

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS:
QUÍMICA DA VIDA E DA SAÚDE**

**PROCESSOS EDUCATIVOS EMERGENTES DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
SOBRE DST E A AUTOPERCEPÇÃO DE RISCO ENTRE GESTANTES**

TÂNIA MARIA DE MORAIS VIEIRA DA FONSECA

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Elisabeth Brandão Schmidt

**RIO GRANDE – RS
2014**

TÂNIA MARIA DE MORAIS VIEIRA DA FONSECA

**PROCESSOS EDUCATIVOS EMERGENTES DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
SOBRE DST E A AUTOPERCEPÇÃO DE RISCO ENTRE GESTANTES**

**Tese apresentada como requisito para
obtenção do título de Doutora do Programa de
Pós-Graduação em Educação em Ciências:
Química da Vida e Saúde, da Universidade
Federal do Rio Grande.**

Linha de pesquisa:

**Educação Científica: Processos de Ensino e
Aprendizagem na Escola, na Universidade e no
Laboratório de Pesquisa**

**Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elisabeth Brandão
Schmidt**

**RIO GRANDE - RS
2014**

Tânia Maria de Moraes Vieira da Fonseca

**Processos educativos emergentes da relação médico-paciente sobre
DST e a autopercepção de risco entre gestantes**

Banca Examinadora:

Prof^ª Dr^a Elisabeth Brandão Schmidt – FURG

Profa. Dra. Carla Vitola Gonçalves – FURG

Profa. Dra. Paula Regina Costa Ribeiro – FURG

Profa. Dra. Ana Maria Ferreira Borges Teixeira – UFPEL

Rio Grande - RS

2014

Dedico este trabalho à minha filha amada Vânia, à minha mãe Lourdes e ao o meu marido, Carlos Augusto, pelo incondicional carinho e apoio.

AGRADECIMENTOS

Não poderia encerrar este trabalho sem deixar algumas palavras àqueles que compartilharam comigo tantos momentos importantes. Início meus agradecimentos à minha família, principalmente à minha filha amada Vânia, que desde seu nascimento é meu maior estímulo para tentar ser cada vez melhor. Meu eterno e profundo agradecimento também à minha querida orientadora, Professora Elisabeth, que me incentivou em todos os momentos, e que com carinho e amizade participou intensivamente de cada etapa deste trabalho.

Agradeço à minha mãe Lourdes e meu pai José, que, com amor incondicional, sempre me motivaram, e a meu marido Carlos Augusto, pela paciência e apoio. Aos meus irmãos Fernando, Cristina, Marcelo e Vinícius, por compreenderem minhas ausências. Às filhas de coração Marina e Juliana, pela paciência, e ao meu netinho Henrique, que trouxe ainda mais alegria às nossas vidas.

Meu muito obrigada e gratidão a todas as gestantes, às minhas 27 flores, por darem vida e significado à tese, e aos profissionais da área da saúde que participaram do Curso de Educação Continuada “Atenção à Gestante e Humanização do Parto”, pela importante contribuição.

À Professora Paula Ribeiro, por me motivar a participar do Programa de Pós-Graduação Educação em Ciências, além, é claro, de suas inúmeras contribuições. Meus agradecimentos também aos colegas de caminhada, com os quais dividi angústias e incertezas na busca por metodologias e autores colaboradores. Posso afirmar que valeu a pena ter convivido com esse grupo, onde as questões básicas sobre epistemologia suscitavam tantas discussões.

Um agradecimento muito especial aos professores do Programa de Pós-Graduação Educação em Ciências que contribuíram para minha constituição como pesquisadora. Meu imenso agradecimento à Professora Maria do Carmo, por me apresentar uma nova maneira de fazer pesquisa, e ao Professor Juraci, meu eterno mestre, que contribuiu de forma significativa em minha formação, propondo alternativas de ações que abriram horizontes para o futuro desta tese.

Aos meus queridos amigos Carla e Arnildo, por compartilharem suas experiências e pelo apoio e incentivo na conclusão desta tese. Para finalizar, um agradecimento especial à minha secretária e amiga Márcia, pela paciência e habilidade na condução de minhas atividades paralelas como profissional da saúde.

Alegria
Como a luz da vida
Alegria
Como um palhaço que grita
Alegria
De um estupendo grito
De uma tristeza louca, serena
Como a raiva de amar
Alegria
Como um assalto de felicidade
Alegria

Alegria, Cirque Du Soleil
Compositor: Raul Everton

RESUMO

Os problemas relacionados à saúde não estão dissociados daqueles vinculados à Educação, devendo os processos educativos preventivos ser engendrados em sua complexidade, articulando Educação e Saúde, imbricados aos movimentos e situações de risco que envolvem o individual e o coletivo. As aprendizagens decorrentes da relação entre paciente e profissional da saúde podem ser classificadas como Educação não formal, configurando aprendizagens que ocorrem via processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivos cotidianos, sem conteúdo demarcado. Portanto, este trabalho investigativo foi um passo inicial importante no que diz respeito aos processos educativos que emergem da relação profissional da saúde e paciente gestante. Os objetivos norteadores deste estudo foram: compreender os processos educativos emergentes da relação médico(a)-paciente sobre a doença sexualmente transmitida (DST) e a autopercepção de risco entre gestantes que utilizam o Sistema Único de Saúde para a realização de acompanhamento pré-natal. Assim, foram analisadas as compreensões das gestantes sobre os processos educativos acerca das DST, considerando os profissionais da saúde como educadores durante a realização do pré-natal. Para tanto, foram utilizadas as abordagens qualitativa e quantitativa na pesquisa, tendo em vista que um mesmo fenômeno pode ser compreendido por diferentes ângulos. A etapa quantitativa foi denominada de Estudo Perinatal, e a etapa qualitativa de Estudo dos Processos Educativos no Período Gestacional Sob a Ótica das Gestantes e dos Profissionais da Saúde. Cada etapa originou um artigo, que constituem o corpo da tese, a saber: “Corrimento Vaginal Patológico entre Gestantes: Padrão de Ocorrência e de Associação em um Estudo de Base Populacional no Extremo Sul do Brasil” e “Educação em Saúde: Processos Educativos Emergentes da Relação entre Profissionais da Saúde e Gestantes sobre Doença Sexualmente Transmitida”. A etapa quantitativa permitiu demonstrar a relevância do tema DST e gestação. Foi realizado estudo transversal por meio de instrumento padronizado aplicado a todas as mulheres que tiveram seus partos realizados em uma das duas maternidades do município do Rio Grande, RS, durante o ano de 2010. Buscou-se informações junto às mães sobre características demográficas, reprodutivas, assistência recebida durante a gestação e o parto, e intercorrências gestacionais, incluindo a ocorrência de corrimento vaginal referido com características patológicas. A partir dos resultados desta etapa, constatamos que um percentual significativo de gestantes é acometido de sintomas associados à DST, já que, dentre as 2.395 gestantes estudadas, 43% referiram corrimento vaginal no período gestacional. O sintoma corrimento vaginal mostrou-se associado de forma significativa com depressão, anemia gestacional, ameaça de parto prematuro e infecção urinária. A etapa qualitativa nos permitiu vislumbrar como os processos educativos sobre DST são desenvolvidos durante o acompanhamento pré-natal. Para tanto, foram analisados os discursos de profissionais da área da saúde e gestantes, utilizando-se como metodologia a Análise Textual Discursiva, da qual emergiram as seguintes categorias de análise: cuidado com o corpo; informação sobre DST; maior vulnerabilidade à DST na gestação. A análise demonstrou discrepância entre os discursos no que tange à obtenção de informação sobre DST, o que remete à necessidade de processos educativos mais significativos na relação profissional da saúde e paciente sobre esta temática a fim de diminuir os agravos causados pela DST durante a gestação. Assim, considera-se que os processos educativos emergentes da relação médico(a)-paciente sobre a doença sexualmente transmitida (DST) ainda são incipientes. Os resultados da pesquisa mostram que os profissionais demonstram conhecer o tema e sabem dos riscos para a evolução da gestação. Contudo, os relatos das gestantes se contrapõem a essa afirmativa, quando indicam que esses saberes não são construídos durante a consulta pré-natal. Mesmo sendo a consulta de pré-natal um oportuno momento de fazer diagnóstico, de orientar e construir conhecimentos sobre formas de transmissão, tratamento, prevenção e consequências das DST para a gestante e seu bebê, o tema não é abordado.

Palavras-chave: enfermidade transmitida sexualmente; gestação; educação em saúde.

ABSTRACT

Problems related to health are not dissociated from the ones connected to Education; thus, preventive educative processes should be considered complex ones which intertwine Education and Health and should imbricate movement and hazardous situations that involve individuals and groups. Learning which results from the relation between a patient and a health professional can be classified as non-formal Education, since it constitutes learning that takes place while experiences are shared, mainly in everyday collective places and actions with no defined content. Therefore, this investigation was an important initial step in educative processes which emerge from the relation between a health professional and a pregnant patient. This study aimed at understanding educative processes that emerge from the relation physician-patient regarding sexually transmitted diseases (STD) and the patients' self-perception of hazards reported while they undergo prenatal care provided by the Brazilian Unified Health System. This study analyzed how pregnant women understood the educative processes of STD, taking into account that health professionals were educators in the prenatal care process. Both qualitative and quantitative approaches were applied to this study since a phenomenon can be understood from different perspectives. The quantitative phase was called Perinatal Study whereas the qualitative one was named Study of the Educative Processes in the Gestational Period from the Perspective of Pregnant Women and Health Professionals. Both phases resulted in papers which constitute the text of the dissertation, i. e., "Pathological Vaginal Discharge in Pregnant Women: Occurrence and Association Patterns in a Study with a Population in the Extreme South of Brazil" and "Health Education: Educative Processes of Sexually Transmitted Diseases Resulting from Experience Sharing among Health Professionals and Pregnant Women". The quantitative phase enabled them to show the relevance of the theme STD and gestation. A cross-sectional study was carried out with a standardized tool which was applied to all women who delivered their children in one out of two maternity wards in Rio Grande, RS, Brazil, in 2010. Mothers provided information on demographic and reproductive characteristics, besides the assistance they got during gestation and delivery. In addition, they were asked about gestational interoccurrences, such as vaginal discharge with pathological characteristics. Results in this phase showed that a significant number of pregnant women undergoes symptoms associated with STD, i. e., 43% out of 2,395 pregnant women under study mentioned there was vaginal discharge in their gestational period. The symptom vaginal discharge was significantly associated with depression, gestational anemia, threat of preterm delivery and urinary infection. The qualitative phase showed how educative processes of STD are developed during prenatal care. The analysis of health professionals' and pregnant women's discourses was carried out in the light of the Discursive Textual Analysis and led to the following categories: body care; information on STD; and high vulnerability to STD during gestation. The analysis showed that there were discrepancies in the discourses regarding how information on STD was obtained, a fact that reinforces the need of more significant educative processes in the relation between the health professional and the patient in order to mitigate hazards caused by STD during gestation. Therefore, educative processes of STD resulting from the relation between physician and patient are still considered incipient. Results of this study showed that professionals know the theme and the hazards for the evolution of gestation. However, pregnant women's reports confronted this statement since they showed that this knowledge is not constructed in the prenatal appointments. Even though they are the right moment to diagnose, guide and construct knowledge about transmission, treatment, prevention and consequences of STD for pregnant women and their children, the theme is not addressed.

Key words: sexually transmitted disease; gestation; health education.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Hospital Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande | 29 |
| Figura 2. Maternidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande | 29 |
| Figura 3. Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.-HU/FURG | 30 |
| Figura 4. Maternidade do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr | 30 |
| Figura 5. PAM- Posto de Atendimento Médico - SMS do Rio Grande | 36 |
| Figura 6. Posto Marluz - SMS do Rio Grande | 36 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Características Gerais das Gestantes do Estudo Perinatal. Rio Grande, RS, 2010.. | 31 |
| Tabela 2. Questões Referentes ao Conhecimento sobre DST e o Uso de Preservativo Durante a Gestação, Aplicadas as 27 Gestantes Entrevistadas em Postos de Saúde. Rio Grande, RS. 2011 | 37 |
| Tabela 3. Dados Gerais das 27 Gestantes Entrevistadas em Postos de Saúde. Rio Grande, RS. 2011. | 38 |
| Tabela 4. Conteúdo Programático do Curso “Atenção à Gestante e Humanização do Parto”, Rio Grande, RS. 2010..... | 41 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1. Características Emergentes Iniciais..... | 50 |
|---|----|

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------------|--|
| AIDS | SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA |
| ATD | ANÁLISE TEXTUAL DISCURSIVA |
| BCF | BATIMENTO CARDIO FETAL |
| CTA | CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO |
| DIU | DISPOSITIVO INTRA UTERINO |
| DST | DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMITIDA |
| DUM | DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO |
| FEE | FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA |
| FURG | FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE |
| HIV | VIRUS DA IMUNODEFICIENCIA HUMANA |
| HPV | PAPILOMA VIRUS HUMANO |
| HU | HOSPITAL UNIVERSITÁRIO |
| IC | INTERVALO DE CONFIANÇA |
| MEC | MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA |
| MS | MINISTÉRIO DA SAÚDE |
| OMS | ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE |
| PAM | POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO |
| PCN | PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS |
| PIB | PRUDUTO INTERNO BRUTO |
| RP | RAZÃO DE PREVALÊNCIA |
| SIM | SISTEMA DE INFORMAÇÃO MORTALIDADE |
| SINASC | SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS |
| SMS | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE |
| SUS | SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |
| TCLE | TERMO DE CONSENTIMENTO INFOMADO LIVRE E ESCARECIDO |
| UFPEL | UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1. INTRODUÇÃO | 14 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO: OPERANDO CONCEITOS | 18 |
| 2.1 Tipos de Educação | 18 |
| 2.2 Risco e Vulnerabilidade | 22 |
| 3. PRODUÇÃO DE DADOS | 27 |
| 3.1 Abordagem Quantitativa da Pesquisa | 28 |
| 3.2 Abordagem Qualitativa da Pesquisa | 34 |
| 3.2.1 Estudo dos Processos Educativos no Período Gestacional sob a Ótica das Gestantes | 35 |
| 3.2.2 Estudo dos Processos Educativos no Período Gestacional sob a Ótica dos Profissionais da Saúde | 39 |
| 4. ANÁLISE DE DADOS | 27 |
| 4.1 Análise Quantitativa..... | 45 |
| 4.2 Análise Qualitativa..... | 46 |
| 5. ARTIGOS PRODUZIDOS | 52 |
| 5.1 Artigo I – Corrimento Vaginal Patológico entre Gestantes: padrão de ocorrência e de associação em um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil | 53 |
| 5.2 Artigo II – Educação em Saúde: processos educativos emergentes da relação entre profissionais de saúde e gestantes sobre doença sexualmente transmitida..... | 82 |
| 6. CONSIDERAÇÕES | 86 |
| 7. REFERÊNCIAS | 96 |
| ANEXOS | 99 |
| Anexo I Modelo hierárquico de análise para fatores associados à ocorrência de corrimento vaginal patológico | 99 |
| Anexo II Instrumento de coleta dados das gestantes no estudo qualitativo | 100 |
| Anexo III Instrumento coleta de dados dos profissionais da saúde | 105 |

| | |
|--|-----|
| Anexo IV Instrumento de coleta do Estudo Perinatal | 106 |
| Anexo V Manual do entrevistador | 133 |
| Anexo VI Termo de consentimento informado do estudo quantitativo | 173 |
| Anexo VII Termo de consentimento informado do estudo qualitativo fornecido as gestantes | 174 |
| Anexo VIII Termo de consentimento informado fornecido aos profissionais da saúde | 177 |
| Anexo IX Depoimentos de profissionais da saúde | 179 |
| Anexo X Depoimentos das gestantes | 191 |

1. INTRODUÇÃO

Intensificam-se, e afligem a população brasileira, os problemas relacionados à saúde, os quais não estão dissociados daqueles vinculados à educação, tais como: o uso indevido de drogas, a violência familiar e urbana o isolamento social, a gravidez indesejada, entre outros. Portanto, os processos preventivos precisam ser engendrados em sua complexidade, articulando Educação e Saúde, imbricados aos movimentos e situações de risco que envolvem o individual e o coletivo. Tal como assinala Freire

Não haveria cultura nem história sem risco, assumido ou não, quer dizer, risco de que o sujeito que o corre se acha mais ou menos consciente. Posso não saber, agora, que riscos corro, mas sei que, como *presença* no mundo, corro risco. É que o risco é um ingrediente necessário à mobilidade sem a qual não há cultura nem história. Daí a importância de uma educação que, em lugar de procurar; negar o risco estimule mulheres e homens a assumi-lo. É assumindo o risco, sua inevitabilidade, que me preparo ou me torno apto a assumir este risco que me desafia agora e a que devo responder (FREIRE, 2000, p. 15).

Movidas pelos riscos existentes nos contextos em que as relações pedagógicas são construídas e a Educação aflora em seu sentido mais amplo, no nosso atuar como médica e educadora, fomos instigadas à realização da pesquisa junto a profissionais médicos e gestantes do município do Rio Grande/RS.

O estudo está vinculado à linha de pesquisa Educação Científica: Processos de Ensino e Aprendizagem na Escola, na Universidade e no Laboratório de Pesquisa, do Programa de Pós-Graduação Educação em Ciências: química da vida e saúde e tem como foco a pesquisa em espaço educativo não formal.

A pesquisa tem como objetivo geral investigar e compreender os processos educativos emergentes da relação médico(a)-paciente sobre a doença sexualmente transmitida (DST) e a autopercepção de risco entre gestantes que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) para a realização de acompanhamento pré-natal. Nosso questionamento inicial é: *“Os processos educativos desenvolvidos na relação médico (a) -paciente são suficientes para a prevenção e identificação dos problemas associados à Doença Sexualmente Transmitida-DST?”*.

De modo específico, nossa intenção foi a de analisar o entendimento do tema e a percepção de risco entre gestantes; identificar quais os processos educativos que contribuem para o autoconhecimento; investigar quais são os processos educativos vivenciados pelas gestantes e o tipo de informação recebida durante as consultas, e também investigar se o profissional da saúde se percebe como educador na relação médico (a)-paciente.

O interesse sobre a temática tem aderência com a minha vida profissional e acadêmica. Além disso, meu envolvimento com o tema “Educação em Saúde” teve início com o meu primeiro curso de graduação, iniciado em 1984, Ciências – Licenciatura. Durante o curso, prestei vestibular para Medicina, concluindo os dois em 1993, ambos pela Universidade Federal do Rio Grande - FURG.

Cursei especialização em Ginecologia e Obstetrícia em Porto Alegre durante três anos, regressando a Rio Grande em 1997, ocasião em que fui contratada através de Concurso Público como médica plantonista do Hospital Universitário da FURG. Durante os anos de 2000 e 2001, fui professora substituta na disciplina de Ginecologia e Obstetrícia do antigo Departamento Materno Infantil da Faculdade de Medicina da FURG, onde iniciei minha trajetória na área da Educação e Pesquisa em Saúde. Concomitante, exercia o cargo de médica plantonista no Hospital Universitário, local acadêmico onde os alunos do curso de Medicina, Enfermagem e médicos residentes completam seus aprendizados. Durante cinco anos, coordenei a Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, participando do processo de formação de novos profissionais dessa especialidade.

