho de parto
Idade gestacional	38 semanas
Cidade	Santa Rita – PB
Procedimento	Parto Normal
Conduta RN	Alojamento Conjunto
Descrição inicial	Parto espontâneo cefálico
Peso	2.328 kg

Paciente com idade de 15 anos, ensino Fundamental 2 (5ª a 8ª série), residente no município de Santa Rita - PB, gesta de 38 semanas, teve parto normal. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez) grave. RN encaminhado para o alojamento conjunto com a mãe.

FICHA 1.7

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2013
Classificação	Nº 326.400
Idade	21 anos
Escolaridade	Fundamental 2 (5ª a 8ª série)
Diagnóstico inicial	P.E grave
Idade gestacional	39,3 semanas
Cidade	João Pessoa – PB
Procedimento	Parto Normal / mudança de procedimento Parto Cesárea
Conduta RN	Berço aquecido após encaminhado para Alojamento conjunto
Descrição inicial	Parto espontâneo cefálico
Peso	3.690 kg
Observação	P.E (pré-eclâmpsia)

Paciente com idade de 21 anos, ensino Fundamental 2 (5ª a 8ª série), residente no município de João Pessoa - PB, gesta de 39,3 semanas, evolui parto cesárea. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de P.E (pré-eclâmpsia) grave. Recém Nascido foi para berço aquecido, depois encaminhado para alojamento conjunto com a mãe.

FICHA 1.8

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2013
Classificação	Nº 326.418
Idade	30 anos
Escolaridade	Fundamental 2 (5ª a 8ª série)
Diagnóstico inicial	Diabetes + cesárea anterior
Idade gestacional	38,3 semanas
Cidade	João Pessoa – PB
Procedimento	Parto Cesárea
Conduta RN	Alojamento conjunto
Descrição inicial	Trabalho de parto e parto compl.outro evid.sufr.feto
Peso	4.968 kg
Observação	

Paciente com idade de 30 anos, ensino Fundamental 2 (5ª a 8ª série), residente no município de João Pessoa - PB, gesta de 38,3 semanas, teve parto cesárea. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de Diabetes. RN foi encaminhado para Alojamento conjunto com a mãe.

FICHA 1.9

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2013
Classificação	Nº 326.422
Idade	38 anos
Escolaridade	Superior completo
Diagnóstico inicial	DHEG grave + ap.pélvica
Idade gestacional	38 semanas
Cidade	João Pessoa – PB
Procedimento	Parto Cesárea
Conduta RN	Alojamento conjunto
Descrição inicial	Obst.trabalho de parto dev. Apresentação pélvica
Peso	3.160 kg
Observação	DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez) ap.pélvica (apresentação pélvica – o feto está de cabeça para cima)

Paciente com idade de 38 anos, ensino superior completo, residente no município de João Pessoa - PB, gesta de 38 semanas, teve parto cesárea. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez) grave e apresentação pélvica (feto está de cabeça para cima). RN foi encaminhado para Alojamento conjunto com a mãe.

FICHA 1.10

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2013
Classificação	Nº 326.487
Idade	33 anos
Escolaridade	Fundamental 1 (1ª a 4ª série)
Diagnóstico inicial	GUTT + TP + macrossomias fetal
Idade gestacional	39,2 semanas
Cidade	João Pessoa – PB
Procedimento	Parto Normal
Conduta RN	Alojamento conjunto
Descrição inicial	Parto espontâneo cefálico
Peso	3.846 kg
Observação	GUTT (gestação única termo tópica) TP (trabalho de parto) macrossomias fetal (feto grande ou com sobrepeso)

Paciente com idade de 33 anos, ensino Fundamental 1 (1ª a 4ª série), residente no município de João Pessoa - PB, gesta de 39,2 semanas, teve parto normal. Não observado perfil para gravidez de alto risco. RN pensando 3.846 kg foi encaminhado para Alojamento conjunto com a mãe.

FICHA 1.11

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2013
Classificação	Nº 326.491
Idade	21 anos
Escolaridade	Médio completo (antigo 2º grau)
Diagnóstico inicial	GUTT + ITU + HAS
Idade gestacional	36,4 semanas
Cidade	Alhandra – PB
Procedimento	Tratamento clínico
Descrição inicial	Pré-eclâmpsia moderada
Observação	GUTT (gestação única termo tópica) ITU (infecção do trato urinário) HAS (hipertensão arterial sistêmica)

Paciente com idade de 21 anos, ensino médio completo (antigo 2º grau), residente no município de Alhandra - PB, gesta de 36,4 semanas, teve tratamento clínico. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de GUTT (gestação única termo tópica), ITU (infecção do trato urinário) e HAS (hipertensão arterial sistêmica).

**Identificação de gestante de alto risco no Prontuário do Paciente
Ano 2014**

FICHA 2.1

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2014
Classificação	Nº 332.349
Idade	18 anos
Escolaridade	Médio completo (antigo 2º grau)
Diagnóstico inicial	DPP / trabalho de parto
Idade gestacional	± 37 semanas
Cidade	Bayeux – PB
Procedimento	Parto Cesárea
Conduta RN	Incubadora (UCIN)
Descrição inicial	Deslocamento prematuro de placenta
Peso	2.460 kg
Observação	DPP (deslocamento prematuro de placenta) UCIN (unidade de cuidados intermediários)

Paciente com idade de 18 anos, ensino médio completo (antigo 2º grau), residente no município de Bayeux - PB, gesta de ± 37 semanas, teve parto cesárea. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de DPP (deslocamento prematuro de placenta). RN foi encaminhado para Incubadora (UCIN - unidade de cuidados intermediários).