O contato com a formação de profissionais e a oportunidade de realização de pesquisa na área médica me motivou a ingressar no programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, onde obtive meu título de mestre em 2006, com a pesquisa “Corrimento vaginal entre gestantes e fatores associados”. Este estudo, de caráter quantitativo com delineamento transversal, buscava relações causais entre sintomas de doença sexualmente transmitida autorreferido e fatores como renda familiar, grau de escolaridade, antecedentes clínicos como doenças prévias e concomitantes durante a gestação, assistência pré-natal, antecedentes obstétricos como número de filhos e intercorrências durante a gestação, entre outros. Depois de concluída a dissertação, envolvi-me com dois projetos relacionados ao tema “Corrimento Vaginal entre Gestantes”, todos com abordagem quantitativa.

Minha experiência como educadora com formação em Ciências – Licenciatura, médica obstetra e pesquisadora propiciou a emergência de questionamentos sobre o tema. Portanto, tive a intenção de estudar neste trabalho os processos educativos desenvolvidos na relação médico(a)-paciente e a compreensão das mulheres sobre a prevenção e identificação dos problemas associados à doença sexualmente transmitida utilizando, para tanto, uma abordagem qualitativa de **cunho fenomenológico**.

Pelo exposto, considero que a Educação em Saúde, quando bem desenvolvida, pode ser eficaz no combate às DST, uma vez que, por meio da Educação, o indivíduo pode ser orientado e sensibilizado, conseqüentemente, tornando-se sujeito autônomo que realiza o

autocuidado e adota um estilo de vida mais saudável. Sob essa perspectiva, consideramos relevante pesquisar as questões relacionadas aos saberes emergentes do acompanhamento pré-natal de gestantes usuárias do SUS da cidade do Rio Grande.

Portanto, justifica-se esta pesquisa tendo em vista ser a gestação um período em que as mulheres encontram-se mais vulneráveis do ponto de vista biológico e social.

Historicamente, a gestação é um fenômeno fisiológico que evolui sem intercorrências ou complicações na maioria dos casos. A partir do século XX, iniciou-se no Brasil a assistência pré-natal ou pré-natal, que é o conjunto de ações exercidas por um profissional da área da saúde que visa uma melhor condição de saúde tanto para mulher como para o seu bebê, evitando danos para ambos.

Muitas mulheres já trazem fatores de risco prévios à gestação que podem comprometer a sua saúde e a de seu filho, ou adquirem durante a gestação, sendo necessário o acompanhamento pré-natal para detecção dessas injúrias que podem prejudicar a evolução saudável da gestação. Durante o pré-natal, o profissional da saúde tem a oportunidade de proporcionar orientações que auxiliam na detecção e prevenção de doenças, entre elas, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

As DST podem causar graves danos à saúde da gestante e do recém-nascido como, por exemplo, a prematuridade e o baixo peso ao nascer, as infecções intrauterinas durante a gestação e após o parto, bem como infecção da ferida operatória após parto cesáreo (PASSINI et al., 2010; LARSSON et al., 2007; JACOBSON et al., 2002). Estima-se que a cada ano ocorre, em nível global, cerca de 450 milhões de novos casos de DST, representando a segunda maior causa de perda de vida saudável entre as mulheres de 15 a 49 anos, sendo que, deste total, calcula-se que 12 milhões de casos acontecem no Brasil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). A DST é fator facilitador para a infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) por atuar como porta de entrada e por caracterizar a não utilização de qualquer proteção nas relações sexuais.

A gestação é fase da vida de maior vulnerabilidade biológica e social à DST. As alterações biológicas (anatômicas e imunológicas) próprias da gestação, tais como mucosa genital menos espessa e de superfície maior e imunidade celular diminuída, aumentam a suscetibilidade da gestante à DST. Pesquisas realizadas em serviços especializados no atendimento de DST sugerem que a prevalência dessas patologias é significativamente maior entre as mulheres grávidas se comparada às demais mulheres atendidas nesses serviços (NICOLAI et al., 2003; APEA-KUBI et al., 2004).

O componente social da vulnerabilidade envolve o acesso às informações, às possibilidades de compreendê-las e o poder de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana. Mulheres brasileiras, em geral, usam preservativo masculino com a intenção de contracepção, mas não para se prevenir de DST (FERNANDES et al., 2000). Essa maior exposição decorre possivelmente de desinformação e da baixa negociabilidade com o parceiro quanto ao uso de preservativos, o que aumenta substancialmente o risco de contrair DST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A partir da perspectiva apresentada, temos como argumento de tese que os processos educativos desenvolvidos na relação médico(a)-paciente não garantem o êxito da prevenção e identificação dos problemas associados a DST durante a gestação. Neste sentido, tentaremos, por meio desta pesquisa, compreender, a partir dos discursos de profissionais da saúde e de gestantes, como são construídos os conhecimentos referentes a essa temática e como tais aprendizagens podem contribuir para prevenção das DST.

Esta tese está organizada em quatro capítulos. No primeiro capítulo, abordamos os referenciais teóricos que fundamentarão este trabalho, discutindo conceitos como Educação Formal, Educação Informal, Educação Não Formal, Educação em Saúde e Risco e Vulnerabilidade. No capítulo seguinte, serão discutidas as estratégias metodológicas, tais como as ferramentas de produção e de análise de dados. O terceiro capítulo apresenta os artigos produzidos, que sintetizam as duas importantes abordagens da pesquisa: Estudo perinatal (abordagem quantitativa) e estudo sobre a produção dos conhecimentos referentes à DST durante o pré-natal (abordagem qualitativa). No quarto capítulo apresentamos as considerações as quais julgamos não serem as finais.

Optando por este formato de tese, corremos o risco de possíveis sobreposições e repetições nas discussões. Buscamos minimizá-las ao máximo selecionando duas temáticas distintas para a organização dos artigos cujas abordagens diferenciam-se entre si. Assim, esta forma de apresentação proporciona a divulgação em eventos e em revistas, permitindo que um maior número de pessoas possa ter acesso aos resultados deste estudo, possibilitando talvez outros modos de olhar, entender e significar como ocorre a produção de conhecimentos referente à DST entre gestantes a fim de contribuir e minimizar as complicações decorrentes deste evento.

2. REFERENCIAL TEÓRICO: OPERANDO CONCEITOS

Não é possível pensar em uma sociedade sem Educação e vice-versa; uma não sobrevive sem a outra; são indissociáveis. Para Brandão (1981, p. 9), “Ninguém escapa da Educação”. A Educação ocorre em vários locais somos aprendentes em praticamente todos os momentos de nossa vida. Ela ocorre não apenas em espaços formais como na escola, mas também em casa, nas ruas, na mídia e também em locais onde ocorrem trabalhos de prevenção e cuidados com a saúde. Segundo Brandão (1981, p. 9): “Não há uma forma única nem um único modelo de Educação; a escola não é o único lugar onde ela acontece e talvez nem seja o melhor; o ensino escolar não é a sua única prática e o professor profissional não é o seu único praticante”.

Para Freire (1996, p. 110):

Como experiência especificamente humana, a Educação é uma forma de intervenção no mundo. Quando falo em Educação como intervenção, me refiro tanto à que aspira a mudanças radicais, na sociedade, no campo da economia, das relações humanas, da propriedade, do direito ao trabalho, a terra, à Educação, à saúde, quanto à que, pelo contrário, reacionariamente pretende imobilizar a História a manter a ordem injusta.

Usando estes referenciais como principais aportes teóricos do trabalho desenvolvido, neste capítulo, pretende-se abordar os conceitos fundamentais que serão trabalhados nos artigos que compõem a tese. Buscamos definir, de forma breve, os diversos tipos de Educação, como Educação Formal, Não Formal, Educação Informal, Educação em Saúde, bem como explorar os conceitos de Risco e Vulnerabilidade.

2.1 Tipos de Educação

Segundo Brandão (1981), o modelo de Educação Formal das sociedades ocidentais surgiu na Grécia e de lá para Roma, Esparta e Atenas, espalhando-se pelo mundo. Esse modelo de Educação era dividido em instrução para trabalho (normas de trabalho – *tecne*) destinado a trabalhadores manuais, livres ou escravos e em Educação para vida (normas para vida – *teoria*) destinada a homens livres e, se possível, nobres. Surgiu, então, por volta de 600 a.C., a escola primária ou escola de primeiras letras. Ali, o mestre-escola lecionava as

primeiras letras e contas para os meninos livres, plebeus ou nobres. Na cultura grega, a Educação plena – *paideiac* –, cultura construída a partir da Educação, que objetivava a formação harmônica do homem para a vida, começava fora de casa depois dos sete anos de idade.

Desde então, percebe-se que o ensino nas culturas ocidentais e tecnologicamente desenvolvidas pouco se transformou. A Educação Formal está sujeita a normatizações e, de acordo com Brandão (1981, p. 26)

O ensino formal é o momento em que a Educação se sujeita à pedagogia (a teoria de Educação), cria situações próprias para o seu exercício, produz os seus métodos, estabelece suas regras e tempos, e constitui executores especializados. É quando aparecem a escola, o aluno e o professor.

Compreende-se que a Educação Formal possui tempo e espaço pré-determinados e uma hierarquia delimitada. É legitimada por um órgão regulador, tendo objetivos e diretrizes pré-estabelecidos. Segundo Gohn (2006, p. 28), a Educação Formal é “aquela desenvolvida nas escolas, com conteúdos previamente demarcados”. Para este mesmo autor:

Na Educação formal, entre outros objetivos destacam-se os relativos ao ensino e aprendizagem de conteúdos historicamente sistematizados, normatizados por leis, dentre os quais destacam-se o de formar o indivíduo como um cidadão ativo, desenvolver habilidades e competências várias, desenvolver a criatividade, percepção, motricidade etc. (2006, p. 29).

A prevenção das doenças sexualmente transmissíveis está incluída nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) como tema transversal, devendo perpassar, preferencialmente, todas as disciplinas. Os temas transversais dizem respeito a conteúdos de caráter social que devem ser inseridos no currículo do Ensino Fundamental e Médio não como uma área de conhecimento específico, mas como conteúdo a ser ministrado em várias áreas estabelecidas. Os Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Básico indicam como um dos objetivos do Ensino Fundamental que o aluno seja capaz de: “Conhecer seu próprio corpo e dele cuidar, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde da coletividade” (PCN, 1998, p. 7).

A escola, local essencialmente pedagógico onde a maioria da população tem acesso, em determinado momento da sua vida, configura-se como espaço e tempo de aprendizagens, e, portanto, uma grande fonte de informação sobre DST. Assim, o desenvolvimento do tema transversal Prevenção de DST/AIDS, como sugerido nos Parâmetros Curriculares Nacionais do Ministério da Educação pode atuar minimizando a vulnerabilidade sociocultural de jovens frente às DST.

No entanto, não aprendemos somente em espaços formais de ensino. A Educação Informal é um processo de Educação permanente que se estende por toda a vida, na qual as pessoas adquirem conhecimentos por meio de sua vivência com o mundo. Não é institucionalizada, nem tem objetivos explícitos ou qualquer grau de sistematização. Não há intencionalidade na produção dos conhecimentos (LIBÂNEO, 2008). Portanto, compreende-se que a Educação Informal faz parte do processo de socialização do indivíduo.

A Educação Informal é o processo de aprendizagem permanente distinto entre as diversas culturas que se prolonga por toda a vida. Segundo Libâneo (2008, p. 90), “essas relações educativas são contraídas independentemente da consciência das finalidades que se pretende”. Já para Brandão, não há diferença entre Educação Informal e Não Formal:

Tudo que existe disponível e criado em uma cultura como *conhecimento* que se adquire através da experiência pessoal *com o mundo* ou *com o outro*; tudo o que se aprende de um modo ou de outro faz parte do processo de *endoculturação*, através do qual um grupo social aos poucos *socializa*, em sua cultura, os seus membros, como tipos de sujeitos sociais (1981, p. 25).

Assim, podemos considerar que não se aprende apenas na escola. O lugar de aprendizagem “É o lugar da vida e do trabalho; a casa, o templo, a oficina, o barco, o mato, o quintal. Espaço que apenas reúne pessoas e tipos de atividade e onde *viver o fazer faz o saber*” (BRANDÃO, 1981, p. 32).

Gohn (2006, p. 28) corrobora e afirma que a Educação Informal é:

Tudo aquilo que os indivíduos aprendem durante seu processo de socialização – na família, bairro, clube, amigos e é carregada de valores e culturas próprias, de pertencimento e sentimentos herdados e na Educação informal, os agentes educadores são os pais, a família em geral, os amigos, os vizinhos, colegas de escola, a igreja paroquial, os meios de comunicação de massa, etc.

A Educação Informal, no que tange à Educação em Saúde, pode ser identificada nos costumes referentes aos cuidados em saúde que são transmitidos de geração em geração nas diferentes culturas. Esses saberes prévios podem ser valorizados pelo profissional da saúde na construção de conhecimentos referente à adoção de melhores hábitos de vida, conhecimento de seu corpo, assim como os mecanismos de prevenção de agravos.

As leituras de autores como Freire e Vasconcelos nos possibilitam compreender a importância de ações em Educação em Saúde serem abordadas em uma perspectiva **dialógica e emancipatória**, levando em conta o saber prévio do educando, na intenção de “contribuir para a autonomia dos usuários dos serviços de saúde no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e enfermidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 10).

Para Freire (2003, p. 79) “Ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”. Sua

teoria qualifica a compreensão de Educação que podemos inferir para a área da Saúde, onde os conhecimentos prévios da gestante devem ser levados em conta no processo de construção do conhecimento acerca dos controles dos agravos causados pelas DST.

A Educação Não Formal é uma forma de Educação onde há intencionalidade em educar, mas sem a normatização institucional. Ela ocorre em ambientes fora do Sistema Formal de Educação. De acordo com Gohn (1999), a Educação Não Formal apresenta um componente social que visa gerar a conscientização dos indivíduos enquanto cidadãos. A partir dos anos 1990, “Passou-se a valorizar os processos de aprendizagem em grupos e a dar-se grande importância aos valores culturais que articulam as ações dos indivíduos” (GOHN, 1999, p. 92).

Segundo Libâneo (2008, p. 89), Educação Não Formal refere-se àquelas “atividades com caráter de intencionalidade, porém, com baixo grau de estruturação e sistematização, implicando certamente relações pedagógicas, mas não formalizadas”. Assim, há na Educação Não Formal “uma intencionalidade na ação, no ato de participar, de aprender e de transmitir ou trocar saberes” (GOHN, 2006, p. 29).

Para Gohn (2006, p; 31):

Na Educação não formal, as metodologias operadas no processo de aprendizagem partem da cultura dos indivíduos e dos grupos. O método nasce a partir de problematização da vida cotidiana; os conteúdos emergem a partir dos temas que se colocam como necessidades, carências, desafios, obstáculos ou ações empreendedoras a serem realizadas; os conteúdos não são dados a priori. São construídos no processo. O método passa pela sistematização dos modos de agir e de pensar o mundo que circunda as pessoas. Penetra-se, portanto no campo do simbólico, das orientações e representações que conferem sentido e significado às ações humanas.

Podemos identificar a Educação Não Formal na área da Saúde, principalmente aquela realizada em grupos, nas atividades desenvolvidas em alguns postos de saúde na cidade do Rio Grande. A Estratégia Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde e tem como aporte conceitual de Educação em Saúde a teoria freireana. No município, os postos de saúde que possuem a Estratégia Saúde da Família possuem, em seus cronogramas, a realização de encontros que objetivam a formação de conhecimento acerca de vários temas como, por exemplo, cuidados durante o pré-natal e orientações sobre DST.

A gestação é uma fase da vida da mulher que representa uma importante oportunidade para o profissional da Saúde construir, com a gestante, conhecimento acerca dos

cuidados com o corpo. Temas importantes como as consequências da DST durante a gestação, tanto para o seu bebê como para a mulher, deveriam ser abordados em consulta pré-natal.

Consideramos, pois que a Educação em Saúde pode ser classificada como Educação Não Formal. Assim, a Educação em Saúde configura-se como um conjunto de estratégias que visam à promoção, prevenção, cura e reabilitação nos processos de saúde e doença. Propicia a oportunidade aos usuários dos serviços de saúde de obter informações e construir conhecimentos para manter sua saúde sob controle e identificar causas do adoecimento, bem como possibilidades de prevenção.

A Educação em Saúde oferece meios para que os conhecimentos científicos produzidos na área sejam levados às pessoas por meio dos profissionais da saúde, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença propicia as condições adequadas para a adoção de hábitos e condutas saudáveis.

É importante que a Educação **em saúde** não seja realizada de forma impositiva ou restritiva, com determinação de atitudes e normativas, como se o profissional da saúde fosse o detentor de todas as verdades. Ela também não pode se limitar à simples transmissão de informações. A Educação em Saúde deve ser algo bem mais abrangente do que um simples repasse de informação e recomendações prescritivas.

Para Candeias (1997, p. 210), a Educação em Saúde é entendida como “Quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”. Portanto, ela deve oferecer condições e ferramentas para que a população tenha responsabilidade com sua saúde, assim como com a saúde da comunidade onde vive.

2.2 Risco e Vulnerabilidade

As DST representam um grande problema de saúde pública mundial. Segundo o Ministério da Saúde (2006, p. 11), “ocorrem cerca de 448 milhões de novos casos de doença sexualmente transmissível a cada ano no mundo, representando a segunda maior causa de perda de vida saudável entre as mulheres de 15 a 49 anos sendo 12 milhões de casos no Brasil”.

Essas patologias estão entre as principais causas de procura dos serviços de saúde, sendo fator facilitador para a infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), por fornecer portas de entrada principalmente quando cursam com lesões ulcerativas e por

caracterizar a não utilização de quaisquer proteções nas relações sexuais. São doenças de difícil detecção, uma vez que acarretam poucos sintomas visíveis e, muitas vezes, apresentam-se de forma assintomática (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Desde o início da epidemia do HIV, houve um aumento do número de mulheres infectadas e diminuição na relação entre homens e mulheres infectados. Em 1986, eram 15,1 homens para uma mulher e em 2005, 1,5 homens para cada mulher. O aumento preocupante da feminilização dessa epidemia, sendo sua incidência maior entre 15 a 49 anos, acarreta maior risco na fase reprodutiva da mulher e aumenta o risco de transmissão vertical (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Dados referentes a 2012 do Ministério da Saúde (2013, p. 13) estimam que no Brasil 718 mil pessoas vivem com o vírus da Imuno Deficiência Humana - HIV ou Aids (condição em que a doença já se manifestou). “Do total de 8.622 casos de Aids no sexo feminino notificados no ano de 2012 (2013, p.18), 91,2% possuem informação sobre a forma de transmissão ou categoria de exposição. Dessas, 96,6% são em heterossexuais, 2,5% em usuárias de drogas injetável, 0,8% ocorreram por transmissão vertical (quando a contaminação ocorre intra útero ou no momento do parto) e 0,1% por transfusão sanguínea”. Em 2012 o número de casos notificados de HIV em gestantes foi de 7.097 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A gestação apresenta maior vulnerabilidade para a gênese de doenças sexualmente transmissíveis com risco aumentado de repercussões negativas no desenvolvimento do recém-nascido e na vida futura da gestante, sendo a sua incidência maior nesta fase da vida da mulher. Segundo Ayres et al. (2003, p. 127), vulnerabilidade é um conceito amplo e complexo que: “implica o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento [e a outros agravos sociais] como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos [e] contextuais”.

O conceito de risco, segundo este mesmo autor,

Conformou-se como um instrumento preditivo de quantificação das possibilidades de indivíduos ou populações virem a sofrer determinados agravos, em sentido lato, a partir da identificação de associações entre eventos ou condições insalubres, do ponto de vista biológico, social ou moral, e outros eventos e condições saudáveis, do mesmo ponto de vista, e que seriam causalmente relacionáveis (2003, p. 127).