FICHA 2.2

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2014
Classificação	Nº 332.373
Idade	18 anos
Escolaridade	Fundamental 2 (5ª a 8ª série)
Diagnóstico inicial	Ameaça de parto prematuro + DHEG
Idade gestacional	35 semanas
Cidade	Belém – PB
Procedimento	Parto Cesárea
Conduta RN	Encaminhado para UCIN
Descrição inicial	Pré-eclâmpsia moderada
Peso	2.530 kg
Observação	DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez) UCIN (unidade de cuidados intermediários)

Paciente com idade de 18 anos, ensino Fundamental 2 (5ª a 8ª série), residente no município de Belém - PB, gesta de 35 semanas, teve parto cesárea. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de ameaça de parto prematuro e DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez). RN foi encaminhado para (UCIN - unidade de cuidados intermediários).

FICHA 2.3

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2014
Classificação	Nº 332.376
Idade	39 anos
Escolaridade	Fundamental 2 (5ª a 8ª série)
Diagnóstico inicial	DHEG grave
Idade gestacional	39 semanas
Cidade	João Pessoa – PB
Procedimento	Parto Cesárea
Conduta RN	Berço aquecido
Descrição inicial	Pré-eclâmpsia moderada
Peso	3.885 kg
Observação	DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez)

Paciente com idade de 39 anos, ensino Fundamental 2 (5ª a 8ª série), residente no município de João Pessoa - PB, gesta de 39 semanas, teve parto cesárea. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez) grave. RN em berço aquecido).

FICHA 2.4

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2014
Classificação	Nº 332.384
Idade	36 anos
Escolaridade	Médio completo (antigo 2º grau)
Diagnóstico inicial	Trabalho de parto + DHEG + gemelidade + cesárea anterior
Idade gestacional	35,6 semanas
Cidade	Mataraca – PB
Procedimento	Parto Cesárea
Conduta RN	Canguru
Descrição inicial	Gravidez dupla
Peso	1.940 kg (1º RN) e 1.690 kg (2º RN/óbito)
Observação	DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez)

Paciente com idade de 36 anos, ensino médio completo (antigo 2º grau), residente no município de Mataraca - PB, gesta de 35,6 semanas, teve parto cesárea. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez) e gemelidade. Apenas 1º RN encaminhado para canguru, nota-se presença de baixo peso e o 2º RN foi a óbito.

FICHA 2.5

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2014
Classificação	Nº 332.385
Idade	29 anos
Escolaridade	Fundamental 2 (5ª a 8ª série)
Diagnóstico inicial	Gemelar + DHEG
Idade gestacional	40 semanas
Cidade	João Pessoa – PB
Procedimento	Parto Cesárea
Conduta RN	Berço aquecido depois para Alojamento conjunto
Descrição inicial	Gravidez dupla
Peso	2.780 kg (1º RN) e 2.840 kg (2º RN)
Observação	DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez)

Paciente com idade de 29 anos, ensino fundamental 2 (5ª a 8ª série), residente no município de João Pessoa - PB, gesta de 40 semanas, teve parto cesárea. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez) e gemelidade. RN'S 1 e 2 em berço aquecido e depois encaminhados para alojamento conjunto com a mãe.

FICHA 2.6

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2014
Classificação	Nº 332.397
Idade	17 anos
Escolaridade	Fundamental 2 (5ª a 8ª série)
Diagnóstico inicial	DHEG leve + Pródromos de trabalho de parto
Idade gestacional	39,4 semanas
Cidade	João Pessoa – PB
Procedimento	Parto Normal / mudança para parto cesárea
Conduta RN	Alojamento conjunto
Descrição inicial	Parto espontâneo cefálico
Peso	2.685 kg
Observação	DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez) Pródromos (contrações)

Paciente com idade de 17 anos, ensino fundamental 2 (5ª a 8ª série), residente no município de João Pessoa - PB, gesta de 39,4 semanas, inicial para parto normal, mas, houve mudança de procedimento para parto cesárea. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez) leve e pródromos de trabalho de parto. RN encaminhado para alojamento conjunto com a mãe.

FICHA 2.7

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2014
Classificação	Nº 332.410
Idade	31 anos
Escolaridade	Médio completo (antigo 2º grau)
Diagnóstico inicial	Diabetes + mau passado obstétrico
Idade gestacional	± 36 semanas
Cidade	Bayeux – PB
Procedimento	Parto Cesárea
Conduta RN	Berço aquecido depois para Alojamento conjunto
Descrição inicial	Diabetes Mellitus na gravidez
Peso	3.090 kg
Observação	Diabetes Mellitus (doença metabólica crônica)

Paciente com idade de 31 anos, ensino médio completo (antigo 2º grau), residente no município de Bayeux - PB, gesta de ± 36 semanas, teve parto cesárea. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de Diabetes Mellitus (doença metabólica crônica). RN em berço aquecido depois encaminhado para alojamento conjunto com a mãe.

FICHA 2.8

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2014
Classificação	Nº 332.415
Idade	25 anos
Escolaridade	Médio completo (antigo 2º grau)
Diagnóstico inicial	GUTT + Pródromos trabalho de parto + Amniorrexe + Pré-eclâmpsia leve
Idade gestacional	40 semanas
Cidade	Mamanguape – PB
Procedimento	Parto Normal
Conduta RN	Berço aquecido
Descrição inicial	Parto espontâneo cefálico
Peso	2.460 kg
Observação	GUTT (gestação única termo tópica) Amniorrexe (rotura prematura de membrana) Pródromos (contrações)

Paciente com idade de 25 anos, ensino médio completo (antigo 2º grau), residente no município de Mamanguape - PB, gesta de 40 semanas, teve parto normal. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de GUTT (gestação única termo tópica), Pródornos (contrações) trabalho de parto, Amniorrexe (rotura prematura de membrana) e Pré-eclâmpsia leve. RN em berço aquecido.

FICHA 2.9

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2014
Classificação	Nº 332.439
Idade	18 anos
Escolaridade	Fundamental 2 (5ª a 8ª série)
Diagnóstico inicial	Trabalho de parto + DHEG
Idade gestacional	39 semanas
Cidade	Sapé – PB
Procedimento	Parto Normal
Conduta RN	Alojamento conjunto
Descrição inicial	Parto espontâneo cefálico
Peso	2.840 kg
Observação	DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez)

Paciente com idade de 18 anos, ensino fundamental 2 (5ª a 8ª série), residente no município de Sapé - PB, gesta de 39 semanas, teve parto normal. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez). RN encaminhado para alojamento conjunto.

FICHA 2.10

Elementos	Corresponde a:
Órgão produtor	Instituto Cândida Vargas
Período	2014
Classificação	Nº 332.446
Idade	28 anos
Escolaridade	Médio completo (antigo 2º grau)
Diagnóstico inicial	Diabetes gestacional
Idade gestacional	38 semanas
Cidade	Santa Rita – PB
Procedimento	Parto Cesárea
Conduta RN	Alojamento conjunto
Descrição inicial	Eclâmpsia na gravidez
Peso	3.215 kg
Observação	

Paciente com idade de 28 anos, ensino médio completo (antigo 2º grau), residente no município de Santa Rita - PB, gesta de 38 semanas, teve parto cesárea. Enquadra-se no perfil de gestação de alto risco pela presença de diabetes gestacional que é intolerância aos carboidratos. RN encaminhado para alojamento conjunto.

Quando se trata de análise de conteúdo usa-se como referencial os autores Minayo e Bardin. Contribuindo com essa ideia Bardin (2006 apud COSTA, 2009, p.67) define análise de conteúdo sendo a “análise de um texto em termos qualitativos ou quantitativos de modo a caracterizar o conteúdo de um documento. Essa técnica de análise dos dados busca identificar o que está sendo dito”.

Notadamente é isto que acontece com os prontuários, pois constatamos no documento informações que tecem sobre que estado clínico o paciente se encontrava quando efetuada a sua entrada na unidade hospitalar. É pela história clínica relatada pelo próprio paciente, ou responsável, que o paciente receberá a conduta médica adequada para seu tratamento, procedimento e boa recuperação para deixar a unidade hospitalar.

No que concerne à interpretação dos resultados, Zanela (2009, p.128) observa que “é a etapa em que você, apoiado nos resultados, deve correlacionar o conteúdo do material com a base teórica referencial a fim de torná-los significativos e válidos”.

Durante a identificação dos partos de alto risco nos prontuários do paciente no ICV, notou-se que as mulheres que buscam atendimento são mulheres jovens e adultas com idade entre quinze e mais ou menos quarenta anos. Com escolaridade, em sua maioria, de ensino fundamental completo II (5ª a 8ª série); apenas uma paciente com ensino fundamental completo 1 (1ª a 4ª série) e uma paciente com ensino superior completo.

Tais verificações nos fazem inferir que existe uma lacuna entre as necessidades das usuárias do sistema médico e as explicações médicas, que são quase todas feitas com uma linguagem para médicos e profissionais da área. Por outro lado, o baixo índice de escolaridade demonstra que são precárias as possibilidades de se ter uma consciência maior quanto à necessidade de acompanhamento.

Percebeu-se que pacientes de outros municípios na Paraíba – em sua maioria de Santa Rita, Alhandra, Mataraca, Mamanguape, Belém, Bayeux, Cabedelo e Sapé – vêm para João Pessoa em busca de atendimento ou são encaminhadas pelo próprio hospital do município. Esses municípios são próximos de João Pessoa e possuem hospitais/maternidades.

Observou-se que há poucos partos normais com presença de DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez) e o mais relevante foi, em sua maioria, a constatação de partos cesáreos com evidência típica de DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez), confirmando, assim, uma gestação de alto risco com consequência para parto de risco no ICV.

Foi relevante observar que na maioria das pacientes na gestação de alto risco tem DHEG (doença hipertensiva específica da gravidez), e estas buscaram atendimento no ICV. Assim, conclui-se diante da amostra que existe uma demanda alta que precisa de cuidados e atenção para a redução da mortalidade materna na Paraíba.