A consulta de pré-natal é a oportunidade única de fazer triagem, fornecer informações e construir conhecimentos sobre formas de transmissão, tratamento, prevenção e consequências para a gestante e seu bebê.

A ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis durante a gravidez representa risco aumentado de morbidade e mortalidade para o feto e o recém-nascido como abortos,

natimortos, prematuridade, infecções congênitas e perinatais, em virtude da transmissão vertical (LIMA; VIANA, 2009). Para a mulher, essas doenças estão associadas a risco de gravidez ectópica e infecções puerperais (MULLICK et al., 2005). Diagnosticando e tratando precoce e adequadamente, as consequências para a mãe e para o concepto podem ser minimizadas.

A prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e suas consequências à saúde constituem um foco de atenção da saúde pública, que deve ter por objetivo minimizar as vulnerabilidades a essas patologias. Sendo a prevenção a melhor opção para o controle das DST, é essencial o atendimento diferenciado à gestante, visando diagnóstico, tratamento e prevenção de recorrência, assim como o tratamento do parceiro. O atendimento da portadora de DST deve levar em conta o seu contexto cultural e a sua compreensão da doença para que, então, sejam desenvolvidas as estratégias preventivas.

A gravidez não confere à mulher nenhuma proteção em relação às doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que essas podem acometer tanto mulheres grávidas quanto não grávidas. Durante a gestação, a mulher fica mais suscetível às infecções, pois, nesta condição, ocorrem alterações fisiológicas como a diminuição nos mecanismos de defesa do seu organismo, assim como alterações anatômicas que aumentam o risco de contaminação. As DST que cursam com ulcerações podem aumentar o risco de contaminação com HIV em até 18 vezes aumentando a importância do diagnóstico e divulgação dos mecanismos de proteção contra DST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Segundo Everett et al. (2006, p. 298) “Apesar de as características anatômicas e fisiológicas da mulher contribuírem para a sua maior vulnerabilidade feminina frente às DST, vários autores referem que os fatores socioeconômicos e culturais são mais contundentes, e explicam mais adequadamente o quadro atual”. Contribui para esta maior vulnerabilidade feminina as DST as questões relacionadas ao gênero. Segundo Scott (1990, p. 14) “gênero é uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e mulheres”. Para a autora, “Gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1990, p. 14).

As **relações de gênero** são marcadas pela desigualdade dos papéis sociais desempenhados por homens e mulheres. Essa desigualdade dificulta a negociação da adoção de práticas de sexo mais seguras e, conseqüentemente, a prevenção contra DST, uma vez que, normalmente, ocorre a submissão das mulheres aos homens no que diz respeito à utilização de prevenção, o que aumenta a vulnerabilidade feminina as DST.

É alto o número de brasileiros que reconhecem o uso do preservativo como método eficaz na prevenção contra DST. Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 2006, foi observado aumento no número de pessoas que sabem que o uso do preservativo diminui o risco para aquisição do HIV. Deste, 96,1% sabem que podem ser infectadas pelo HIV se não usarem o preservativo. Em 1998, o percentual era de 78,6%. Entretanto, pesquisas mostram que a proporção de mulheres que usam preservativo em todas as relações sexuais ainda é bastante baixa, apesar de terem um conhecimento razoável sobre a temática (FERNANDES et al., 2000).

Em pesquisa realizada com 249 mulheres por Fernandes et al. (2000), foi observado que apenas 7,6% relataram uso consistente de preservativo. No Brasil, as campanhas do Ministério da Saúde também conseguiram aumentar a frequência do uso de preservativo, principalmente entre os jovens. Todavia, o uso de preservativo para evitar a gravidez mostrou ser uma motivação mais forte do que a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Sobre a utilização de preservativos com parceiro fixo, estudo realizado em seis capitais brasileiras com 3.600 gestantes, mostrou que apenas 6,2% sempre utilizavam, mostrando baixo percentual entre este grupo específico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Fernandes et al. (2000), em pesquisa com usuárias do Sistema Único de Saúde, observaram que entre as justificativas para o não uso de preservativo foi evidenciado: 27% como sendo o fato de estarem grávidas, 11% em razão de terem parceiro fixo e 19% por estarem usando outro método anticoncepcional. Nesse mesmo estudo, a justificativa para o uso de preservativo como contracepção foi de 12,9% das adolescentes e 8,8% das mulheres adultas, enquanto o objetivo de evitar contrair doenças foi respectivamente de 3,2% e 2,4%.

Sobre o uso de preservativo entre homens, pesquisa realizada na Cidade do México evidenciou aqueles com parceiras regulares utilizam o preservativo como forma de planejamento da família em 86,7% e como forma de prevenção a DST em 12,1% quando questionados sobre a última relação (HERNANDÉZ-GIRÓN et al., 1999).

Em investigação desenvolvida junto a 27 homens de camadas populares na cidade do Rio de Janeiro, Almeida (2002) encontrou uma estreita relação entre o não uso do preservativo no relacionamento de casal e a fidelidade. Isso porque, de acordo com o autor (2002, p. 801) “homens relataram que, com o casamento, estabeleceram uma relação de exclusividade e fizeram um pacto de fidelidade com as esposas, o que leva ao uso do preservativo em situações especiais e a considerá-lo como provisório no casamento”.

A vinculação entre uso do preservativo, fidelidade/infidelidade e confiança/desconfiança no casal foi também encontrada por Fonseca (2004) ao observar que entre adolescentes, um número considerável de jovens relata o uso do preservativo apenas na primeira relação sexual com uma(um) parceira(o), dispensando-o em seguida, por causa da confiança que tem nela(e).

Ainda sobre a utilização de preservativo durante a primeira relação sexual e sua diminuição ao longo do tempo, Teixeira et al. (2006, p. 1387) em pesquisa realizada com cerca de 4 mil jovens de 18-24 anos afirmam que “o percentual de utilização foi de 80,7% entre as moças e 88,6% para os rapazes durante a primeira relação sexual enquanto a última relação o uso de preservativo cai para 38,8% e 56%, para moças e rapazes, respectivamente”.

Esses dados corroboram com outro estudo desenvolvido em Fortaleza em que entre “914 adolescentes foi verificado que as razões mais frequentes referidas para o não uso do preservativo foram: confiança no parceiro, parceiro não gosta, redução do prazer e quebra do clima da relação sexual” (VIEIRA et al., 2004, p. 79).

Pelo exposto, podemos observar que a não utilização de proteção contra as DST vai além do conhecimento sobre os riscos de uma relação desprotegida. A autoproteção e o cuidado com o corpo envolvem, fundamentalmente, questões culturais e de gênero.

Os conhecimentos que podem ser produzidos sobre DST na gestação são de importância para a melhoria da qualidade de vida e para uma gestação saudável. O profissional da saúde atuando como educador no acompanhamento pré-natal, possui papel determinante ao estimular a autonomia da gestante no controle e prevenção dessas patologias que tanto desfavorecem a sua saúde e a do seu filho.

3. PRODUÇÃO DE DADOS

Este estudo oferece abordagem qualitativa e quantitativa, tendo em vista que um mesmo fenômeno pode ser compreendido por diferentes ângulos. Por essa razão, concordamos com Minayo (2007, p. 63) ao afirmar que “nos fenômenos sociais há possibilidade de se analisarem regularidades, frequências, mas também relações, história, representações, ponto de vista e lógica interna dos sujeitos em ação”.

Optamos pela abordagem concomitante de métodos quantitativos e qualitativos, pois os mesmos possibilitam integrar o maior número possível de informações pertinentes ao alcance do objetivo, produzindo novos sentidos ao fenômeno em estudo. Para isso, utilizamos multimétodos com o propósito de compreender se os processos educativos **são** desenvolvidos na relação médico(a)-paciente **são** suficientes para a prevenção e identificação dos problemas associados à DST.

Segundo Minayo (2007), a utilização dessa abordagem multimétodos permite compreender as propriedades numéricas e as qualidades intrínsecas dos fenômenos, trazendo à luz significação e intencionalidade. Segundo essa mesma autora (2007, p. 57), “os dois tipos de métodos têm seu papel, seu lugar e sua adequação [...]. No entanto, ambos podem conduzir a resultados importantes sobre a realidade social, não havendo sentido de atribuir prioridade de um sobre o outro”.

Neste capítulo, serão discutidas as estratégias metodológicas e as ferramentas de análise empregadas na obtenção dos dados em seu viés qualitativo e quantitativo.

Denominaremos, nesta pesquisa, a etapa quantitativa de Estudo Perinatal e a etapa qualitativa de Estudo dos Processos Educativos no Período Gestacional Sob a Ótica das Gestantes e dos Profissionais da Saúde. Cada etapa originou um artigo, que constituem o corpo da tese, intitulados: “Corrimento Vaginal Patológico entre Gestantes: Padrão de Ocorrência e de Associação em um Estudo de Base Populacional no Extremo Sul do Brasil”

e “Educação em Saúde: Processos Educativos Emergentes da Relação entre Profissionais da Saúde e Gestantes sobre Doença Sexualmente Transmitida”.

O Estudo Perinatal teve abordagem quantitativa com delineamento do tipo transversal, o qual fez parte de uma pesquisa intitulada “Estudo Perinatal 2010: Reavaliando as Condições de Assistência à Gestação e ao Parto no Município do Rio Grande” no qual todas as mulheres residentes nesse município, e que tiveram seus filhos entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2010, foram entrevistadas e tiveram os dados de sua gestação registrados, assim como os dados do recém-nascido.

Para a análise dos dados, foi construído modelo hierárquico (Anexo I) utilizando-se análises estatísticas, sendo que, para as comparações entre proporções, utilizou-se teste do qui-quadrado, ao passo que, para a análise multivariada, utilizou-se a regressão de Poisson. Para o Estudo dos Processos Educativos no Período Gestacional, tivemos como pano de fundo as **teorias fenomenológica e hermenêutica**, com o objetivo de compreender e descrever os conhecimentos emergentes da relação médico(a)-gestante durante a realização do pré-natal no olhar da gestante e do profissional da saúde. Para isso, foram entrevistadas gestantes utilizando-se como instrumento de produção de dados um questionário semiestruturado com

questões fechadas e abertas (Anexo II). Nosso objetivo foi obter informações sobre os antecedentes pessoais e perfil socioeconômico da gestante, como renda familiar, grau de escolaridade, tipo de habitação, entre outras. As questões abertas referiam-se ao conhecimento/informação que as gestantes possuíam sobre DST.

Para compreender o discurso dos profissionais de saúde sobre o tema (médicos e enfermeiros), foram utilizadas questões semiestruturadas que abordavam questões sobre a forma como tais profissionais orientam as pacientes gestantes acerca do tema DST (Anexo III). Os profissionais colaboradores da pesquisa participaram de um Curso de Educação Continuada promovido pela Universidade Federal do Rio Grande em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio Grande intitulado “Atenção à Gestante e Humanização do Parto”, realizado de março a novembro de 2010 e que foi coordenado pela pesquisadora. O curso teve como objetivo melhorar o atendimento e a qualidade da atenção durante o pré-natal e o parto das gestantes do município do Rio Grande.

3.1 Abordagem Quantitativa da Pesquisa

A opção de utilizar a abordagem quantitativa de delineamento do tipo transversal se justifica visto este ser o meio mais adequado para medir a ocorrência de doença e/ou eventos frequentes, e de possibilitar a coleta de informações para um elevado número de sujeitos em um curto espaço de tempo.

Cabe lembrar que o estudo foi submetido para e aprovado pelo Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia do Rio Grande (protocolo número 009/2009) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande do Hospital Universitário (protocolo número 23116006258/2009-64 – 53/2009).

Assim, foram incluídas, neste estudo, todas as gestantes que tiveram seus partos realizados na maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande (Figuras 1 e 2) e no Hospital Universitário da FURG (Figuras 3 e 4) entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2010. Foram elegíveis para este estudo todos os recém-nascidos com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas ou 20 semanas ou mais de idade gestacional cujas mães residiam no município de Rio Grande.



Figura 1. Hospital Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande.

Fonte: Guto Vieira da Fonseca.



Figura 2. Maternidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande.
Fonte: Tânia Vieira da Fonseca.



Figura 3. Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. – HU/FURG.
Fonte: Guto Vieira da Fonseca.



Figura 4. Maternidade Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.
Fonte: Tânia Vieira da Fonseca.

Como mencionado anteriormente, o delineamento utilizado foi do tipo transversal (seccional ou de prevalência) com as mães entrevistadas na maternidade por ocasião do parto. Tratou-se de um censo onde foram incluídos todos os recém-nascidos do município que apresentam as características mencionadas anteriormente. Dentre os cerca de 2.600 nascimentos ocorridos anualmente no município de Rio Grande, 99% deles ocorrem em uma dessas maternidades. Foram incluídas também as crianças nascidas no domicílio. Para isso, foi realizado um rastreamento por meio do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) a fim de identificar os nascidos no domicílio.

O instrumento de coleta de dados utilizado para o Estudo Perinatal foi um questionário único pré-codificado constituído de 220 questões abertas e fechadas, aplicado à mãe em até 24 horas após o parto (Anexo IV) do qual seis questões (81 a 86) buscavam informações sobre a ocorrência e sintomas de corrimento vaginal que em até 90% dos casos está associado a uma DST (BECKER et al, 2010). Esse questionário buscou informações também sobre o local de residência da família, características demográficas, ocupação,

história reprodutiva e hábitos de vida das mães; nível socioeconômico, posse de eletrodomésticos e condições de habitação e saneamento de suas famílias, além de características de trabalho dos pais; assistência recebida durante a gestação e o parto, acesso e utilização de serviços preventivos e curativos em saúde, conhecimento sobre amamentação e dieta, imunização e identificação de doença respiratória baixa, entre outros. Algumas dessas observações podem ser visualizadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características Gerais das Gestantes do Estudo Perinatal. Rio Grande, RS. 2010.

| Características Maternas | Números Absolutos | Percentual |
|---|--------------------------|-------------------|
| Corrimento vaginal gestação anterior | | |
| Não | 1.029 | 43% |
| Sim | 1.366 | 57% |
| Idade mãe no parto | | |
| | | % |
| Até 19 anos | 445 | 18,58 |
| 20 a 29 | 1.261 | 52,65 |
| 30 ou + | 689 | 28,77 |
| Cor da pele da mãe autorreferida | | |
| Branca | 1.639 | 68,49 |
| Morena/parda/mulata | 509 | 21,27 |
| Preta | 245 | 10,24 |
| Vive com marido ou companheiro | | |
| Não | 403 | 16,83 |
| Sim | 1.992 | 83,17 |
| Escolaridade da mãe em anos | | |
| 0-4 | 191 | 7,97 |
| 5-8 | 890 | 37,16 |
| 9-11 | 1.066 | 44,51 |
| 12+ | 248 | 10,35 |
| Índice de bens | | |
| Mais pobres | 798 | 33,35 |
| Intermediários | 798 | 33,35 |
| Mais ricos | 797 | 33,31 |
| Número de filhos nascidos vivos | | |
| 0 | 1.052 | 43,92 |
| 1 | 339 | 14,15 |
| 2 | 542 | 22,63 |
| 3 ou + | 462 | 19,29 |
| Se esta gravidez foi planejada | | |
| Sim, planejou | 863 | 36,03 |
| Não, foi sem querer | 1.328 | 55,45 |
| Mais ou menos | 204 | 8,52 |
| Se realizou 6 ou mais consultas de pré-natal | | |
| Não | 452 | 19,97 |
| Sim | 1.811 | 80,03 |

| Corrimento vaginal gestação anterior | | |
|---|--------------|----------------|
| Não | 1.136 | 88,47 |
| Sim | 148 | 11,53 |
| Total | 2.395 | 100,00% |

Além disso, foi realizada uma avaliação da criança com a realização de exame físico para a obtenção de medidas como comprimento, perímetro cefálico, perímetro torácico e circunferência abdominal. O peso ao nascer utilizado foi o registrado no livro de registro da enfermagem.

A idade gestacional dos nativos (nascidos vivos) foi avaliada a partir da data da última menstruação (DUM) anotada no cartão da gestante, ou referida pela mãe (nesta ordem de prioridade) e por ultrassonografia realizada antes de 20 semanas de gestação. Dos valores válidos restantes, a idade gestacional foi atribuída obedecendo primeiro a DUM e, depois, a ultrassonografia.

Um questionário específico foi utilizado para o segundo recém-nascido no caso de partos gemelares, evitando-se, assim, repetição desnecessária de perguntas.

Quatro candidatas selecionadas como entrevistadoras foram treinadas durante cinco dias consecutivos. O treinamento constituiu de leitura do questionário (Anexo IV) e do manual de instruções (Anexo V), aplicação do questionário em duplas e *role-playing* – situação em que um dos treinados se faz passar por entrevistado e responde o questionário perante os demais. Ao final do treinamento, três candidatas foram contratadas.

O estudo piloto foi realizado na primeira quinzena de dezembro de 2009 nas duas maternidades da cidade e teve por objetivo testar o questionário a ser utilizado, bem como o enunciado de cada questão. Além disso, buscou-se avaliar a logística do estudo, como o deslocamento da entrevistadora dentro da maternidade e o tempo gasto na aplicação do questionário e obtenção do peso ao nascer nas maternidades. Nessa etapa, cada entrevistadora aplicou pelo menos quatro questionários completos, e as dúvidas decorrentes do estudo piloto foram sanadas. A quarta entrevistadora treinada permaneceu como suplente para a eventualidade de alguma substituição. A escolha das entrevistadoras foi baseada no interesse demonstrado em participar do estudo, no desempenho e na assiduidade no treinamento. Todos os instrumentos utilizados no estudo foram acompanhados de um manual com instruções detalhadas de preenchimento.

As entrevistadoras permaneceram em regime de rodízio nas duas maternidades da cidade, que distam não mais do que 100 metros uma da outra, em tempo integral. Nesta ocasião, as entrevistadoras buscaram por aquelas parturientes residentes no município de Rio

Grande, então, era explicado a cada mãe os objetivos do estudo e a mesma era convidada a participar. Havendo concordância, o termo de consentimento (Anexo VI) era assinado pela mãe, autorizando a realização da entrevista.

Após a leitura do termo de consentimento por parte da entrevistadora e da assinatura da participante do estudo, uma cópia do Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue a cada uma das gestantes. Além disso, foi garantida a confidencialidade dos dados, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificativa.

O questionário foi aplicado nas dependências dos hospitais participantes do estudo. As visitas ocorreram nos turnos da manhã e tarde, e, caso a participante do estudo estivesse disponível e em condições para responder o questionário, este foi aplicado já na primeira visita. Caso isto não fosse possível, um novo horário, que atendesse ao desejo da mãe e permitido pelo hospital, foi estipulado.

Ao final de cada dia de trabalho, a entrevistadora codificava os questionários por ela aplicados. Ainda na mesma semana, a entrevistadora os entregava na sede do estudo onde as questões abertas eram codificadas e os questionários foram integralmente revisados por um revisor específico, bolsista de iniciação científica, e entregues à digitação.

Para o controle de qualidade, foram refeitas 10% das entrevistas com as mães em suas residências. O principal objetivo do controle de qualidade foi garantir que as entrevistas tenham sido realizadas na íntegra e de forma adequada.

No Estudo Perinatal, foi possível observar algumas recusas na participação, o que não se observou no Estudo dos Processos Educativos no Período Gestacional. Isto possivelmente se deve ao fato de que os colaboradores da etapa qualitativa já conheciam a pesquisadora. Portanto, de um total de 2.464 mães residentes no Município de Rio Grande, que deram à luz nas duas maternidades da cidade, obtivemos informações sobre 2.395 delas, o que representa uma taxa de resposta de 97,2%. Sessenta e nove mães se recusaram a participar do estudo ou não foram encontradas.