Existem evidências de outras doenças, como foi identificado nesta pesquisa, que são devidas à diabetes e à ITU (infecção do trato urinário). A pré-eclâmpsia, que pode transforma-se em eclâmpsia, é um fator de risco para a vida da mãe e do feto e se manifesta em pacientes que têm hipertensão arterial sistêmica, diabetes ou obesidade.

Diante do material coletado, e do conjunto de prontuários da amostra, pode-se inferir que existe ainda no Brasil, e mais especificamente na Paraíba, um avanço nas atividades referentes às gestantes de risco e isto já é um ganho para as mulheres. No entanto, é flagrante como a difusão das informações sobre estas políticas públicas não são entendidas pelas pacientes e população em geral.

Nos manuais que abordam assuntos de gestação de risco encontramos uma linguagem muito técnica. O problema é que é com esta linguagem técnica que se pretende fazer com que a paciente compreenda e assimile medidas de precaução.

Na verdade, os panfletos e os próprios atendimentos são curativos e não preventivos. Assim, mesmo que não tenhamos como alvo o material informacional, a partir dos prontuários chegamos à conclusão prévia de que a informação através de uma linguagem mais acessível e uma política de informação para estas gestantes poderia salvar muitas vidas, diminuir as dúvidas e evitar a própria doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas para as mulheres têm fundamentado o direito à saúde de maneira integral e possibilitando discussões sobre programas para a promoção de melhores cuidados da saúde da mulher.

Então, com os estudos desenvolvidos na área de políticas públicas para mulheres gestantes de alto risco tem-se buscado a redução da mortalidade materna e infantil que acometem de forma severa a mãe e o feto.

As unidades hospitalares de saúde do serviço público devem buscar atender às mulheres com atenção integral e principalmente as gestantes de alto risco, uma vez que essas se encontram expostas com várias doenças que comprometerão seu parto.

Sugere-se que a temática de gestação de alto risco ganhe espaço nas escolas públicas e privadas, em salas de aula do ensino médio, já que a baixa escolaridade é um fator comum nesse tipo de gestação. O conhecimento e a prevenção ajudarão jovens de uma futura gestação de alto risco. Para as associações comunitárias dos bairros mais humildes é necessário o uso de informativos com linguagem clara, para o conhecimento de uma gestação de alto risco, uma vez, que a ausência de saneamento básico, doenças infecciosas poderão fazer parte do histórico pessoal desta futura mãe.

Os serviços de saúde pública têm o dever de prestar assistência de qualidade às mulheres por meio de profissionais qualificados e especializados e que mantenham a integralidade dessa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Serie A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. 204 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática** – Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27p. Série B: Textos Básicos de Saúde.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 80 p. : il. – (Série I. História da Saúde)

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**, 1990
Disponível em:
<http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf
>. Acessado em: 03 mar. 2015.

_____. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**.
Disponível em:
<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. Acessado em: 03 mar. 2015.

_____. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, Cairo, Egito. Relatório final. [S.l.]: CNPD; FNUAP, 1994. Publicação em português. Disponível em:< <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acessado em 03 mar.2015.

_____. SSECRETARIA DE POLITICAS PUBLICAS PARA AS MULHERES. Autonomia e Igualdade para as Mulheres. Anais da 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/anais-da-3a-conferencia>. Acesso em 05 fev. 2015.

COSTA, Marco Antônio F. da. COSTA, Maria de Fátima Barrozo da. **Metodologia da pesquisa: conceitos e técnicas** – 2ª Ed.- Rio de Janeiro: Interciência, 2009.

ECO, Humberto. **Como se faz uma tese em Ciências Humanas**. 6.ª edição, Lisboa, Editorial Presença, 1995.

FARIAS. Mery Anne Pereira. **Tipologia documental na perspectiva do prontuário do paciente: um estudo de caso no Instituto Cândida Vargas – ICV**. TCC, UEPB, João Pessoa, 2011.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 6º. Ed, São Paulo: Atlas, 2008.

LOPES, Brenner, AMARAL, Jefferson Ney, CALDAS, Ricardo Wahrendorff. **Políticas Públicas: conceitos e práticas**. Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas de Minas Gerais – Belo Horizonte : Sebrae/MG, 2008. 48 p.

OLIVEIRA, Alexandre Magno Galietta de. **Uma pesquisa exploratória sobre a utilização de técnicas financeiras pelas micro e pequenas indústrias do setor eletroeletrônico do Vale da Eletrônica**. Itajubá (MG) : UNIFEI, 2003.155 p. il.

PADILHA, Juliana Falcão; STEIDL, Eduardo Matias dos Santos; BRAZ, Melissa Medeiros. **Método mãe-canguru – repercussões sobre a amamentação e aspectos clínicos de recém-nascidos pré-termo de baixo peso**. – Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/forumfisio/Trabalhos/5100.pdf>. Acesso em 12 fev. 2015.

PORTAL ODM. **PB debate saúde da mulher e redução da mortalidade materna**

Disponível em:

<<http://www.portalodm.com.br/noticia/347/pb-debate-saude-da-mulher-e-reducao-da-mortalidade-materna>>. Acessado em 03 mar. 2015.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

TRAVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. **O Sistema Único de Saúde**. In MINAYO, Maria Cecília de Souza, et al/(org). **Tratado de Saúde Coletiva: 2ªed**, Rio de JANEIRO. Ed.Fio Cruz, 2009. (p.531 - 562).

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração** – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : 2009.

ANEXOS

Anexo A – Prontuário de Internação do Paciente do ICV
Requisição de exames laboratoriais

 Requisição de exames laboratoriais SUS												Exame nº													
Número do Cadastro	0	0	0	2	8	5	2	1- C.P.F.	2	3	5	5	0	1	7	3	3	0	0	0	1	9	4	Enferm./Apto	Nº do prontuário
Nome da Unidade: INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS												Idade		Sexo											
Endereço: Av. Coremas, 865 - Bairro: Jaguaribe - Município: João Pessoa - UF: PB																									
Nome														<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M											
RG						End.																			
												Bairro													
Dados Clínicos																									
Exames Solicitados																									
(Por favor marcar com um "X" somente os exames solicitados)																									
<input type="checkbox"/> Eritrograma (105)								<input type="checkbox"/> V.D.R.L. (170)								<input type="checkbox"/> Glicemia (Jejum) (034)									
<input type="checkbox"/> Grupo sanguíneo/ RH (110)								<input type="checkbox"/> Sumário de Urina (209)																	
Outros exames, se necessário: _____																									
Justificativa do pedido: _____																									
Obs. _____																									
_____ Data												_____ Carimbo e assinatura do médico													

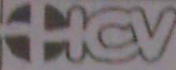
Anexo C – Prontuário de Internação do Paciente do ICV
Laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS		7 - CNES 2 3 9 9 6 4 4	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS		4 - CNES 2 3 9 9 6 4 4	
2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masc: <input type="checkbox"/> 11 Fem: <input type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		38 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ORGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		

3-208

Anexo D – Prontuário de Internação do Paciente do ICV

Ficha de internação

 INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS <small>PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA</small>		FICHA DE INTERNAÇÃO
Nome: _____		Nº Prontuário: _____
Data de Nascimento: ____/____/____	Estado Civil: _____	Profissão: _____
Naturalidade: _____	Doc. de Identidade: _____	Raça: _____
End: _____		Fone: _____
Responsável: _____		Assinatura do Resp.: _____
Data: ____/____/____	Hora: _____	Enfermaria: _____
		Leito: _____
HISTÓRIA CLÍNICA		
Queixa Principal e Duração: _____		
Antecedentes Obstétricos: G _____ P _____ A _____		
Gestações e Partos Anteriores: _____		
Gestação Atual: _____		
DUM: ____/____/____	DPP: ____/____/____	ID. GEST. (SEM.): _____
		ID. GEST. (USG): _____
TIP. SANG: _____	RH: _____	VDRL: _____
		HB/HT: _____
Intercorrências/Tratamento: _____		
Antecedentes Pessoais: _____		
Antecedentes Familiares: _____		
EXAME FÍSICO		
PA: _____	FU: _____	DU: _____
		BCF: _____
Quadrante: _____	Apresentação: _____	Situação: _____
Dilatação: _____	Alt. Apres: _____	Membrana: _____
H. Diagnóstica: _____		
Médico _____		Enfermagem _____

1 5.3/7-4

Anexo F – Prontuário de Internação do Paciente do ICV

Partograma

PRONTUÁRIO												
PARTOGRAMA												
NOME: _____										G: _____	P: _____	
CÉRVICO-DILATAÇÃO (CM)	9										-AM	
	8										-3	
	7										-2	
	6										-1	
	5										0	
	4										+1	
	3										+2	
	2										+3	
	1										VULVA DESPR	
	Hora:											
FCF (BAT/MIN)	180											
	160											
	140											
	120											
	100											
	80											
	Contrações em 10 min											
	1 - 19 S											
20 - 39 S												
40 S												
BOLSA												
LA												
MEDICAMENTOS												
EXAMINADOR												
PARTO EUTÓCICO												
DATA: _____				HORA: _____				SEXO RN: _____				
DEQUIT: _____				EPISIOT: _____				ANEST: _____				
APGAR: _____				CIRCULAR: _____				Peso R.N.: _____				
INTERCORRÊNCIAS: _____												

OBSTETRA						NEONATOLOGISTA						

4

5.3/7-4

Anexo G – Prontuário de Internação do Paciente do ICV
Sistema de distribuição de medicamentos por dose individual – SDMDI

PARTO OPERATÓRIO								
Data: _____		Hora Início: _____			Hora Término: _____			
Indicação: _____								
Anestesia: _____				Hora Nascimento: _____				
Sexo RN: _____		Apgar: _____			Peso R.N.: _____			
_____				_____				
Obstetra				Auxiliar				
_____				_____				
Neonatalogista				Anestesista				
Descrição Cirúrgica: _____								

Intercorrências: _____								


PUERPÉRIO								
DATA	QUEIXAS	MAMAS	ÚTERO	CICATRIZ/EPISIO/ OPERATÓRIO	LÔQUIOS	PA	T. AXILAR	ASSIN.