Dentre as 2.395 gestantes, 43% referiram sintomas sugestivos de DST no período gestacional. As seguintes variáveis mostraram-se significativamente associadas à ocorrência de corrimento vaginal referido: idade, índice de bens e ocorrência prévia de aborto e de corrimento vaginal na gestação anterior. Corrimento vaginal com sintoma sugestivo de DST mostrou-se ainda associado de forma significativa com depressão, anemia gestacional, ameaça de parto prematuro e infecção urinária.

O Estudo Perinatal nesta tese teve como maior objetivo evidenciar a relevância do tema DST e gestação, demonstrando as relações de causalidade e reforçando a necessidade da realização de um pré-natal de qualidade.

Como descrito previamente, este estudo fez parte de uma pesquisa intitulada “Estudo Perinatal 2010: Reavaliando as Condições de Assistência à Gestação e ao Parto no Município do Rio Grande”, que teve como um dos objetivos avaliar o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos durante a gestação e o parto conforme características demográficas e reprodutivas da mãe e o nível socioeconômico da família. Apresentou também como objetivo determinar o perfil epidemiológico dos recém-nascidos do município de Rio Grande, identificando grupos de risco predispostos a maior morbimortalidade no primeiro ano de vida, e reavaliar as condições de assistência à gestação e ao parto.

3.2 Abordagem Qualitativa da Pesquisa

Embora a formação acadêmica na área médica priorize abordagens quantitativas, a necessidade de buscar explicações que as análises estatísticas não fornecem levou-me a optar pela abordagem multimétodos, associando abordagens quantitativas e qualitativas. Assim, o entrelaçamento dos métodos se apresentou como um desafio, já que a produção e a análise de dados qualitativos fugiram das usuais trajetórias metodológicas utilizadas previamente.

Assim, a etapa qualitativa possibilitou um novo olhar sobre as compreensões das gestantes e de profissionais da saúde sobre o tema DST e gestação. Além disso, permitiu inferências sobre os saberes referentes às DST na evolução da gestação que emergem da relação profissional da saúde e gestante, bem como sobre a maneira com que o tema é abordado por parte dos sujeitos da pesquisa.

Para a produção dos dados sobre os saberes que emergem da relação do profissional da saúde e gestantes usuárias do SUS sobre DST, foram realizadas entrevistas com as gestantes (Anexo II). Os discursos dos profissionais da saúde foram obtidos através de produções escritas durante o Curso de Educação Continuada intitulado “Assistência à Gestante e Humanização do Parto”. Os dois *locus* de produção de dados serão detalhados nos próximos itens visando uma melhor compreensão dos mesmos.

Para a análise dos dados produzidos, foi utilizada a Análise Textual Discursiva (ATD) (MORAES; GALIAZZI, 2007), que consiste em fragmentar e remontar textos examinando a essência dos discursos dos sujeitos e estabelecendo relações desses discursos

com o fenômeno investigado. O processo analítico será descrito de maneira pormenorizada no Capítulo 4 deste trabalho.

3.2.1 Estudo dos Processos Educativos no Período Gestacional sob a Ótica das Gestantes

Com a intenção de refletir sobre os saberes das gestantes que emergem a partir de sua relação com o profissional da saúde durante o pré-natal sobre DST, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as gestantes. As questões abordadas na entrevista eram de caráter fechado e aberto. As questões fechadas buscaram informações sobre os antecedentes pessoais e perfil socioeconômico da gestante, e as questões abertas referiam-se ao conhecimento/informação que as gestantes possuíam sobre DST e como estes saberes foram construídos.

As entrevistas foram realizadas em diferentes postos de saúde do município de Rio Grande. Os postos selecionados foram o PAM (Posto de Atendimento Médico) (Figura 5), localizado no centro da cidade e que concentra o atendimento à gestante de outros bairros periféricos que não têm atendimento pré-natal, e o posto Marluz (Figura 6), localizado na periferia da cidade. Ambos realizam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).



Figura 5. Posto de Atendimento Médico
Fonte: Guto Vieira da Fonseca



Figura 6. Posto Marluz
Fonte: Desconhecida

Foram entrevistadas 27 gestantes, com diferentes idades gestacionais, durante consulta pré-natal realizadas nesses dois postos de saúde da Secretária Municipal da Saúde do Rio Grande durante os meses de julho e agosto de 2011. Durante a consulta, foi explicado o objetivo da pesquisa e perguntado à gestante se ela gostaria de participar. Em caso positivo, foi solicitado que a gestante assinasse o Termo de Consentimento Informado (Anexo VII), requisito indispensável em pesquisas com seres humanos, quando foi garantido o sigilo dos dados. Além disso, a realização desta pesquisa foi autorizada pelo Núcleo Municipal de Educação Permanente Em Saúde – NEPES da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio Grande, sob o protocolo número 013/2011.

No momento da entrevista, 40 questões fechadas (Anexo II) buscavam obter informações sobre o nível socioeconômico, renda familiar, escolaridade, trabalho remunerado, histórico de vida reprodutiva, entre outras; as 13 questões abertas eram referentes ao conhecimento sobre DST, o uso de preservativo durante a gestação, locais de produção de conhecimento sobre DST, entre outras (Tabela 2). As questões abertas foram gravadas e transcritas posteriormente.

Tabela 2. Questões referentes ao conhecimento sobre DST e o uso de preservativo durante a gestação, aplicadas as 27 gestantes entrevistadas em postos de saúde. Rio Grande, RS. 2011.

| | |
|----|--|
| 1. | O que é DST? |
| 2. | Como se previne uma DST? |
| 3. | Como a mulher pode saber que está com uma DST? |
| 4. | Antes de engravidar, você usava preservativo? |

| | |
|-----|---|
| 5. | Você usa preservativo durante a gestação? |
| 6. | A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? |
| 7. | De 1 a 10, qual é o risco de você adquirir uma DST? |
| 8. | Você conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? |
| 9. | Você ou seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou outras drogas antes das relações sexuais? |
| 10. | Quais as consequências das DST para a gestante? |
| 11. | Quais as consequências das DST para o bebê? |
| 12. | Quais as orientações que você já recebeu durante o pré-natal sobre como se prevenir para não ter uma DST? |
| 13. | Quais meios ou quem a informou? |

Cada participante recebeu um codinome de flor por questões de sigilo. A idade média das gestantes é de 23,6 anos (17 a 38 anos), duas gestantes se identificaram com solteiras ou sem companheiro. A renda familiar média foi de dois salários mínimos (variou de meio a nove salários). Quanto à escolaridade, a média foi de 8,5 anos completos, variando de zero a 15 anos. Entre as participantes, apenas uma referiu uso frequente de preservativo como método de prevenção contra DST durante a gestação. Esses dados podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3. Dados Gerais das 27 Gestantes Entrevistadas em Postos de Saúde. Rio Grande, RS, 2011.

| Flor | Idade (anos) | Estado Civil | Nº de Filhos | Renda Familiar | Renda Pessoal | Escolaridade | Uso de Preservativo |
|---------------|--------------|----------------------------|--------------|----------------|---------------|---------------|---------------------|
| Acácia | 19 | Casada ou c/ companheiro | 0 | R\$800 | Não | 2º incompleto | Não usa |
| Açucena | 17 | Casada ou c/ companheiro | 0 | R\$800 | Não | 1º completo | Não usa |
| Alecrim | 38 | Casada ou c/ companheiro | 8 | R\$300 | Não | 1º incompleto | Não usa |
| Alfazema | 26 | Casada ou c/ companheiro | 3 | R\$500 | Não | 1º incompleto | Não usa |
| Amor Perfeito | 19 | Casada ou c/ companheiro | 0 | R\$1.000 | Não | 2º completo | Não usa |
| Azálea | 31 | Solteira ou s/ companheiro | 4 | R\$300 | Sim | 1º incompleto | Não usa |
| Begônia | 28 | Casada ou c/ | 0 | R\$900 | Sim | 2º completo | Não usa |

| | | companheiro | | | | | |
|--------------------|----|-------------------------------|---|----------|-----|---------------|---------------|
| Brinco de Princesa | 34 | Casada ou c/ companheiro | 5 | R\$200 | Não | 2° incompleto | Não usa |
| Cacto | 27 | Casada ou c/ companheiro | 1 | R\$1.000 | Sim | 3° completo | Não usa |
| Camélia | 20 | Casada ou c/ companheiro | 0 | R\$500 | Não | 2° completo | Não usa |
| Copo de Leite | 30 | Casada ou c/ companheiro | 2 | R\$1.300 | Não | 2° incompleto | Não usa |
| Cravo | 27 | Casada ou c/ companheiro | 3 | R\$900 | Não | 1° incompleto | Não usa |
| Crisântemo | 22 | Casada ou c/ companheiro | 0 | R\$800 | Não | 1° completo | Não usa |
| Dália | 18 | Solteira ou s/ companheiro | 0 | R\$3.500 | Sim | 3° completo | Não usa |
| Flor de Lis | 24 | Casada ou c/ companheiro | 1 | R\$800 | Não | 3° completo | Uso frequente |
| Gardênia | 18 | Casada ou c/ companheiro | 0 | R\$1.000 | Não | 2° incompleto | Não usa |
| Gerânio | 24 | Casada ou c/ companheiro | 1 | R\$5.000 | Não | 1° incompleto | Não usa |
| Gérbera | 22 | Casada ou c/ companheiro | 0 | R\$600 | Não | 1° incompleto | Não usa |
| Girassol | 24 | Casada ou c/ companheiro | 0 | R\$1.800 | Sim | 2° completo | Não usa |
| Hortênsia | 30 | Casada ou c/ companheiro | 1 | R\$4.500 | Sim | 2° completo | Não usa |
| Íris | 27 | Casada ou c/ companheiro | 2 | R\$1.000 | Não | 1° incompleto | Não usa |
| Jasmim | 30 | Casada ou c/ companheiro | 0 | R\$1.600 | Sim | 2° completo | Não usa |
| Lavanda | 33 | Casada ou c/ companheiro | 1 | R\$1.600 | Não | 2° completo | Não usa |
| Lírio | 16 | Casada ou c/ companheiro | 0 | R\$1.000 | Não | 1° incompleto | Não usa |
| Lisianto | 17 | Casada ou c/ companheiro | 0 | R\$1.000 | Não | 1° incompleto | Não usa |
| Lótus | 17 | Casada ou c/ companheiro | 0 | R\$1.700 | Sim | 1° incompleto | Não usa |

3.2.2 Estudo dos Processos Educativos no Período Gestacional sob a Ótica dos Profissionais da Saúde

Para compreender a abordagem de alguns profissionais de saúde sobre o tema gestação e DST durante a realização do pré-natal, foram analisados os discursos de médicos e enfermeiros acerca de como os mesmos orientam as pacientes gestantes sobre o assunto. Esses profissionais eram participantes de um curso de Educação Continuada promovido pela Universidade Federal do Rio Grande em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio Grande intitulado “Atenção à Gestante e Humanização do Parto”, realizado de março a novembro de 2010, que teve como objetivo melhorar o atendimento e a qualidade da

atenção durante o pré-natal e o parto das gestantes do município do Rio Grande. Esse curso foi organizado e coordenado pela própria pesquisadora e propiciou a produção dos dados da pesquisa relacionados aos profissionais da saúde.

A proposta do curso emergiu da necessidade de discutir a forma como a assistência é prestada aos pacientes, e as dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho dos profissionais da área da saúde e em suas relações entre as equipes multiprofissionais, que, muitas vezes, não são dialógicas. Essas dificuldades podem ocasionar problemas na qualidade da assistência prestada ao paciente e gerar insatisfação do profissional da saúde.

Além disso, o trabalhador, quando inserido em sua área de atuação, muitas vezes não realiza ações de aperfeiçoamento e capacitação, seja por falta de tempo, por ter, em alguns casos, uma jornada dupla de trabalho, seja por falta de motivação pessoal ou de oportunidade. Assim, ao observarmos a vivência do processo de trabalho desenvolvido no Hospital Universitário (HU) Dr. Miguel Riet Correa Jr. da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) por profissionais que prestam assistência à paciente gestante, entendeu-se que havia necessidade de desenvolver atividades educativas que pudessem minimizar as dificuldades encontradas no dia a dia.

Portanto, com o intuito de proporcionar atualização e integração dos profissionais da área da saúde, e também de construir novos saberes e práticas no atendimento à gestante do município, foi organizado o curso “Atenção à Gestante e Humanização do Parto”. Nele, o principal objetivo foi desenvolver atividades que possibilitassem aumento na qualidade do atendimento às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a melhoria do atendimento das pacientes gestantes usuárias da rede básica que encontram no HU local de assistência ao seu parto e, sendo o mesmo centro de referência para as gestantes de alto risco, havia a necessidade de integração entre as equipes das Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a equipe que prestava assistência a nível hospitalar. A adoção de protocolos padronizados de assistência entre os dois níveis de atendimento era necessário para aprimorar o atendimento à gestante.

Assim, surgiu a possibilidade de trabalhar com a Educação Continuada dos profissionais enfermeiros e médicos da SMS e do HU, considerando a importância do processo de atualização. A necessidade da construção de novos saberes que valorizassem a experiência do trabalhador em saúde e que contribuísse para aprendizagens significativas e transformadoras das práticas profissionais foi o que norteou a realização do curso de capacitação.

Dessa forma, pretendeu-se desenvolver ações que viabilizassem a construção de conhecimentos junto aos profissionais da saúde, com a intenção de qualificar suas ações no atendimento às gestantes. Assim, o curso buscou aproximar teorias, práticas e políticas públicas atualizadas na assistência à saúde dos profissionais que atuam no HU e na Secretaria Municipal da Saúde do Rio Grande na área de atenção à mulher gestante.

O curso teve início em março de 2010 e término em novembro 2010, tendo como público-alvo médicos e enfermeiros do HU e SMS. Neste, buscou-se promover a atualização das equipes frente aos conhecimentos específicos sobre a organização e o processo de trabalho, políticas públicas de saúde e ética profissional. Além disso, foram abordados conhecimentos relativos ao campo da teoria/prática na assistência à gestante de baixo e alto risco em unidades básicas e em níveis hospitalares.

O desenvolvimento do curso foi realizado no anfiteatro do HU/FURG em encontros semanais realizados nas quartas-feiras no turno da noite (19h às 23h). Foram totalizadas 150 horas/aula, distribuídas em sete módulos. Ao final de cada módulo, foi proposta uma avaliação, determinada pelo coordenador do módulo (teste, avaliação da participação, produção de texto, entre outros).

Foram oferecidas 80 vagas para servidores da FURG e SMS. Ao iniciar o curso, estavam presentes 36 profissionais do HU, 33 profissionais da secretaria da saúde e três profissionais sem vínculo com as duas instituições, totalizando 72 participantes. Concluíram o curso 66 participantes.

Reitera-se que curso foi dividido em sete módulos como descritos a seguir: Módulo I: políticas públicas; Módulo II: ética no serviço público; Módulo III: ética na saúde; Módulo IV: assistência à saúde da gestante; Módulo V: técnicas atuais de parto; Módulo VI: construção de protocolos de assistência à gestante e Módulo VII: ginástica laboral e ergonomia. A Tabela 4 mostra em detalhes os temas desenvolvidos.

Tabela 4. Conteúdo programático do Curso “Atenção à Gestante e Humanização do Parto”, Rio Grande, RS, 2010.

| | | | | |
|----------|------------------------------|------------|--|---|
| Módulo I | POLÍTICAS PÚBLICAS 12h | 17/03/2010 | CONTROLE MORTALIDADE INFANTIL MATERNA | <ul style="list-style-type: none"> – Responsabilidades – Indicadores de Saúde – Qualidade no Pré-Natal |
| | | 24/03/2010 | SUS | <ul style="list-style-type: none"> – Princípios, lei 8080, direitos e deveres dos usuários e Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde – Estratégias estaduais no controle da mortalidade |

| | | | | |
|------------|--|------------|---|--|
| | | | | infantil e materna |
| | | 31/03/2010 | PROGRAMA DA SAÚDE DA MULHER | – PHPN – Níveis de complexidade na Assistência à Saúde da Mulher na Cidade do Rio Grande |
| Módulo II | ÉTICA NO SERVIÇO PÚBLICO 12h | 07/04/2010 | ÉTICA | Código de Ética do Servidor Público |
| | | 14/04/2010 | RELAÇÕES HUMANAS | Relações Humanas |
| | | 28/04/2010 | RELAÇÕES HUMANAS | Relações Humanas |
| Módulo III | ÉTICA NA SAÚDE 8h | 05/05/2010 | Responsabilidade profissional | Responsabilidade profissional |
| | | 12/05/2010 | Situações de violência contra mulher | – Lei Maria da Penha – Conduta e Profilaxias nas situações de abuso sexual |
| Módulo IV | ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA GESTANTE 44h | 19/05/2010 | Organização do pré-natal de baixo risco | – Princípios gerais e diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal – Acolhimento abordagem psicológica |
| | | 26/05/2010 | Ações educativas | – Orientação nutricional da gestante e amamentação – Orientações fisioterápicas durante a gestação – Saúde Bucal na gestação |
| | | 02/06/2010 | Puerpério | – Orientações e complicações – Planejamento familiar |
| | | 09/06/2010 | Organização do pré-natal de alto risco – padronização de condutas | – Manejo ambulatorial dos quadros hipertensivos |
| | | 16/06/2010 | Manejo processos infecciosos | – Infecção do trato urinário – Vaginites |
| | | 23/06/2010 | Manejo processos infecciosos | – Hepatite B e C e Toxoplasmose |
| | | 30/06/2010 | Manejo processos infecciosos | – Sífilis, infecção por HIV e outras DST |
| | | 07/07/2010 | Manejo ambulatorial dos distúrbios metabólicos | – Diabetes <i>mellitus</i> na gestação e distúrbios da tireoide – Distúrbios gastrointestinais |

| | | | | |
|-----------|---------------------------------|---------------------|--|---|
| | | | | na gestação |
| | | 14/07/2010 | Intercorrências clínicas na gestação | <ul style="list-style-type: none"> – Anemia e Coagulopatias – Asma na gestação |
| | | 21/07/2010 | Intercorrências clínicas na gestação | <ul style="list-style-type: none"> – Distúrbios psiquiátricos e drogas de ação central – Epilepsia manejo na gestação |
| | | 28/07/2010 | Drogas e gestação | <ul style="list-style-type: none"> – Dependência química na gestação |
| | | 04/08/2010 | Situações de urgência obstétrica | <ul style="list-style-type: none"> – Síndromes hemorrágicas – Gestação prolongada – Amniorrexe prematura – Trabalho de parto prematuro |
| Módulo V | TÉCNICAS ATUAIS DE PARTO 24h | 11/08/2010 | Humanização do parto | <ul style="list-style-type: none"> – Rotinas de internação obstétrica conforme normatizações PHPN – Presença de acompanhante + curso de gestante |
| | | 18/08/2010 | Acompanhamento do trabalho de parto | <ul style="list-style-type: none"> – Partograma – Técnicas e intercorrências no período pré, trans e pós – Rotinas de enfermagem |
| | | 25/08/2010 | Parto Cesário – Indicações | <ul style="list-style-type: none"> – Técnicas e intercorrências no período pré, trans e pós-operatório – Rotinas de enfermagem na central de recuperação |
| | | 01/09/2010 | Assistência ao RN | <ul style="list-style-type: none"> – Assistência na sala de parto ao RN pré-termo, a termo, pós-termo – Programa Ser Saudável |
| | | Programação Prática | 08/09 a 17/09/2014 | <ul style="list-style-type: none"> – Enfermagem e Secretaria Saúde – 2 turnos de 4h no CO, sala de parto e/ou bloco cirúrgico – Médicos obstetras do HU e convidados – 2 turnos de 4h (10 e 11/09/2010 sexta e sábado) de técnicas de fórceps |
| Módulo VI | CONSTRUÇÃO DE | 22/09/2010 | Protocolos de pré-natal de baixo risco | <ul style="list-style-type: none"> – Estrutura do pré-natal com padronização de carteira de |

| | | | | |
|------------|---|-----------------------------|--|--|
| | PROTOCOLOS DE ASSISTÊNCIA À GESTANTE 32h | | | pré-natal para adoção em todos os serviços – Calendário de consultas, vacinas, exames |
| | | 29/09/2010 | Orientação nutricional e amamentação | – Confecção de folheto de orientação – Manejo principais sintomas – Tratamento das intercorrências – Padronização de drogas oferecidas pela rede básica |
| | | 06/10/2010 | Protocolos de pré-natal de alto risco | – Manejo dos quadros hipertensivos e pós-datismo |
| | | 13/10/2010 | Protocolos de pré-natal de alto risco | – Manejo dos quadros endócrinos e TPP |
| | | 20/10/2010 | Protocolos de pré-natal de alto risco | – Manejo dos quadros neurológicos e psiquiátricos |
| | | 27/10/2010 | Protocolos de pré-natal de alto risco | – Manejo dos quadros infecciosos |
| | | 03/11/2010 | Protocolos de assistência pré-natal | – Puerpério e Planejamento Familiar – Protocolos de puerpério – RUPREME e Sangramento na Gestação |
| | | 10/11/2010 | Capacitação Inserção DIU | |
| Módulo VII | GINÁSTICA LABORAL E ERGONOMIA | Durante todo o curso 14h | Ministrado por Fisioterapeuta do HU/FURG | |

O quarto módulo, no qual fui coordenadora, incluía discussões sobre infecções e gestação, entre elas, as DST. Como forma de avaliação, propus que os participantes escrevessem suas compreensões sobre o tema “Como o profissional da saúde deve orientar as gestantes sobre DSTs”. Dentre os profissionais que participaram do módulo, 42 demonstraram interesse em participar da pesquisa. Assim, os mesmos assinaram o termo de consentimento informado (Anexo VIII) seus relatos escritos constituíram o *corpus* de análise da presente tese.

4. ANÁLISE DE DADOS

4.1 Análise Quantitativa

Como salientado anteriormente, o estudo quantitativo tentou demonstrar a relevância do tema DST e gestação mostrando, através de relações de significância, as associações de sintomas de DST e desfechos insatisfatórios da gestação. A análise dos dados quantitativos iniciou a partir da digitação dos questionários com entrada dupla, por digitadores independentes, bolsistas de iniciação científica da FURG, em ordem inversa ao do primeiro digitador. O passo seguinte envolveu a verificação de consistência dos dados, a partir de um mapa construído previamente, tendo como roteiro o próprio questionário. Assim, respostas contraditórias foram identificadas e, quando necessário, o questionário foi devolvido para o supervisor da coleta de dados a fim de elucidar o problema com a entrevistadora responsável. Ao final do processo de consistência, os dados foram acumulados em um banco para a criação das variáveis derivadas, como, por exemplo, ocorrência de corrimento vaginal com características patológicas durante a gestação.

A entrada de dados foi realizada com o Epi Info 6.04 e a validação da digitação, análise de consistência e a criação de variáveis foram realizadas por meio do programa Stata versão 9.2. A análise de dados foi realizada obedecendo a um modelo hierárquico prévio para o desfecho “ocorrência de corrimento vaginal patológico” (Anexo I).

A significância estatística de cada variável no modelo foi avaliada por meio do teste de Wald. Inicialmente, cada bloco de variáveis de um determinado nível foi incluído na análise, mantendo-se no modelo todas aquelas variáveis com valor de $p \leq 0.20$. Neste modelo, as variáveis, situadas em um nível hierarquicamente superior ao da variável em questão, foram consideradas potenciais confundidores na relação com o desfecho definido, enquanto as variáveis situadas em níveis inferiores foram consideradas potenciais mediadores da associação. As variáveis, selecionadas em um determinado nível, permaneceram no modelo e consideradas como fatores de risco para o desfecho em questão, mesmo que, com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, venham a perder sua significância estatística.

Para as comparações entre proporções, utilizou-se teste do qui-quadrado. As medidas de ocorrência e de efeito utilizadas foram prevalência e razão de prevalências, respectivamente. As razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) foram calculados por meio da regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Como dito anteriormente, adotou-se um valor-p de 0,20 para entrada das variáveis no modelo ajustado de análise com o objetivo de controlar possíveis fatores de confusão. A análise multivariada foi realizada obedecendo ao modelo hierárquico definido previamente.

4.2 Análise Qualitativa

Os dados qualitativos deste trabalho foram analisados por meio da Análise Textual Discursiva (ATD). Optamos por essa metodologia, uma vez que assumimos a fala e a escrita como formações discursivas, de forma que se faz necessário destacar as razões para convertê-las em objeto de análise. Assim, a ATD, como ferramenta analítica, é procedimento de pesquisa que cria espaços de reconstrução, envolvendo elementos diversificados, especialmente a compreensão da produção de significados sobre os fenômenos investigados e a transformação do próprio pesquisador.

Destacamos a importância dessa ferramenta analítica para o desenvolvimento das pesquisas em saúde, pois ela permite a interpretação da realidade a partir das vozes dos sujeitos, valorizando as produções de sentido individuais e buscando associá-las com seu contexto. Ao trabalharmos com a ATD, pretendemos captar os sentidos explícitos e não explícitos na fala e escrita, de maneira que fosse possível compreender o fenômeno investigado. Assim, neste subcapítulo, discutiremos sobre a análise dos discursos de gestantes e profissionais da saúde, descrevendo os passos da Análise Textual Discursiva.

Essa metodologia de análise possibilita expressar e produzir sentidos. Além disso, ela permite que o pesquisador alcance, a partir de seus conhecimentos e de sua bagagem empírica e teórica, outras formas de interpretações do fenômeno que está sendo investigado. Portanto, a ATD pode ser entendida como:

[...] um processo auto-organizado de construção em que novos entendimentos emergem a partir de uma sequência recursiva de três componentes: a desconstrução dos textos do “*corpus*”, a unitarização; o estabelecimento de relações entre os elementos unitários, a categorização; o captar o emergente em que a nova compreensão é comunicada e validada. (MORAES; GALIAZZI, 2007, p. 12).

Os dados produzidos na etapa qualitativa da pesquisa foram agrupados e o *corpus* de análise constituiu-se dos textos produzidos a partir do relato dos profissionais da saúde e da transcrição das entrevistas com as gestantes (Anexos VI e VII). O primeiro passo para a análise foi a imersão e a leitura atenta das transcrições. Com essa imersão, foi possível selecionar trechos que manifestavam sentido que surgiam de minha interpretação.

A análise propriamente dita iniciou com a desconstrução do *corpus*, isto é, um processo conhecido como “unitarização”. Nesse momento, são construídas unidades de sentido, como proposto por Moraes e Galiazzi:

Unitarizar um texto é desmembrá-lo, transformando-o em unidades elementares correspondendo a elementos discriminantes de sentidos, significados importantes para a finalidade da pesquisa, denominadas de unidades de sentido ou de significado (2007, p. 49).

Na etapa de unitarização foram produzidas 511 unidades de sentido. Nessa etapa, instalou-se o caos expresso pelos autores da metodologia, pois várias unidades surgiram e foram esgotadas as possibilidades de recortes, pela pesquisadora, mantendo-se em mente sempre o objetivo da pesquisa. Foi utilizada uma planilha de Excel para facilitar a visualização dessas unidades. Para cada unidade, foram atribuídas palavras-chave e um título, com a intenção de facilitar a posterior etapa de categorização.

Para melhor compreensão, listamos algumas unidades de sentido extraídas do *corpus* de análise e os títulos a elas atribuídos:

Unidade de sentido: *Quando a gente confia no homem, quando a gente tá casada é bem mais difícil quererem usar camisinha...* (Gestante Jasmim amarelo)

Título atribuído: A relação estável dificulta o uso do preservativo

Unidade de sentido: *...Orientar sintomas de DST, para que a gestante fique atenta e relate ao seu médico.* (Relato do Profissional 42)

Título atribuído: Reforço ao autoconhecimento do corpo

Unidade de sentido: *Temos que ressaltar a importância da prevenção que será assegurada com relação duradoura, um só parceiro.* (Relato do Profissional 41)

Título atribuído: Orientar sobre os riscos da promiscuidade

Unidade de sentido: *...DST eu acho que é AIDS, tudo derivado de uma relação sexual sem proteção ou derivado de ter vários parceiros, não se cuida, não tomar nenhum cuidado, não usar camisinha.* (Gestante Acácia)

Título atribuído: DST é sinônimo de relação sexual desprotegida

Unidade de sentido: *No caso é transar sem camisinha sabendo que tem que prevenir. A gente não sabe das doenças. Mesmo explicando, assim, a gente é irresponsável de não transar de camisinha, mesmo sabendo que a gente com risco de engravidar e pôr a vida da criança em risco. Assim eu tenho um conhecido que tinha um gurizinho. A mãe dele passou para ele. Ai*

eu fiquei assim né, meio alerta. Depois na minha gravidez graças a Deus não deu nada. Vou me prevenir direito. (Gestante Dália Rosa)

Título atribuído: DST é sinônimo de relação sexual desprotegida

Unidade de sentido: *Apesar de ser difícil convencer sobre o uso de preservativo, penso que deva ser abordado este assunto com a gestante e explicado sobre as doenças que podem ser transmitidas ao bebê caso adquira uma DST e também deve ser reforçada a importância das consultas e exames pré-natal para detectar e tratar algumas DST podendo trazer danos a esse bebê.* (Relato do profissional 10)

Título atribuído: Orientar a importância da prevenção das DST

Unidade de sentido: *...informações na internet, na escola e no pré-natal anterior.* (Gestante Cacto)

Título atribuído: Algumas gestantes recebem orientação durante o pré-natal

Unidade de sentido: *Minha mãe me orientou como se cuida. A minha mãe faz “programa”.* (Gestante Lírio)

Título atribuído: A família tem papel importante na orientação sobre DST

Unidade de sentido: *Na escola, no ensino médio recebi várias palestras e na própria biologia tinha no conteúdo da escola.* (Gestante Amor-perfeito)

Título atribuído: A escola proporciona educação em saúde

Unidade de sentido: *...Na entrega do anticoncepcional no posto onde eu tinha cadastro, antes de engravidar. De alguém conversar comigo agora no pré-natal, não.* (Gestante Gérbera)

Título atribuído: O posto de saúde como fonte de orientação sobre DST

Unidade de sentido: *Durante o pré-natal ainda não recebi orientação.* (Gestante Copo-de-leite)

Título atribuído: Durante o pré-natal não recebeu orientação

Unidade de sentido: *Não uso camisinha porque meu esposo não gosta.* (Gestante Açucena)

Título atribuído: Dificil negociação do uso camisinha

Unidade de sentido: *Antes de engravidar, nunca usava. Na gestação não uso porque já não usava. Sou casada eu já tenho um parceiro há muitos anos então a gente acaba confiando. Eu até sei, até tem risco, mas nas na verdade eu não tenho motivo para desconfiar, mas a gente nunca sabe...* (Gestante Íris amarelo)

Título atribuído: O relacionamento estável favorece a não utilização de preservativo

Unidade de sentido: *Com meu parceiro atual eu usava camisinha no início e aí quando eu quis engravidar, aí não usava mais. Eu não uso camisinha durante a gravidez porque eu já estou grávida. Eu já não usava desde quando resolvi ter filho.* (Gestante Camélia Branca)

Título atribuído: Não usa porque está grávida

Concluída a etapa de unitarização, passou-se à segunda etapa analítica: a categorização das unidades de sentido. Categorizar, para Moraes e Galiuzzi (2007, p. 22) é “Um processo de comparação constante entre as unidades definidas no momento inicial da análise, levando a agrupamentos semelhantes. Conjunto de elementos de significação próximos constituem as categorias”.

Cabe lembrar que existem dois tipos de categorização que podem ser utilizadas na Análise Textual Discursiva: a categorização “a priori” e a categorização emergente. As categorias “a priori” são pré-determinadas pelo pesquisador antes mesmo de realizar a análise e são construídas a partir das teorias que fundamentam a pesquisa na busca pela confirmação dos resultados supostos. Já a categorização emergente, utilizada nesta pesquisa, surgiu a partir de intensa impregnação da pesquisadora com o *corpus* de análise, deixando o novo emergir de maneira espontânea e não vinculada a teorias pré-existentes.

Com o agrupamento das unidades de sentido, a partir de suas semelhanças ou afinidades, surgiram então, as categorias emergentes iniciais. Essas foram resultado de uma tentativa inicial de agrupamento, e, portanto, originaram 51 categorias. Alguns exemplos constam no Quadro 1.

Quadro 1. Categorias emergentes iniciais.

DST é doença transmitida na relação sexual desprotegida

Confiança no parceiro e a fidelidade mútua previne DST

O casal não utiliza preservativo porque o parceiro não gosta

O preservativo é menos utilizado na relação estável

Não usa preservativo porque parceiro fez exame

O casal não usa preservativos porque não tem sintomas

A fidelidade do casal é forma de prevenção de DST

O uso de preservativo previne DST

Durante o pré-natal não recebeu informações sobre prevenção e DST

A escola como fonte de orientação sobre DST

Não sabe os riscos das DST para a gestante

Mídia fornece informações sobre DST

Não busca informação porque não sabe ler

Algumas gestantes desconhecem outras formas de transmissão além da sexual

Postos de saúde fornecem informações sobre DST

Recebeu orientação sobre DST durante pré-natal

Importância da realização do pré-natal

Importância da orientação sobre formas de transmissão

O exercício de aproximação das categorias se manteve nas etapas seguintes. Por aproximação, foram construídas nove categorias intermediárias: (I) Importância da assistência profissional; (II) Conhecimento de sinais e sintomas de DST; (III) Falta de cuidado com o corpo; (IV) Importância do parceiro na consulta pré-natal; (V) Importância dos meios de informação sobre DST; (VI) Negociação de sexo seguro; (VII) Formas de prevenção; (VIII) Risco para o bebê e (IX) Maior vulnerabilidade às DST na gestação.

Por fim, derivadas da aproximação dos sentidos presentes nas categorias intermediárias, foram produzidas as seguintes categorias finais: cuidado com o corpo, informação sobre DST e maior vulnerabilidade à DST na gestação. Esse processo serviu de base para a construção de novos textos que expressam nossas compreensões sobre o fenômeno de processos educativos emergentes da relação médico-paciente sobre DST.

A partir das três categorias finais emergentes da análise, iniciou-se a etapa de produção dos metatextos. Os metatextos são produções teóricas que, a partir de um movimento recursivo, buscam ampliar a compreensão do fenômeno posto sob investigação. Assim, o processo de escrita dos metatextos articula as etapas anteriores da análise, constituindo-se de um processo que combina as unidades de sentido e unidades teóricas em um esforço de explicitar a compreensão do novo (MORAES; GALIAZZI, 2007).

A partir dos metatextos, foi publicado o artigo: “Educação em Saúde: Processos Educativos Emergentes da Relação entre Profissionais de Saúde e Gestantes sobre Doença Sexualmente Transmitida”, o qual compõem o corpo desta tese.

5. ARTIGOS PRODUZIDOS

Neste capítulo, apresentamos dois dos artigos que configuram as análises realizadas na produção da tese. O primeiro artigo "Pathological Vaginal Discharge among Pregnant Women: Pattern of Occurrence and Association in a Population-Based Survey, foi publicado na revista," *Obstetrics and Gynecology International*, vol. 2013, Article ID 590416, 7 pages, 2013. doi:10.1155/2013/590416. Apresentamos também a versão em português para facilitar a compreensão. Este estudo apresentou como objetivos demonstrar a relevância do tema investigando a ocorrência de sintomas de DST assim como os diversos fatores relacionados com a ocorrência entre puérperas do município do Rio Grande.

O segundo "Educação em Saúde: Processos Educativos Emergentes da Relação Entre Profissionais de Saúde e Gestantes sobre Doença Sexualmente Transmitida" foi publicado na *Revista de Investigación Y Experiências Didáticas*, IX Congreso Internacional sobre Investigación em Didáctica de Las Ciencias (2013): 1306-1310. Neste artigo, tivemos como objetivo analisar os discursos de gestantes e de profissionais da saúde sobre a doença transmitida sexualmente, identificando as aprendizagens decorrentes dos processos educativos que ocorrem na relação entre o profissional e as gestantes. Para tanto, obteve-se o relato de 27 gestantes de várias fases de gestação e 42 profissionais da saúde que realizam assistência pré-natal pelo SUS no município do Rio Grande. Para obtenção do *corpus* de análise, foram realizadas entrevistas semiestruturadas que combinaram perguntas fechadas e abertas as quais foram gravadas e transcritas. Este é o artigo que compõe o ensaio de análise desta Tese.

5.1 Artigo I

Pathological vaginal discharge among pregnant women: pattern of occurrence and association in a population-based survey

Author

Tânia Maria M. V. da Fonseca

Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da vida e Saúde -
Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

tania.fonseca@vetorial.net

Juraci A. Cesar

Divisão de População & Saúde, Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

juraci.cesar@gmail.com

Raúl A. Mendoza-Sassi²

Divisão de População & Saúde, Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

ramsassi@gmail.com

Elisabeth B. Schmidt

Professora dos Programas de Pós-Graduação em Educação Ambiental e em Educação em
Ciências, Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

elisabethlattes@gmail.com

Órgão financiador: CNPq, Edital universal 2009.

Correspondence:

Tânia Fonseca

Endereço: Rua Dr. Nascimento, 737 – Centro

96200.300 - Rio Grande, RS, Brazil.

Phone: 55.53.3232-5857

tania.fonseca@vetorial.net

Competing interests

None of the authors had financial or non-financial competing interests.

Abstract

This study aimed to assess the prevalence of pathological vaginal discharge and to describe risk factors associated among pregnant women. All women living in the city of Rio Grande, southern Brazil, who gave birth in 2010 were included in the study. A standardized questionnaire was administered to collect information on demographic, reproductive, and health-related factors and morbidity during pregnancy. The chi-square test was used to compare proportions and multivariate Poisson regression with robust variance was performed. Of the 2,395 women studied, 43% had pathological vaginal discharge during pregnancy. The adjusted analysis showed that younger women of lower socioeconomic condition, those with a past history of abortion, vaginal discharge in a previous pregnancy and treated for depression, anemia, and urinary tract infection during their current pregnancy were more likely to have pathological vaginal discharge. Vaginal discharge during pregnancy was highly prevalent in the sample studied calling for proper risk factor management at the primary care level.

Keywords: vaginal discharge, prevalence, pregnancy, risk factors, prenatal care, childbearing age.