ALTA HOSPITALAR		
Data: _____	Hora: _____	Dias Intern: _____
Mãe: _____	RN: _____	
Observações: _____		

_____		_____
Obstetra		Administração

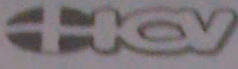
3 5.3/7-4

**Anexo I – Prontuário de Internação do Paciente do ICV
Sala de parto**

IDENTIFICAÇÃO CILAB/ETIQUETA		 INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA	
NOME: _____			
PRONTUÁRIO Nº: _____		DATA: ____/____/____ SALA: _____	
RD _____	SX _____	CCM _____	MPA _____
		ASA _____	ELTIVA <input type="checkbox"/> EMERGENCIA <input type="checkbox"/>
CIRURGIAS _____		_____	_____
CIRURGIÃO _____		1º AUX _____	2º AUX _____
ANESTESISTA _____		ANESTESIA _____	
TOTAL CVI _____		INÍCIO _____	H FIM _____
		H DURAÇÃO _____	
Monitorização Intraoperatória		ECO <input type="checkbox"/>	OXÍMETRO DE PULSO <input type="checkbox"/>
		PIV <input type="checkbox"/>	CAPNOGRAFIA <input type="checkbox"/>
		1H	2H
O ₂			
N ₂ O			
LÍQUIDOS			
PA	220		
V	200		
A	180		
PULSO	160		
	140		
	120		
	100		
	80		
	60		
RISPO	E +		
	A 50		
	C 0		
AN O T A Ç Õ E S			
TOTAL DE DROGAS		VOLUME INFUNDIDO INTRA-OPERACIONAL	
1 _____	5 _____	RL _____ ml _____ ml	DURSEB TOTAL <input type="checkbox"/> NÃO SOMADO <input type="checkbox"/> _____ ml
2 _____	6 _____	SF _____ ml _____ ml	
3 _____	7 _____	SG _____ ml _____ ml	
4 _____	8 _____		

FICHAMES PAD (REV 01)
3-3/3

Anexo J – Prontuário de Internação do Paciente do ICV
Histórico de enfermagem: Obstetrícia/Ginecologia


PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM: OBSTETRÍCIA/GINECOLOGIA

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:
 PACIENTE: _____
 IDADE: _____ PRONTUÁRIO: _____ DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____
 UNIDADE: Alojamento Conjunto-I Alojamento Conjunto-II Alojamento Conjunto-III UCG

II- HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:
 DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____
 MOTIVO DA INTERNAÇÃO (QUEIXA PRINCIPAL): _____

III- HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:
 FATORES DE RISCO: DM HAS CARDIOPATIA PNEUMOPATIA NEFROPATIA FUMANTE
 ETILISTA DROGADICTA ALERGIAS MEDICAMENTOS: _____
 CIRURGIAS ANTERIORES: _____ TRAUMA: _____
 DEFICIÊNCIA FÍSICA: _____ DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS
 GESTANTE. GESTA: _____ PARA: _____ ABORTO: _____ IG: _____
 PUÉRPERA. CESÁREA NORMAL FÓRCEPS ABORTO. IG: _____
 GINECOLOGIA. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: _____

IV- ESTADO GERAL: BOM REGULAR PREJUDICADO GRAVE

V- EXAME FÍSICO:
VISÃO: Normal Diminuída Óculos Cegueira: D E S/ condições de avaliação
AUDIÇÃO: Normal Diminuída Ausente Prótese auditiva S/ condições de avaliação
PELE: Corada Hipocorada Ictérica Anictérica Hidratada Desidratada Sudorética
 Cianose periférica Mícase Furunculose Dermatite Cicatriz: _____ UPP: _____
MAMAS: Ingurgitadas Túrgidas Flácidas Colostro Leite materno Fissuras Abscesso
SISTEMA NEUROLÓGICO: Consciente Orientada Confusa Desorientada Agitada
 Cooperativa Sonolenta Torporosa Narcose anestésica S/ déficit motor Deambulando
 Restrita ao leito Acamada Déficit motor: _____ S/ condições de avaliação
SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupneica Bradipneica Taquipneica Suporte de Oxigênio: cateter nasal
 Máscara de Venturi Máscara Simples Tosse: produtiva seca eficaz ineficaz
 Aspecto da secreção: _____
SISTEMA CARDIOVASCULAR: Pulsos periféricos MMSS: cheio filiforme fraco. Pulsos periféricos
 MMII: cheio filiforme fraco. Edema MMSS MMII Anasarca. FC: _____
 PA: _____ x _____ mmHG

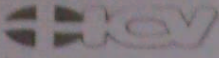
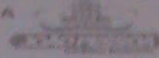
SISTEMA GASTROINTESTINAL: BOCA: s/ anormalidades Prótese fixa Prótese móvel Ulceração
 Sangramento gengiva. **Abdome:** Útero gravídico s/ anormalidades Plano Flácido Semi-globoso
 Flácido Distendido Doloroso Incisão Cirúrgica: _____ c/ sinais flogísticos
 s/ sinais flogísticos Infectada. **Tipo de Dieta:** _____ Boa aceitação Pouca Aceitação
Eliminações Intestinais: presentes ausentes normais pastosas líquidas ressecadas
SISTEMA GENITO-URINÁRIO: DIURESE: espontânea SVD oligúria anúria poliúria
 concentrada límpida disúria polaciúria nictúria hematúria piúria colúria
 Loquiação Fisiológica Loquiação Fétida Sangramento vaginal Secreção: _____

VI- IMPRESSÕES E CONDUTAS INICIAIS DO ENFERMEIRO:

ASSINATURA: _____ CARIMBO: _____

4.209-1

Anexo L – Prontuário de Internação do Paciente do ICV
Evolução diária de enfermagem


PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS


EVOLUÇÃO DIÁRIA DE ENFERMAGEM

DATA: _____ HORA: _____ UNIDADE DE INTERNAÇÃO: _____

PACIENTE: _____ LEITO: _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

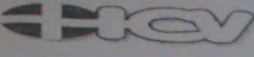

<p>I. PROCEDÊNCIA</p> <input type="checkbox"/> Triagem <input type="checkbox"/> Sala de Parto <input type="checkbox"/> UTEM <input type="checkbox"/> Centro Cirúrgico <input type="checkbox"/> UCCG <input type="checkbox"/> Outro Hospital <p>II. ESTADO GERAL:</p> <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Prejudicado <input type="checkbox"/> Regniar <input type="checkbox"/> Grave <p>III. EXAME FÍSICO MATERNO</p> <p>A. PROBLEMAS IDENTIFICADOS</p> <input type="checkbox"/> Infiltrado soro () Edema: _____ <input type="checkbox"/> Flebite () Equimose: _____ <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal () Hematomas: _____ () Mastite <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Febre () Sangramento gengival <input type="checkbox"/> Náuseas () Vômitos <input type="checkbox"/> Dificuldades com a amamentação <input type="checkbox"/> Dor: _____ <input type="checkbox"/> Constipação () Diarreia <p>B. SISTEMA NEUROLÓGICO</p> <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Sonolenta <input type="checkbox"/> Torporosa <input type="checkbox"/> Orientada <input type="checkbox"/> Confusa <input type="checkbox"/> Desorientada <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Agitada <input type="checkbox"/> Deambulando <input type="checkbox"/> Restrita ao leito <input type="checkbox"/> Acamada <input type="checkbox"/> S/ déficit motor <input type="checkbox"/> Déficit motor: _____ <p>C. SISTEMA RESPIRATÓRIO</p> <input type="checkbox"/> Eupnéica <input type="checkbox"/> Bradipnéica <input type="checkbox"/> Taquipnéica <input type="checkbox"/> Dispnéica FR: _____ ipm <input type="checkbox"/> Cateter de O ₂ () Máscara O ₂ <input type="checkbox"/> Tosse seca () Tosse produtiva: _____ <p>D. SISTEMA CARDIOVASCULAR</p> FC: _____ bpm PA: _____ x _____ mmHg Pulsos periféricos <input type="checkbox"/> presentes <input type="checkbox"/> cheios <input type="checkbox"/> fracos <input type="checkbox"/> filiformes <input type="checkbox"/> ausentes: _____ <p>E. SISTEMA DIGESTIVO</p> <p>a) TIPO DE DIETA: _____</p>	<p>c) Abdome</p> <input type="checkbox"/> Útero Gravídico <input type="checkbox"/> Irregularidades <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Semi-globoso <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Incisão Cirúrgica: <input type="checkbox"/> c/ sinais flogísticos <input type="checkbox"/> c/ sinais flogísticos <input type="checkbox"/> infectada <input type="checkbox"/> fezes pastosas <input type="checkbox"/> Eliminações intestinais + <input type="checkbox"/> fezes normais <input type="checkbox"/> Eliminações intestinais - <input type="checkbox"/> fezes líquidas <input type="checkbox"/> Fezes ressecadas <p>F. SISTEMA GENITO-URINÁRIO</p> <p>a) Diurese () Espontânea () SVD Aspecto: <input type="checkbox"/> Limpido () Concentrado () Piúria () Hematuria <input type="checkbox"/> Colúria () Oligúria () Anúria () Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria () Nictúria () Polaciúria b) Loquiação: () Fisiológica () Pétida</p> <p>IV. AVALIAÇÃO DO RN () + () -</p> <p>a) Pele: () anictérico () icterício () fototermia <input type="checkbox"/> edemas _____ <input type="checkbox"/> Equimoses _____ <input type="checkbox"/> hidratado () desidratado: <input type="checkbox"/> Coto Umbilical + Aspecto: <input type="checkbox"/> Coto Umbilical -</p> <p>b) Respiração: () regular () irregular () bradpneia <input type="checkbox"/> taquipneia () dispneia () apneia</p> <p>c) Sistema Cardiovascular: () corado () pallido <input type="checkbox"/> acianótico () cianótico FC: _____ bpm Ausculta cardíaca: () normal () arritmia () sopros</p> <p>d) Sistema Digestivo: () Amamentação exclusiva <input type="checkbox"/> Translactação () Refluxo + - Abdômen: () normal () distendido () tenso <input type="checkbox"/> Evacuações + Aspecto: <input type="checkbox"/> Evacuações - Última evacuação: _____</p> <p>e) Sistema geniturinário: () Diurese + Aspecto: <input type="checkbox"/> Diurese - Última diurese: _____</p> <p>f) Sistema Nervoso: () ativo () hipotivo () não reativo <input type="checkbox"/> choro forte () choro fraco () sucção normal <input type="checkbox"/> sucção fraca () tônus normal () hipotonia () hipertonia () flácido.</p>
---	---

ASSINATURA: _____

CARIMBO: _____

3.3/8-2

Anexo M – Prontuário de Internação do Paciente do ICV
Diagnósticos e prescrições de enfermagem


PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS


PACIENTE: _____ DATA: ____/____/____ SETOR: _____ LEITO: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PREScrições DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO
NÁUSEA	() Avaliar o sangramento vaginal frequentemente e perdas sanguíneas aparentes (FO, mucosas, locais de punção).	
() RISCO () CONSTIPAÇÃO	() Monitorizar e registrar os SSVV. Monitorizar a pressão arterial de acordo com o quadro clínico. Paciente na mesma posição e verificação no mesmo braço. Registrar Temperatura do RN.	
INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	() Questionar sobre a presença de cefaléia, escotomas e epigastralgia; iminência de eclâmpsia.	
() RISCO () MUCOSA ORAL PREJUDICADA	() Controlar o débito urinário	
RISCO PARA LESÃO	() Avaliar o edema e monitorar a sua evolução, utilizando os seguintes parâmetros: 1+: edema nos pés e na região pré-tibial; 2+: edema acentuado nos MMII; 3+: edema das mãos, da face, da parede abdominal inferior e do sacro; 4+: anasarca	
RISCO PARA MANUTENÇÃO INEFICAZ DA SAÚDE-CONHECIMENTO INSUFICIENTE	() Monitorar a paciente para sinais de reação transfusional: inquietude, taquicardia, hipotensão, rubor, eritema, prurido. Comunicar urgente!!!	
PESAR	() Avaliar constantemente o nível de consciência. Comunicar alterações!!!	
MEDO	() Avaliar a dor, incluindo a qualidade, a frequência, a localização e a intensidade.	
() RISCO () NUTRIÇÃO Desequilibrada: MAIS QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	() Monitorar a paciente para sinais de choque hipovolêmico: inquietude, taquicardia, hipotensão, sudorese e palidez cutânea. Comunicar urgente!!!	
() RISCO () NUTRIÇÃO Desequilibrada: MENOS QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS	() Monitorar os seguintes parâmetros, durante o tratamento com Sulfato de Magnésio: frequência respiratória e débito urinário.	
ANSIEDADE	() Manter 01 ampola de Gluconato de cálcio a 10% sempre próximo ao leito.	
DOR AGUDA	() Em caso de crise convulsiva, administrar oxigênio e aspirar VVAASS se necessário. Após crise, manter DLE.	
RISCO PARA INFECÇÃO	() Realizar ordenha: solicitar apoio do BLH.	
DIARRÉIA	() Avaliar as mamas quanto a sinais de inflamação e infecção. Comunicar.	
ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	() Avaliar capacidade de amamentação. Orientar quanto aos cuidados durante amamentação.	
PADRÃO DE SONO PERTURBADO	() Aceitar a reação da paciente frente à perda. Providenciar apoio psicológico, SN.	
() RISCO () INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	() Realizar curativo de FO diariamente e SN. Especificar se uso de curativo especial.	
HIPERTERMIA	() Proporcionar medidas de conforto e administrar analgésicos conforme prescrição médica.	
HIPOTERMIA	() Manter paciente em oxigenioterapia, CPM.	
() RISCO () VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE	() Realizar Translactação de ____/____ horas. Avaliar refluxo.	
() RISCO () VOLUME DE LÍQUIDOS EXCESSIVO	() Manter cuidados com Fototerapia: Radiação 1x/dia, distância do aparelho de 50 cm e proteção ocular.	
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() Realizar limpeza do coto umbilical do RN, com álcool a 70%, 03 vezes ao dia.	

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO: _____

3,3/8-2

Anexo O – Prontuário de Internação do Paciente do ICV
Laudo para solicitação/autorização de mudança de procedimento e de
procedimento(s) especial(ais)

SUS		Sistema União de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde						7 - CNES					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DO PACIENTE						2 3 9 9 6 4 4					
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						2 3 9 9 6 4 4					
Identificação do Paciente						6 - Nº DO PRONTUÁRIO					
3 - NOME DO PACIENTE											
7 - UNIDADE NACIONAL DE SAÚDE (UNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		10 - RAÇA/COR	
						Mês / Dia / Ano		Masculino / Feminino			
11 - NOME DA MÃE						12 - TELEFONE DE CONTATO		13 - TELEFONE DE CONTATO		14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - NOME DO RESPONSÁVEL						DDD		DDD		DDD	
16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)						17 - CDD (CÓD. MUNICÍPIO)		18 - UF		19 - CEP	
20 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA											
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)											
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO											
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR						22 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR					
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA						24 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA					
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL						26 - CID 10 PRINCIPAL		27 - CID 10 SECUNDÁRIO		28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)											
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL						30 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL					
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE											
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III											
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTD			
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTD			
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						39 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		40 - QTD			
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO											
PROFISSIONAL SOLICITANTE											
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						43 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
44 - DOCUMENTO						45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
CNS / CPF											
AUTORIZAÇÃO											
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						48 - CDD ÓRGÃO EMISSOR		49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
50 - DOCUMENTO						51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
CNS / CPF											

2.848 F-V

Anexo P – Prontuário de Internação do Paciente do ICV
Laudo para solicitação/autorização de mudança de procedimento e de
procedimento(s) especial(ais)

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 2/2	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO							
84 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
85 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		85 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		86 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
87 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
88 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		88 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		89 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
90 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
91 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		91 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		92 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
93 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
94 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		94 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		95 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
96 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
97 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		97 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
98 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		98 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
99 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		99 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL					
101 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
102 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
AUTORIZAÇÃO							
103 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							

2.848 R.V