Introduction

Vaginal discharge is a common gynecological condition among women of childbearing age that frequently requires care affecting about one-third of all women and half of pregnant women.^{1,2,3}

Pathological vaginal discharge can cause serious harm to pregnant women and their children including prematurity, low birth weight, chorioamnionitis, postpartum endometritis, and post-cesarean wound infection.^{4,5,6} It is the second leading cause of lost years of healthy life for women aged 15 to 49. It also a facilitator of human immunodeficiency virus (HIV) infection for the virus can gain entry into cells and for it evidences that these women are having unprotected sex.⁷

Vaginal discharge is normal in women in their childbearing years. It derives from physiological secretion of cervical and Bartholin's glands and *desquamation* of *vaginal epithelial cells* resulting from bacterial action in the vagina. When abnormal vaginal discharge is more abundant and has an unpleasant odor and is usually accompanied by vulval or vaginal itching, dysuria and/or dyspareunia.^{1,2} Studies carried out in developing countries demonstrated that vaginal discharge is caused by sexually transmitted infections (STIs) in up to 90% of cases.^{8,9}

During pregnancy genital mucosa becomes thinner and has greater surface area making pregnant women more susceptible to infections.^{10,11} In addition, in Brazil, women in general lack knowledge on this condition, they do not recognize it as important and are not able to follow health providers' guidance to practice good hygiene habits.^{10,12} Brazilian women are also known to use condoms exclusively as a birth control method but not for STI prevention.¹²⁻¹³

This study was carried out in Rio Grande, Southern Brazil. This municipality is the only seaport city in the state of Rio Grande do Sul. It has a population of around 200,000 inhabitants (IBGE, 2010) over 2.900 km² and its diverse economy is primarily based on port activities. The city's per capita gross domestic product (GDP) is approximately R\$ 32,000. Infant mortality rate of Rio Grande in 2010 was 11.4 per 1,000 live births (2011).¹⁴ At the time of this study, the city had two hospitals with a total capacity of 600 beds, of which 56 were obstetric beds and an average of 2,500 deliveries a year.¹⁴

This study aimed to assess the prevalence of pathological vaginal discharge and to describe risk factors associated among pregnant women.

Methods

A cross-sectional design was used to assess women who gave birth; they were interviewed only once while staying at the maternity wards. This study design was selected because it allows to assess the prevalence of the condition and/or frequent events and to collect information from a large number of individuals in a short time.¹⁵

A precoded questionnaire was developed to collect information on place of residence, demographic characteristics, maternal reproductive history, socioeconomic condition, household assets, housing and sanitation conditions, care during pregnancy and childbirth, and complications during pregnancy. Although most variables are self-explanatory, additional clarification is required for some of them: skin color: categorized by the interviewer as white, mixed, and black; household income: the income of all household members in the month preceding the interview; household asset index: household ownership of goods including vacuum cleaner, washing machine, DVD player, refrigerator, freezer, microwave oven, personal computer, telephone, radio, TV set, motor vehicle, air conditioner, and having a hired household helper. This variable also included maternal education and household income. Different components were generated and the first one was used to create a continuous score that included all variables that make direct contributions. This component had an eigenvalue of 5.18 and explained 32% of the total variance. This variable was subsequently divided into tertiles for the analyses; maternal smoking: if smoked at least once in the six months prior to pregnancy; alcohol use: if used alcohol during pregnancy; occurrence of co-morbidities such as anemia, depression, arterial hypertension, among others: affirmative answer if present; perceived abnormal vaginal discharge (outcome): reported vaginal discharge associated with at least one of the following symptoms including itching, dysuria, dyspareunia, odor and non-white color.

Four interviewer candidates were trained for five consecutive days. At the end of training three of them were hired. A pilot study was conducted in the city's two maternity hospitals to test the study questionnaire and check for any issues regarding wording of questions. At this step at least four complete questionnaires were administered by each interviewer. All instruments used in the study were provided with a manual with detailed instructions for completion.

Interviewers coded the complete questionnaires at the end of each data collection day and handed them to the study staff by the end of each week. Open questions were also coded. All questionnaires were fully reviewed and entered in EpiData 3.1. Data was later moved to

Stata 11.0 (Stata Corp., College Station, USA) for consistency analysis, categorization of variables and data analysis.

An analysis was first performed to assess frequencies and consistency of independent variables and the outcome (occurrence of pathological vaginal discharge). Data were entered in a database for labeling and construction of derived variables.

A multivariate analysis was conducted in accordance with a predefined hierarchical model. In this model some variables were considered as determinants. The variables included in the first level may have a direct contribution to the outcome (e.g., perceived pathological vaginal discharge during pregnancy) or may have a contribution through variables included in other levels, i.e., indirectly contribute to a symptom. Measures of disease occurrence and effect were prevalence and prevalence ratio, respectively. Prevalence ratios (PR) and their crude and adjusted 95% confidence intervals (95% CI) were calculated using Poisson regression with robust adjustment of variance. Variables with $p < 0.20$ were included in the adjusted model to control for potential confounders.¹⁶

The variables included in the first level of the hierarchical model were maternal age, skin color, marital status, maternal education and socioeconomic condition. In the second level the variables smoking, parity, abortion, and planned pregnancy were included. And in the third level, use of oral contraceptives, prenatal visits and vaginal discharge in the previous pregnancy were included. To investigate comorbidities associated with the prevalence of vaginal discharge potential confounding variables that were associated ($p < 0.20$) with the outcome were included. A 95% significance level was used for two-sided tests. In this analysis model, variables at an upper level than the variable in question were considered potential confounders of the outcome while those variables in lower levels were considered potential mediators of the association. Those variables selected at a given level remained in the model and were considered potential risk factors for the outcome even if they lost their statistical significance with the inclusion of lower-level variables.

For quality control 5% of the interviews were repeated. Mothers were randomly selected and home interviews were conducted using a shortened version of the study questionnaire. All respondents signed an informed consent and respondent confidentiality was ensured.

The present study was approved by the Research Ethics Committees of the Universidade Federal do Rio Grande (FURG) (protocol nr. 23116006258/2009-64 – 53/2009) and of the Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande (protocol nr. 009/2009).

Results

Of 2,464 pregnant women living in the city of Rio Grande who gave birth in 2010, 2,395 (97.25%) were included in the study.

The prevalence of vaginal discharge during pregnancy was 43% (95% CI 40.9;44.9) among all women studied. About 20% were adolescents (younger than 20), 68% were white-skinned, 83% lived with a partner, 55% had nine or more years of schooling, 26% were smokers, 44% primiparous, 14% reported previous abortion, 36% planned pregnancy, 80% attended six or more prenatal visits and 11% reported pathological vaginal discharge in a previous pregnancy. Only 53% of women who reported the occurrence of vaginal discharge underwent treatment for the symptom.

The Table shows the prevalence of pathological vaginal discharge during pregnancy according to the category of the variable included in the model and crude and adjusted PRs. The prevalence of pathological vaginal discharge ranged from 32% in women aged 30 and older to 82% in those who reported pathological vaginal discharge in a previous pregnancy.

The crude analysis showed that pathological vaginal discharge during pregnancy was significantly associated with the following variables: maternal age; living with a partner; household asset index; parity; vaginal discharge in a previous pregnancy; and diabetes, depression, threatened premature labor, urinary infection and hospitalization during the current pregnancy.

A protective effect of maternal age on the likelihood of occurrence of pathological vaginal discharge was found after adjustment. A PR of 0.72 (95% CI 0.63;0.82) was found in women aged 30 and more compared to those aged 20 to 29 years. Women in the lower wealth tertile showed a PR of 1.22 (1.07;1.39) compared to those in the highest tertile. Those who reported a previous abortion and pathological vaginal discharge in a previous pregnancy showed a PR of 1.20 (1.05;1.38) and 2.26 (2.02;2.54), respectively, compared to other women. A PR of 1.36 (1.20 to 1.54) and 1.26 (1.15; 1.38) was found in women treated for depression and anemia, respectively, compared to all other women. A PR of 1.27 (1.11;1.45) was found for threatened premature labor. Finally, a PR of 1.49 (1.36;1.63) and 1.24 (1.10;1.41), respectively, was observed on those who had urinary tract infection or were hospitalized.

Discussion

Vaginal discharge affected 43% of the women studied. The main risk factors associated were young age, low socioeconomic condition, vaginal discharge in a previous

pregnancy and depression, anemia, threatened premature labor, urinary infection and hospitalization in the current pregnancy.

A higher prevalence of vaginal discharge during pregnancy was seen in women younger than 20 (the prevalence ratio was about 50% higher). A number of studies have reported higher prevalence of vaginal discharge symptoms and STDs in younger women.^{17,18} In addition to their greater biological vulnerability, *adolescents are more* susceptible to *engaging in risky behaviors* and to acquire STDs. This is a widely known phenomenon in the context of STDs mostly due to the fact that teenagers believe that love will protect them against STDs, which partly explains the spread of these infections among women with a steady partner.¹²

This study found higher rates of vaginal discharge during pregnancy among poor women. Similar results were reported in a study conducted in the same city in 2007.¹⁸

Reporting vaginal discharge in a previous pregnancy was the strongest predictor of vaginal discharge in the current pregnancy showing a PR twice as high (PR 2.26, 2.02;2.54). This association was also demonstrated in a 2007 study¹⁷. It is possible that the previous occurrence and inadequate handling by health providers facilitate the installation of a new infectious process or, by the presence of the same risk factors, this outcome recurs in the next pregnancy. Possibly, it is due to the fact that health providers do not investigate a potential link between the complaint of vaginal discharge and STIs and their mode of transmission and thus they are not properly managed. The differentiated approach to patients with symptoms suggestive of STIs by health providers increases the probability of treatment of the sexual partner and the return to the service for the control of healing, aspects that are important to break the chain of transmission of STIs and the recurrence of symptoms^{19,20}.

This study found that vaginal discharge was associated with depression; it was seen in 55% of women who reported having depression during pregnancy. Depression rates are higher in women attending gynecological clinics and qualitative studies have demonstrated a strong relationship between vaginal discharge, psychosomatic symptoms and stress.^{21,22}

Anemia was significantly associated with vaginal discharge during pregnancy. Half of the women who had anemia reported pathological vaginal discharge. This finding is corroborated by another study with pregnant women. The high prevalence of abnormal vaginal discharge in this population shows the need to examine this relationship in greater depth in order to prevent occurrence.²³

Threatened premature labor was significantly associated with pathological vaginal discharge during pregnancy. Just over half (52%) of women who reported threat of preterm

labor complained of vaginal discharge. In this study, premature labor occurred in 15% of the women studied. An infectious cause is seen in about 40% of cases of spontaneous premature labor.^{24,25} STIs have been associated with adverse pregnancy outcomes including premature birth and low birth weight —both major determinants of infant morbidity and mortality especially in developing countries where neonatal intensive care is available only in very few centers.^{6,25}

This study showed that urinary tract infection reported during pregnancy was strongly associated with vaginal discharge, a finding that is corroborated by other studies.^{17,18} There is growing evidence supporting that genital infections during pregnancy increase the risk of urinary tract infection, which is a major risk factor for premature birth and a leading cause of neonatal death.^{24,26} It clearly shows the importance of early diagnosis and appropriate management of vaginal discharge to reduce infant deaths.

Pathological vaginal discharge was highly prevalent in the population of women studied. Younger women of low socioeconomic condition with a history of several morbid conditions during pregnancy are more likely to have vaginal discharge. These results stress a need for proper management and treatment of vaginal discharge and pregnant women should be educated on good hygiene habits and prevention. If not, this almost imperceptible though highly prevalent condition among pregnant women will continue to favor the development of more severe conditions that significantly contribute to increased infant mortality. There is an urgent need for intervention.

References

1. Naud P, Matos JC, Hammes LS, Magno V. Secreção vaginal e prurido vulvar. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani EJ, organizadores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.46.
2. Amaral ALP, Oliveira HC, Amaral LFP, Oliveira MAP. Corrimento genital. In: Halbe HW, organizador. Tratado de ginecologia. 2ª ed. São Paulo: Editora Roca; 1994. p. 501-11.
3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de controle doenças sexualmente transmissíveis. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 (Série Manuais, 68).
4. Passini RJr, Tedesco RP, Marba ST, Cecatti JG, Guinsburg R, Martinez FE, Nomura ML. Brazilian multicenter study on prevalence of preterm birth and associated factors. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;19:10-22.
5. Larsson PG, Fahraeus L, Carlsson B, Jakobsson T, Forsum U. Predisposing factors for bacterial vaginosis, treatment efficacy and pregnancy outcome among term deliveries; results from a preterm delivery study. *BMC Womens Health*. 2007;7:20.
6. Jacobson B, Pernevi P, Chidekel L, Platz-Christensen JJ. Bacterial vaginosis in early pregnancy may predispose for preterm birth and postpartum endometritis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81:1006-10.
7. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. [acesso em: 2012, Aug 27]. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/>>.
8. Mullick S, Watson-Jones D, Beksinska M, Mabey D. Sexually transmitted infections in pregnancy: prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries. *Sex Transm Infect*, 2005;81:294-302.
9. Becker M, Stephen J, Moses S, Washington R, Maclean I, Cheang M, Isac S, Ramesh BM, Alary M, Blanchard J. Etiology and determinants of sexually transmitted infections in Karnataka state, south India. *Sex Transm Dis*. 2010; 37:159-64.
10. Nicolai LM, Ethier KA, Kathleen A, Kershaw TS, Lewis JB, Ickovics JR. Pregnant adolescents at risk: sexual behaviors and sexually transmitted disease prevalence. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188:63-70.
11. Apea-Kubi KA, Yamaguchi S, Sakyi B, Kishimoto T, Ofori-Adjei D, Hagiwara T. Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, and Treponema pallidum infection in antenatal and gynecological patients at Korle-Bu Teaching Hospital, Ghana. *Jpn J Infect Dis*. 2004;57:253-256.
12. Fernandes MAS, Antonio DG, Bahamondes LG, Cupertino CV. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cad. Saúde Pública*. 2000;16(Sup. 1):103-12.

13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Fundação de Economia e Estatística (FEE) Siegfried Emanuel Heuser. http://www.fee.tcche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios_detalhe.php?municipio=Rio+Grande (acesso em 15/01/2013).
15. Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. Methods in observational epidemiology. 2nd. ed. New York: Oxford University Press; 1996.
16. Barros AJ, Hiraakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3:21.
17. Fonseca TMV, Cesar JA, Hackenhaar AA, Ulmi EF, Neumann NA. Corrimento vaginal referido entre gestantes em localidade urbana no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública.* 2008;24:558-66.
18. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, González-Chica DA, Menezes EHM, Brink G, Pohlmann M, Fonseca TMV. Prevalência e fatores associados à percepção de ocorrência de corrimento vaginal patológico entre gestantes. *Cad. Saúde Pública.* 2009;25:2705-14.
19. Chen XS, Yin YP, Chen LP, et al. Sexually transmitted infections among pregnant women attending an antenatal clinic in Fuzhou, China. *Sex Transm Dis.* 2006; 33:296–301.
20. Araújo MAL, Bucher JSNF, Bello PY. Eficácia do aconselhamento para doenças sexualmente transmissíveis em unidades de referência da cidade de Fortaleza, CE, Brasil. *J Bras Doenças Sex Trans.* 2004;16:31-7.
21. Correia DS, Santos LVA, Calheiros AMN, Vieira MJ. Adolescentes grávidas: sinais, sintomas, intercorrências e presença de estresse. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32:40-7.
22. Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S. Risk factors for common mental disorders in women. Population-based longitudinal study. *Br J Psychiatry.* 2006;189:547–555.
23. Ayoya MA, Spiekermann-Brouwer GM, Traore AK, Stoltzfus RJ, Garza C. Determinants of anemia among pregnant women in Mali. *Food Nutr Bull.* 2006; 27:3–11.
24. Cram LF, Zapata MI, Toy EC, Baker B. Genitourinary infections and their association with preterm labor. *Am Fam Physician.* 2002;65:241-8.
25. Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Increase in preterm births in Brazil: review of population-based studies. *Rev Saúde Publica.* 2008;42:957–64.
26. Lajos GJ, Passini Júnior R, Nomura ML, Amaral E, Pereira BG, Milanez H, Parpinelli MA. Cervical bacterial colonization in women with preterm labor or premature rupture of membranes. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30:393–9.

Figure. Hierarchical model of analysis for factors associated with the occurrence of pathological vaginal discharge

| Level | Variables | | |
|----------------|---|---|--|
| I | <u>Demographic:</u> Maternal age, skin color, and marital status | | <u>Socioeconomic:</u> Maternal education and household asset index |
| II | <u>Behavioral characteristics</u> Smoking | | <u>Obstetric history:</u> Parity, previous abortion and planned pregnancy |
| III | <u>Prior use of contraceptive method:</u> Oral contraceptives | <u>History of morbidities:</u> Vaginal discharge in a previous pregnancy | <u>Current pregnancy care:</u> Prenatal care visits |
| Outcome | Pathological vaginal discharge during pregnancy | | |

Table. Crude and adjusted analysis of factors associated with the prevalence of pathological vaginal discharge during pregnancy. Rio Grande, Brazil, 2010 (N = 2,395).

| Level | Variable | Vaginal discharge (%) | Crude analysis | | Adjusted analysis | |
|-------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|---------|---------------------------|---------|
| | | | Prevalence ratio (95% CI) | p-value | Prevalence ratio (95% CI) | p-value |
| I | Age (years) | | | <0.001 | | <0.001* |
| | Up to 19 | 49.9 | 1.08 (0.96;1.20) | | 1.05 (0.94; 1.18) | |
| | 20–29 | 46.3 | 1.00 | | 1.00 | |
| | 30 or more | 32.1 | 0.70 (0.61; 0.78) | | 0.72 (0.63; 0.82) | |
| | Skin color | | | 0.44 | | 0.44 |
| | White | 42.5 | 1.00 | | 1.00 | |
| | Mixed | 45.2 | 1.06 (0.95; 1.19) | | 1.02 (0.91; 1.14) | |
| | Black | 40.8 | 0.96 (0.82; 1.13) | | 0.91 (0.77; 1.07) | |
| | Living with a partner | | | 0.01 | | 0.11 |
| | No | 48.8 | 1.18 (1.05; 1.31) | | 1.10 (0.98; 1.23) | |
| Yes | 41.7 | 1.00 | | 1.00 | | |

| | | | | | | |
|--|--|------|-------|--------|-------------------|-------|
| | Education (years of schooling) | | | 0.17 | | 0.78 |
| | | 40.3 | 1.09 | (0.86; | 0.93 (0.72; 1.19) | |
| | 0–4 | 44.8 | 1.38) | | 0.97 (0.80; 1.18) | |
| | 5–8 | 43.1 | 1.21 | (1.01; | 1.01 (0.85; 1.22) | |
| | 9–11 | 37.1 | 1.44) | | 1.00 | |
| | 12 or more | | 1.16 | (0.97; | | |
| | | | 1.38) | | | |
| | | | 1.00 | | | |
| | Household asset index (tertiles) | | | <0.001 | | 0.004 |
| | Poorest | 48.8 | 1.28 | (1.14; | 1.22 (1.07; 1.39) | |
| | Intermediate | 41.9 | 1.44) | | 1.05 (0.92; 1.19) | |
| | Richest | 38.0 | 1.10 | (0.98; | 1.00 | |
| | | | 1.24) | | | |
| | | | 1.00 | | | |
| | Smoking in the six months prior to pregnancy | | | 0.48 | | 0.80 |
| | No | 42.5 | 1.00 | | 1.00 | |
| | Yes | 44.1 | 1.04 | (0.94; | 0.99 (0.89; 1.10) | |
| | | | 1.15) | | | |
| | Parity | | | 0.01 | | 0.02 |
| | 0 | 45.4 | 1.22 | (1.07; | 1.20 (1.02; 1.40) | |
| | 1 | 38.4 | 1.40) | | 1.02 (0.85; 1.22) | |
| | 2 | 45.6 | 1.03 | (0.86; | 1.22 (1.05; 1.42) | |
| | 3 and more | 37.2 | 1.23) | | 1.00 | |
| | | | 1.22 | (1.05; | | |
| | | | 1.42) | | | |
| | | | 1.00 | | | |
| | Abortion | | | 0.22 | | 0.01 |
| | No | 42.4 | 1.00 | | 1.00 | |
| | Yes | 45.9 | 1.08 | (0.95; | 1.20 (1.05; 1.38) | |
| | | | 1.23) | | | |
| | Planned pregnancy | | | 0.08 | | 0.28 |
| | Yes | 40.1 | 1.00 | | 1.00 | |
| | More or less | 41.7 | 1.04 | (0.87; | 1.01 (0.85; 1.21) | |
| | No | 44.8 | 1.25) | | 1.09 (0.98; 1.21) | |
| | | | 1.12 | (1.01; | | |
| | | | 1.24) | | | |

Table. Continued.

| Level | Variable | Vaginal discharge (%) | Crude analysis | | Adjusted analysis* | |
|-----------------|---|-----------------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|---------|
| | | | Prevalence ratio (95% CI) | p-value | Prevalence ratio (95% CI) | p-value |
| III | Oral contraceptives | | | 0.74 | | 0.41 |
| | No | 43.7 | 1.00 | | 1.00 | |
| | Yes | 42.7 | 0.98 (0.86; 1.11) | | 1.06 (0.93; 1.21) | |
| | At least 6 prenatal visits | | | 0.46 | | 0.61 |
| | No | 44.9 | 1.04 (0.93; 1.17) | | 0.97 (0.86; 1.09) | |
| | Yes | 43.0 | 1.00 | | 1.00 | |
| | Vaginal discharge in a previous pregnancy | | | <0.001 | | <0.001 |
| | No | 40.1 | 1.00 | | 1.00 | |
| | Yes | 84.5 | 2.45 (2.20; 2.73) | | 2.26 (2.02; 2.54) | |
| | High blood pressure | | | 0.61 | | 0.37 |
| | No | 42.6 | 1.00 | | 1.00 | |
| | Yes | 43.9 | 1.03 (0.92; 1.16) | | 1.05 (0.94; 1.18) | |
| | Diabetes | | | 0.66 | | 0.39 |
| | No | 42.8 | 1.00 | | 1.00 | |
| | Yes | 45.3 | 1.06 (0.82; 1.36) | | 1.11 (0.87; 1.42) | |
| | Depression | | | <0.001 | | <0.001 |
| | No | 41.4 | 1.00 | | 1.00 | |
| | Yes | 55.5 | 1.34 (1.19; 1.52) | | 1.36 (1.20; 1.54) | |
| | Anemia | | | <0.001 | | <0.001 |
| | No | 38.3 | 1.00 | | 1.00 | |
| | Yes | 49.3 | 1.29 (1.17; 1.41) | | 1.26 (1.15; 1.38) | |
| | Threatened abortion | | | 0.13 | | 0.10 |
| | No | 42.5 | 1.00 | | 1.00 | |
| | Yes | 48.6 | 1.14 (0.96; 1.36) | | 1.16 (0.97; 1.38) | |
| | Threatened premature labor | | | 0.002 | | <0.001 |
| | No | 42.0 | 1.00 | | 1.00 | |
| | Yes | 52.1 | 1.24 (1.08; 1.42) | | 1.27 (1.11; 1.45) | |
| | Urinary infection | | | <0.001 | | <0.001 |
| No | 35.4 | 1.00 | | 1.00 | | |
| Yes | 54.2 | 1.53 (1.40; 1.68) | | 1.49 (1.36; 1.63) | | |
| Hospitalization | | | <0.001 | | 0.001 | |
| No | 41.7 | 1.00 | | 1.00 | | |
| Yes | 52.9 | 1.27 (1.12; 1.44) | | 1.24 (1.10; 1.41) | | |

* Adjustment for maternal age, marital status, socioeconomic condition, parity and previous abortion.

CORRIMENTO VAGINAL PATOLÓGICO ENTRE GESTANTES: PADRÃO DE OCORRÊNCIA E DE ASSOCIAÇÃO EM UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO EXTREMO SUL DO BRASIL

Tânia M. V. Fonseca¹

Juraci A. Cesar²

Raúl A. Mendoza-Sassi²

Elisabeth B. Schmidt³

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: química da vida e saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Divisão de População & Saúde, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Brasil.

³ Professora dos Programas de Pós-Graduação em Educação Ambiental e em Educação em Ciências da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

Objetivo: determinar a prevalência e identificar fatores associados à ocorrência de corrimento vaginal referido entre gestantes durante o ano de 2010, no município do Rio Grande, RS.

Método: realizou-se estudo transversal através de instrumento padronizado aplicados a todas as mulheres que tiveram seus partos realizados em uma das duas maternidades do município. Buscaram-se informações junto à mãe sobre características demográficas, reprodutivas, assistência recebida durante a gestação e o parto e intercorrências gestacionais, incluindo a ocorrência de corrimento vaginal referido. Sobre a família, foram investigados nível socioeconômico e condições de habitação e saneamento. Para as comparações entre proporções utilizou-se teste do qui-quadrado, enquanto que na análise multivariada utilizou-se a regressão de Poisson.

Resultados: Dentre as 2395 gestantes estudadas, 43% referiram corrimento vaginal no período gestacional. As seguintes variáveis mostraram-se significativamente associadas à ocorrência de corrimento vaginal referido: idade, índice de bens, ocorrência prévia de aborto, e de corrimento vaginal na gestação anterior. Corrimento vaginal mostrou-se ainda associado de forma significativa com depressão, anemia gestacional, ameaça de parto prematuro e infecção urinária.

Conclusões: a prevalência de corrimento vaginal referido mostrou-se elevado entre as gestantes estudadas e sua associação com diversos fatores de risco pode contribuir para a adoção de medidas preventivas.

Palavras-chave: corrimento vaginal, prevalência, gravidez, fatores de risco.

ABSTRACT

Objectivel: To determine the prevalence and risk factors associated with self reported vaginal discharge among pregnant women in Rio Grande, Southern Brazil, in 2010.

Methods: Using a cross sectional survey, standardized questionnaire was applied to all women who delivered in one of the two maternities in this municipality. Demographic, reproductive, and socioeconomic characteristics were investigated, as well their household conditions, health care received and occurrence of illness during antenatal period including self reported vaginal discharge. Chi-square test was used to compare proportions and Poisson regression was used in the multivariate analysis.

Results: Among 2,395 sampled pregnant women, 43% referred vaginal discharge during gestational period. The following variables were significantly associated with vaginal discharge: age, asset index, previous occurrence of abortion, and occurrence of self reported vaginal discharge during the previous gestation. Also, were found significant association between of vaginal discharge and mother's depression, anemia, risk of premature delivery, and urinary infection.

Conclusions: A high prevalence rate of self reported vaginal discharge was detected and a series of risk factors were identified, contributing to the implementation of preventive measures.

Keywords: vaginal discharge, prevalence, pregnant women, risk factors.

Introdução

Corrimento vaginal é um dos problemas ginecológicos mais comuns e causa frequente de consulta ao ginecologista entre mulheres em idade fértil. Acomete cerca de um terço de todas as mulheres e praticamente metade das gestantes^{1,2,3}.

Durante os anos reprodutivos é normal haver corrimento vaginal proveniente da secreção das glândulas cervicais e das glândulas de Bartholin, da descamação das células vaginais e das bactérias presentes na flora vaginal. Quando patológico, o corrimento vaginal é caracterizado por fluxo vaginal anormal, geralmente com volume aumentado, podendo ter ou não odor desagradável, prurido vaginal ou vulvar, disúria ou dispareunia^{1,2}. Este tipo de corrimento decorre, em geral, de agentes associados a doenças sexualmente transmissíveis (DST)^{4,5}.

Quando associado às DST, o que ocorre em 25% a 90% dos casos, o corrimento vaginal pode causar graves danos à saúde da gestante e do recém-nascido como, por exemplo, prematuridade e baixo peso ao nascer, corioamnionite, endometrite puerperal e infecção da ferida operatória pós-cesárea^{6,7,8}. Estima-se que a cada ano ocorram em nível global cerca de 450 milhões de novos casos de DST, representando a segunda maior causa de perda de vida saudável entre as mulheres de 15 a 49 anos. Deste total, estima-se que 12 milhões de casos ocorram no Brasil⁹.

A DST é fator facilitador para a infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) por atuar como porta de entrada e por caracterizar a não utilização de qualquer proteção nas relações sexuais.

Vários estudos mostram a maior vulnerabilidade biológica e social da gestante à DST. As alterações biológicas (anatômicas e imunológicas) próprias da gestação como mucosa genital menos espessa e de superfície maior, aumentam a suscetibilidade da gestante à DST. Pesquisas realizadas em serviços especializados no atendimento de DST sugerem que a prevalência destas patologias é significativamente maior entre as mulheres grávidas se comparada às demais mulheres atendidas nesses serviços^{10, 11}.

O componente social da vulnerabilidade envolve o acesso às informações, às possibilidades de compreendê-las e o poder de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana. Mulheres brasileiras, em geral, usam preservativo masculino com a intenção de contracepção, mas não de prevenir de DST¹². Essa maior exposição decorre possivelmente de desinformação e da baixa negociabilidade com o parceiro do uso de preservativos, o que aumente substancialmente o risco de contrair DST¹³.

Este estudo teve por objetivo medir a prevalência e identificar fatores associados à percepção de ocorrência de corrimento vaginal patológico entre gestantes residentes no município de Rio Grande, RS, em 2010.

Metodologia

Rio Grande está localizado no extremo sul do Rio Grande do Sul e possui o único porto marítimo do Estado. Segundo dados do IBGE, Rio Grande possuía em 2010 população de aproximadamente 200 mil habitantes distribuída em cerca de 3 mil km². Sua economia é diversificada, com predomínio da atividade portuária. O seu produto interno bruto (PIB) per capita é de aproximadamente de R\$ 32 mil (2009). O coeficiente de mortalidade infantil em 2011 alcançou 11,4 por mil nascidos vivos (2010)¹⁴. O sistema de saúde do município era constituído por dois hospitais, com capacidade total de 600 leitos, com 56 deles destinados à obstetrícia, com uma média anual de 2.500 partos¹⁴.

O delineamento utilizado foi do tipo transversal, com as mães sendo entrevistadas uma única vez, em alguma dessas maternidades. Optou-se por um delineamento transversal visto ser este o mais adequado para medir a ocorrência de doença e ou eventos frequentes e de possibilitar a coleta de informações para um elevado número de indivíduos em um curto espaço de tempo¹⁵.

Foi utilizado questionário único pré-codificado buscando informações sobre local de residência da família, características demográficas e história reprodutiva materna; nível socioeconômico, posse de eletrodomésticos e condições de habitação e saneamento da família, assistência recebida durante a gestação e o parto e intercorrências durante a gestação. Nestas puérperas, foram investigados diversos fatores supostamente associados à ocorrência de corrimento vaginal em algum momento da gravidez. Tais variáveis são apresentadas no decorrer deste artigo. Embora a maioria das variáveis seja autoexplicativa, algumas delas necessitam de esclarecimentos adicionais, a saber:

- Cor da pele: classificada pelo entrevistador em branca, parda/morena e preta;
- Renda familiar: valor recebido por todos os moradores do domicílio no mês imediatamente anterior à entrevista;
- Índice de bens: itens como: aspirador de pó, máquina de lavar roupa, DVD, geladeira, *freezer*, forno micro-ondas, microcomputador, telefone fixo, rádio, televisão, automóvel, ar condicionado e empregada doméstica fixa. Nesta variável também foram incluídas escolaridade da mãe e renda familiar. Dos distintos componentes gerados, o primeiro deles foi usado para criar um escore contínuo em que todas as variáveis incluídas contribuíram de forma direta. Este componente teve um *eigenvalue* de 5,18, explicando 32% da variabilidade total. Esta variável foi posteriormente dividida em tercís para as distintas análises realizadas;
- Tabagismo materno: se fumou pelo menos uma vez nos seis meses anteriores a gravidez;
- Consumo de álcool: se costumava tomar bebida alcoólica durante a gravidez;
- Percepção de corrimento vaginal com características patológicas: relato da ocorrência de corrimento vaginal associado a pelo menos um dos seguintes sintomas: prurido, disúria, dispareunia, odor e coloração que não branco.

Quatro candidatas a entrevistadora foram treinadas durante cinco dias consecutivos. Ao final do treinamento, três candidatas foram contratadas. O estudo piloto foi realizado nas duas maternidades da cidade e tinha por objetivo testar o questionário a ser utilizado bem como o enunciado de cada questão. Nesta etapa, cada entrevistadora aplicou pelo menos quatro questionários completos. Todos os instrumentos utilizados no estudo foram acompanhados de um manual com instruções detalhadas de preenchimento.

Ao final de cada dia de trabalho, o entrevistador codificava os questionários por ele aplicados e, na mesma semana, os entregava na sede do estudo onde as questões abertas eram codificadas, os questionários integralmente revisados e entregues à digitação. Após, estes

questionários foram digitados no programa Epi-Info 6.4 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e transferidos para o pacote estatístico Stata 11.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), onde foi realizada a limpeza do banco de dados e feitas as análises estatísticas.

A análise inicial consistiu da verificação de frequências e avaliação da consistência das variáveis independentes e do desfecho (ocorrência de corrimento vaginal com características patológicas). Ao final desta etapa, os dados foram acumulados em um banco para colocação de rótulos e criação das variáveis derivadas.

A análise multivariada foi realizada obedecendo a modelo hierárquico previamente definido. Nesse modelo, algumas variáveis eram consideradas sobre determinantes em relação às demais. As variáveis do primeiro nível poderiam atuar diretamente sobre o desfecho, no caso percepção de corrimento vaginal patológico durante a gestação, ou, através das variáveis localizadas nos demais níveis, atuarem de forma indireta, sobre o sintoma em questão. As medidas de ocorrência e de efeito utilizadas foram prevalência e razão de prevalências, respectivamente. As razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) foram calculados através da regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Adotou-se um valor-p de 0,20 para entrada das variáveis no modelo ajustado de análise com o objetivo de controlar possíveis fatores de confusão¹⁶.

No primeiro nível, considerou-se idade materna, cor da pele, situação conjugal, escolaridade e nível econômico. No segundo nível, entraram as seguintes variáveis: tabagismo, paridade, aborto e gravidez planejada. No terceiro nível, foi considerado o uso de contraceptivo oral, consultas de pré-natal e corrimento vaginal na gestação anterior.

Para investigar as comorbidades associadas à prevalência de corrimento vaginal, incluíram-se como possíveis fatores de confusão as variáveis que tiveram associação ($p < 0,20$) com este desfecho. O nível de significância estatístico empregado foi de 95% para testes bicaudais. Neste modelo, as variáveis, situadas em um nível hierarquicamente superior ao da variável em questão, eram consideradas como potenciais confundidores na relação com o desfecho, enquanto as variáveis situadas em níveis inferiores eram consideradas como potenciais mediadores da associação. As variáveis selecionadas em um determinado nível permaneciam no modelo sendo consideradas como potenciais fatores de risco para o desfecho em questão, mesmo que, com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, viessem a perder sua significância estatística.

Para o controle de qualidade, foram refeitas 5% de parte das entrevistas com as mães escolhidas de forma sistemática em suas residências e utilizando-se questionário padrão resumido.

Os princípios éticos como o consentimento informado e garantia de sigilo das informações foram assegurados a todas as participantes.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, protocolo número 23116006258/2009-64 - 53/2009 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande, protocolo número 009/2009.

Figura 1 - Modelo hierárquico de análise para fatores associados à ocorrência de corrimento vaginal patológico.

| Nível | Variáveis | | |
|-----------------|---|--|---|
| Primeiro | <u>Demográficas</u> Idade materna, cor da pele e situação conjugal | <u>Socioeconômicas</u> Escolaridade materna e índice de bens | |
| Segundo | <u>Características comportamentais</u> Tabagismo | <u>Antecedentes obstétricos</u> Paridade, ocorrência de aborto e gravidez planejada | |
| Terceiro | <u>Método contraceptivo prévio</u> Utilização de anticoncepcional oral | <u>Morbidade prévia</u> Corrimento vaginal na gestação anterior | <u>Assistência à gestação atual</u> Consulta pré-natal |
| Desfecho | Corrimento vaginal referido durante a gestação | | |

Resultados

Foram incluídas neste estudo todas as mães residentes no município do Rio Grande que tiveram filho entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2010 no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. e no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande, os dois

únicos hospitais da cidade. Nas duas maternidades destes hospitais, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), nascem pelo menos 99% de todas as crianças do município.

Dentre as 2.464 mães residentes no Município de Rio Grande que deram à luz nas duas maternidades da cidade, foi possível obter informações sobre 2.395 delas. Isto representa uma taxa de resposta de 97,2%. Sessenta e nove mães recusaram-se a participar do estudo ou não foram encontradas.

A prevalência de corrimento vaginal entre todas as gestantes estudadas foi de 43% (IC95% 40,9 a 44,9) (1130 mães). Destas, 19% tinham menos de 20 anos, 68% eram de cor branca, 83% viviam com um companheiro, 55% tinham nove ou mais anos de escolaridade, 26% relatou ter fumado nos seis meses anteriores à gravidez, 44% não tinham nenhum filho, 14% já haviam tido algum aborto, 36% planejaram a gravidez, 85% consumiram pílula, 80% realizou seis ou mais consultas de pré-natal, e das mulheres que já haviam engravidado (N=1284), 11% reportou ocorrência de corrimento vaginal patológico na gestação anterior.

A Tabela 1 mostra maior prevalência de corrimento vaginal entre gestantes de cor da pele parda (46%), com idade até 19 anos (50%), que não possuíam companheiro (49%), com escolaridade entre 5 e 8 anos (45%), mais pobres e pertencentes ao pior tercil de índice de bens (49%) e que referiram tabagismo nos 6 meses anteriores à gestação (44%). Houve maior ocorrência de corrimento vaginal entre gestantes que relataram ter tido aborto (46%), que tiveram gravidez não planejada (45%), que não usaram pílula anticoncepcional (44%), que realizaram menos consultas de pré-natal (45%) e que referiram corrimento em gestação anterior (84%).

Os grupos que apresentaram maior prevalência de corrimento vaginal foram das mulheres com idade menor de 30 anos sendo que a razão de prevalência (RP) foi cerca de 50% maior (RP=1,5; IC95%), entre as mais pobres, as que haviam abortado anteriormente e que as que tinham tido corrimento vaginal na gestação anterior. A situação conjugal perdeu a associação na análise ajustada e a paridade teve uma associação significativa, embora sem tendência linear. Cor da pele, escolaridade, tabagismo, consulta pré-natal e uso de pílula não mostraram associação significativa com corrimento vaginal, nem na análise bruta, nem na ajustada.

A Tabela 2 mostra a associação de corrimento vaginal com outras morbidades na mesma gestação. Houve maior prevalência de corrimento vaginal entre aquelas que se disseram portadoras de diabete mellitus (45%), depressão (55%), anemia (49%), ameaça de aborto (49%), ameaça de parto prematuro (52%), que referiram infecção urinária (54%) e que

foram submetidas à hospitalização (53%). Não houve diferença importante na prevalência de corrimento vaginal entre as que referiram hipertensão na gestação. O corrimento vaginal teve associação com depressão, anemia, ameaça de parto prematuro, infecção urinária e hospitalização. Quando essas comorbidades foram ajustadas entre si (colocadas todas juntas no modelo de análise), a associação permaneceu significativa ($P < 0,05$), exceto a hospitalização que perdeu a significância estatística. Hipertensão, diabetes e ameaça de aborto não tiveram associação com prevalência de corrimento vaginal.

A razão de prevalências para ocorrência de corrimento vaginal para gestantes com mais de 30 anos foi de 0,70 (0,61-0,78) na análise bruta e 0,72 (0,63-1,82) na análise ajustada; gestantes pertencentes ao pior tercil de índice de bens mostraram $RP=1,28$ (1,14; 1,44) e 1,22 (1,07; 1,39) de maior ocorrência de corrimento em relação s do melhor tercil; o relato de corrimento vaginal em gestação anterior mostrou maior RP em relação ao corrimento na gestão atual: 2,45 (2,20; 2,73) e 2,26 (2,02; 2,54). A RP para depressão materna manteve-se significativamente associada 1,34 (1,19; 1,52) e 1,36 (1,20; 1,54); assim como a ocorrência de anemia 1,29 (1,17; 1,41) e 1,26 (1,15; 1,38) e a ameaça de parto prematuro 1,24 (1,08; 1,42) e 1,27 (1,11; 1,45). Gestantes que relataram ocorrência de infecção do trato urinário na gestação atual também apresentaram maior RP para corrimento vaginal, sendo 1,53 (1,40; 1,68) na análise bruta e 1,49 (1,36; 1,63) na análise ajustada. Por fim, gestantes que foram submetidas à internação hospitalar apresentaram RP 1,27 (1,12; 1,44) na análise bruta e 1,24 (1,10; 1,41) na análise ajustada.

Discussão

O corrimento vaginal afetou 43% das gestantes riograndinas durante o ano de 2010. Estudo semelhante entre gestantes de baixa renda da cidade do Rio Grande, em 2005, e outro realizado em 2007 com mães residentes no mesmo município, tendo utilizado o mesmo critério diagnóstico referido neste artigo encontrou prevalência de 52% e 40%, respectivamente^{17, 18}.

No presente estudo, os grupos que apresentaram maior prevalência de corrimento vaginal foram de mulheres com idade menor de 30 anos, mais pobres, que tiveram aborto prévio e que relataram a ocorrência de corrimento vaginal na gestação anterior. Houve ainda associação do corrimento vaginal com outras morbidades na mesma gestação como depressão, anemia, ameaça de parto prematuro, infecção urinária e hospitalização.

Embora, nesta pesquisa os autores tenham assumido este sintoma como indicativo de infecção do trato reprodutivo, estudo recente mostra considerável discordância entre os

sintomas e a doença real¹⁹. Como limitação deste estudo há que considerar a não comprovação laboratorial do agente patológico causando a queixa de corrimento vaginal.

O grupo que apresentou maior prevalência de corrimento vaginal foi o de mulheres com idade menor de 30 anos sendo a razão de prevalência cerca de 50% maior. Vários estudos mostram maior prevalência de sintomas e de diagnóstico de DST em grupos etários de menor idade^{17, 18}. Além da vulnerabilidade biológica de mulheres jovens é relevante ressaltar o comportamento de submissão e descaso da adolescente em relação às DST. Historicamente, a desigualdade sexual situa a mulher em situação de vulnerabilidade social. Esse fenômeno expande-se no contexto das DST e se relaciona, em sua grande maioria, com a crença feminina ilusória do amor como um instrumento de proteção em relação às DST, o que em parte explica a expansão dessas patologias entre mulheres até mesmo com relacionamentos estáveis¹².

O maior percentual de corrimento vaginal, neste estudo, se deu entre mulheres mais pobres. Resultado semelhante foi obtido em estudo realizado neste mesmo município em 2007¹⁸.

O relato de corrimento vaginal em gestação anterior foi o mais importante preditor de corrimento na gestação atual. A RP foi duas vezes maior (RP = 2,26; 2,02-2,54). Em estudo realizado em 2007 esta associação também foi verificada¹⁸. Isso, possivelmente se deve ao fato de o profissional da saúde não abordar o vínculo entre a queixa e a possível relação com DST e a forma de transmissão²⁰.

Neste estudo, foi possível constatar que o corrimento vaginal esteve associado à depressão sendo a ocorrência de corrimento vaginal de 55% entre as mulheres que referiam ter apresentado depressão na gestação. Taxas de depressão são altas em mulheres atendidas em clínicas ginecológicas e estudos qualitativos demonstram uma forte relação entre a secreção vaginal, sintomas psicossomáticos e estresse psicossocial^{21, 22}.

A ocorrência de anemia esteve significativamente associada à ocorrência de corrimento vaginal (49% das mulheres que apresentaram anemia relataram a queixa de corrimento vaginal). Em estudo realizado em uma população urbana pobre na República do Mali, à ocorrência de anemia entre mulheres grávidas mostrou-se significativamente associada a corrimento vaginal anormal²³.

Nesse estudo a ameaça de trabalho de parto prematuro esteve significativamente associada à ocorrência de corrimento vaginal. Pouco mais da metade (52%) das mulheres que referiram ameaça de trabalho de parto prematuro apresentaram a queixa. A causa infecciosa está presente em cerca de 40% dos casos de trabalho de parto prematuro espontâneo^{24, 25}. As

infecções sexualmente transmissíveis têm sido associadas com grande número de efeitos adversos na gravidez, incluindo nascimento prematuro e baixo peso ao nascer que são as principais determinantes da morbidade e mortalidade infantil, especialmente nos países em desenvolvimento, onde cuidados neonatal intensivos não estão frequentemente disponíveis^{6, 25}.

O relato de infecção urinária, durante a gestação, revela-se fortemente associado à ocorrência de corrimento vaginal neste estudo, o que foi também referido em outros estudos^{17, 18}. Há evidências que sugerem que infecções genitais na gravidez podem aumentar os riscos de infecções no trato urinário^{24, 26}. Esta associação observada mostra a necessidade do diagnóstico precoce e do manejo adequado do corrimento vaginal a fim de impedir um processo com enorme potencial de ocorrência de óbito infantil.

Considerações Finais

O corrimento vaginal com características patológicas mostrou-se altamente prevalente na população estudada. Gestantes de menor idade, escolaridade e pior renda apresentaram as maiores associações em relação à ocorrência de corrimento vaginal.

A gestação é uma fase de vulnerabilidade para a gênese de doenças transmissíveis que repercutem negativamente no desenvolvimento perinatal. Tal constatação aponta para a necessidade do desenvolvimento de ações preventivas e educativas em saúde direcionadas às DST, para a promoção da conscientização acerca do assunto. Nesse cenário, a Educação em Saúde, quando bem desenvolvida, pode constituir-se estratégia eficaz importante no enfrentamento às DST, uma vez que, por meio da Educação, o indivíduo pode ser orientado e conscientizado e, conseqüentemente, capacitado a realizar o autocuidado que permeia a adoção de um estilo de vida mais saudável. Esforço visando Educação para a prevenção das DST necessita ser realizado por todos os profissionais de saúde.

Torna-se, portanto, evidente a necessidade de desenvolver estudos que objetivem analisar e compreender como os profissionais de saúde estão exercendo a sua oportunidade de realizar a Educação em Saúde com foco nas DST, e pesquisar, também, as causas de maior vulnerabilidade das gestantes diante dessas doenças que acometem uma significativa parcela da população brasileira.

Referências

- 1- Naud P, Matos JC, Hammes LS, Magno V. Secreção vaginal e prurido vulvar. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani EJ, organizadores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. 3a Ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2004. p. 46.
- 2- Amaral ALP, Oliveira HC, Amaral LFP, Oliveira MAP. Corrimento genital. In: Halbe HW, organizador. *Tratado de ginecologia*. 2a Ed. São Paulo: Editora Roca; 1994. p. 501-11.
- 3- Programa Nacional de DST e AIDS, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. *Manual de controle doenças sexualmente transmissíveis*. 4a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Séries Manuais, 68).
- 4- Mullick S, Watson-Jones D, Beksinska M, Mabey D. *Sexually transmitted infections in pregnancy: prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries*. Sex Transm Infect 2005; 81: 294-302.
- 5- Becker M, Stephen J, Moses S, Washington R, Maclean I, Cheang M, Isac S, Ramesh BM, Alary M, Blanchard J. *Etiology and determinants of sexually transmitted infections in Karnataka state, south India*. Sex Transm Dis. 2010; 37 (3):159-64.
- 6- Passini RJr, Tedesco RP, Marba ST, Cecatti JG, Guinsburg R, Martinez FE, Nomura ML. *Brazilian multicenter study on prevalence of preterm birth and associated factors*. BMC Pregnancy Childbirth 2010; 19:10-22.
- 7- Larsson PG, Fahraeus L, Carlsson B, Jakobsson T, Forsum U. *Predisposing factors for bacterial vaginosis, treatment efficacy and pregnancy outcome among term deliveries; results from a preterm delivery study*. BMC Womens Health 2007; 7:20.
- 8- Jacobson B, Pernevi P, Chidekel L, Platz-Christensen JJ. *Bacterial vaginosis in early pregnancy may predispose for preterm birth and postpartum endometritis*. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81:1006-10.
- 9- Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. (Acesso em: 27/fev/2012). Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/>
- 10- Nicolai LM, Ethier KA, Kathleen A, Kershaw TS, Lewis JB, Ickovics JR. *Pregnant adolescents at risk: sexual behaviors and sexually transmitted disease prevalence*. Am J Obstet Gynecol 2003; 188:63-70.

- 11- Apea-Kubi KA, Yamaguchi S, Sakyi B, Kishimoto T, Ofori-Adjei D, Hagiwara T. *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, and *Treponema pallidum* infection in antenatal and gynecological patients at Korle-Bu Teaching Hospital, Ghana. *Jpn J Infect Dis* 2004; 57:253–256.
- 12- Fernandes MAS, Antonio DG, Bahamondes LG, Cupertino CV. *Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual*. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16(Sup. 1):103-12.
- 13- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 14- FEE – Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser. (Acesso em 27/Fev/2012). Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/capa/index.php>
- 15- Kelsey JL, Whittemore AS, Evans AS, Thompson WD. *Methods in observational epidemiology*. 2nd. Ed. New York: Oxford University Press; 1996.
- 16- Barros AJ, Hirakata VN. *Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio*. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.
- 17- Fonseca TMV, Cesar JA, Hackenhaar AA, Ulmi EF, Neumann NA. *Corrimento vaginal referido entre gestantes em localidade urbana no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados*. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:558-66.
- 18- Cesar J A, Mendoza-Sassi R A, González-Chica DA, Menezes EHM, Brink G Pohlmann M, Fonseca T MV. *Prevalência e fatores associados à percepção de ocorrência de corrimento vaginal patológico entre gestantes*. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25:2705-14.
- 19- Chen XS, Yin YP, Chen LP, et al. *Sexually transmitted infections among pregnant women attending an antenatal clinic in Fuzhou, China*. *Sex Transm Dis* 2006; 33:296–301
- 20- Araújo, M.A.L.; Bucher, J.S.N.F.; Bello, P.Y. *Eficácia do aconselhamento para doenças sexualmente transmissíveis em unidades de referência da cidade de Fortaleza, CE, Brasil*. *DST – J Bras Doenças Sex Trasn* 2004; 16(1):31-7.
- 21- Correia DS, Santos LVA, Calheiros AMN, Vieira MJ. *Adolescentes grávidas: sinais, sintomas, intercorrências e presença de estresse*. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2011 mar; 32(1):40-7.
- 22- Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S. *Risk factors for common mental disorders in women. Population-based longitudinal study*. *Br J Psychiatry*. 2006; 189:547–555.
- 23- Ayoya MA, Spiekermann-Brouwer GM, Traore AK, Stoltzfus RJ, Garza C. *Determinants of anemia among pregnant women in Mali*. *Food Nutr Bull* 2006; 27:3–11.

24- Cram LF, Zapata MI, Toy EC, Baker B. *Genitourinary infections and their association with preterm labor*. Am Fam Physician 2002; 65:241-8.

25- Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. *Increase in preterm births in Brazil: review of population-based studies*. Rev Saúde Pública. 2008; 42:957-64.

26- Lajos GJ, Passini Júnior R, Nomura ML, Amaral E, Pereira BG, Milanez H, Parpinelli MA. *Cervical bacterial colonization in women with preterm labor or premature rupture of membranes*. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30:393-9.

Tabela 1. Análise bruta e ajustada dos fatores associados à prevalência de corrimento vaginal. Rio Grande, RS, 2010 (N=2.395).

| Variável | Corrimento vaginal (%) | Análise bruta | | Análise ajustada | |
|---------------------|------------------------|-------------------|---------|-------------------|---------|
| | | RP (IC95%) | Valor-p | RP (IC95%) | Valor-p |
| Idade (anos) | | | <0,001 | | <0,001* |
| Até 19 | 49,9 | 1,08 (0,96;1,20) | | 1,05 (0,94; 1,18) | |
| 20-29 | 46,3 | 1,00 | | 1,00 | |
| 30 ou mais | 32,1 | 0,70 (0,61; 0,78) | | 0,72 (0,63; 1,82) | |
| Cor da pele | | | 0,44 | | 0,44 |
| Branca | 42,5 | 1,00 | | 1,00 | |
| Parda | 45,2 | 1,06 (0,95; 1,19) | | 1,02 (0,91; 1,14) | |
| Preta | 40,8 | 0,96 (0,82; 1,13) | | 0,91 (0,77; 1,07) | |
| Estado civil | | | 0,01 | | 0,11 |
| Sem companheiro | 48,8 | 1,18 (1,05; 1,31) | | 1,10 (0,98; 1,23) | |
| Com companheiro | 41,7 | 1,00 | | 1,00 | |
| Escolaridade (anos) | | | 0,17 | | 0,78 |
| 0 a 4 | 40,3 | 1,09 (0,86; 1,38) | | 0,93 (0,72; 1,19) | |
| 5 a 8 | 44,8 | 1,21 (1,01; 1,43) | | 0,97 (0,80; 1,18) | |

| | | | | |
|---|------|-------------|--------|-------------|
| | | 1,44) | | 1,18) |
| 9 a 11 | 43,1 | 1,16 (0,97; | | 1,01 (0,85; |
| | | 1,38) | | 1,22) |
| 12 ou + | 37,1 | 1,00 | | 1,00 |
| Índice de bens (tercis) | | | <0,001 | 0,004 |
| Mais pobres | 48,8 | 1,28 (1,14; | | 1,22 (1,07; |
| | | 1,44) | | 1,39) |
| Intermediário | 41,9 | 1,10 (0,98; | | 1,05 (0,92; |
| | | 1,24) | | 1,19) |
| Mais ricas | 38,0 | 1,00 | | 1,00 |
| Tabagismo nos 6 meses anteriores à gestação | | | 0,48 | 0,80 |
| Não | 42,5 | 1,00 | | 1,00 |
| Sim | 44,1 | 1,04 (0,94; | | 0,99 (0,89; |
| | | 1,15) | | 1,10) |
| Paridade | | | 0,01 | 0,02 |
| 0 | 45,4 | 1,22 (1,07; | | 1,20 (1,02; |
| | | 1,40) | | 1,40) |
| 1 | 38,4 | 1,03 (0,86; | | 1,02 (0,85; |
| | | 1,23) | | 1,22) |
| 2 | 45,6 | 1,22 (1,05; | | 1,22 (1,05; |
| | | 1,42) | | 1,42) |
| 3 ou + | 37,2 | 1,00 | | 1,00 |
| Aborto | | | 0,22 | 0,01 |
| Não | 42,4 | 1,00 | | 1,00 |
| Sim | 45,9 | 1,08 (0,95; | | 1,20 (1,05; |
| | | 1,23) | | 1,38) |
| Gravidez planejada | | | 0,08 | 0,28 |
| Sim | 40,1 | 1,00 | | 1,00 |

| | | | | | |
|--|------|----------------------|----------------------|--------|--------|
| Mais ou menos | 41,7 | 1,04 (0,87; 1,25) | 1,01 (0,85; 1,21) | | |
| Não | 44,8 | 1,12 (1,01; 1,24) | 1,09 (0,98; 1,21) | | |
| Uso de pílula anticoncepcional | | | | 0,74 | 0,41 |
| Não | 43,7 | 1,00 | 1,00 | | |
| Sim | 42,7 | 0,98 (0,86; 1,11) | 1,06 (0,93; 1,21) | | |
| Teve pelo menos 6 consultas pré-natal | | | | 0,46 | 0,61 |
| Não | 44,9 | 1,04 (0,93; 1,17) | 0,97 (0,86; 1,09) | | |
| Sim | 43,0 | 1,00 | 1,00 | | |
| Corrimento vaginal na gestação anterior | | | | <0,001 | <0,001 |
| Não | 40,1 | 1,00 | 1,00 | | |
| Sim | 84,5 | 2,45 (2,20; 2,73) | 2,26 (2,02; 2,54) | | |

Tabela 2. Análise bruta e ajustada das morbidades associadas com a prevalência de corrimento vaginal. Rio Grande, RS, 2010 (N=2395).

| Variável | Corrimento vaginal (%) | Análise bruta | | Análise ajustada* | |
|--------------|------------------------|-------------------|---------|-------------------|---------|
| | | RP (IC95%) | Valor-p | RP (IC95%) | Valor-p |
| Pressão alta | | | 0,61 | | 0,37 |
| Não | 42,6 | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 43,9 | 1,03 (0,92; 1,16) | | 1,05 (0,94; 1,18) | |
| Diabetes | | | 0,66 | | 0,39 |
| Não | 42,8 | 1,00 | | 1,00 | |
| Sim | 45,3 | 1,06 (0,82; 1,36) | | 1,11 (0,87; 1,42) | |

| | | | | |
|---------------------------|------------------------|-------------------|--------|-------------------|
| Depressão | | | <0,001 | <0,001 |
| Não | 41,4 | 1,00 | | 1,00 |
| Sim | 55,5 | 1,34 (1,19; 1,52) | | 1,36 (1,20; 1,54) |
| Anemia | | | <0,001 | <0,001 |
| Não | 38,3 | 1,00 | | 1,00 |
| Sim | 49,3 | 1,29 (1,17; 1,41) | | 1,26 (1,15; 1,38) |
| Ameaça de aborto | | | 0,13 | 0,10 |
| Não | 42,5 | 1,00 | | 1,00 |
| Sim | 48,6 | 1,14 (0,96; 1,36) | | 1,16 (0,97; 1,38) |
| Ameaça de parto prematuro | | | 0,002 | <0,001 |
| Não | 42,0 | 1,00 | | 1,00 |
| Sim | 52,1 | 1,24 (1,08; 1,42) | | 1,27 (1,11; 1,45) |
| Infecção urinária | | | <0,001 | <0,001 |
| Não | 35,4 | 1,00 | | 1,00 |
| Sim | 54,2 | 1,53 (1,40; 1,68) | | 1,49 (1,36; 1,63) |
| Hospitalização | | | <0,001 | 0,001 |
| Não | 41,7 | 1,00 | | 1,00 |
| Sim | Hospitalização 52,9 | 1,27 (1,12; 1,44) | | 1,24 (1,10; 1,41) |

* Ajuste para idade materna, situação conjugal, nível econômico, paridade e aborto.

Colaboradores

T. M. V. Fonseca auxiliou na preparação de instrumento, coleta de dados, realizou análise dos dados e redação final do artigo.

J. A. Cesar elaborou o projeto e auxiliou na análise de dados e a redação final do artigo.

R. A. Mendoza-Sassi contribuiu com a elaboração do projeto, análise de dados e redação final do artigo.

Schmidt E. B. auxiliou na redação final do artigo.

5.2 ARTIGO 2

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PROCESSOS EDUCATIVOS EMERGENTES DA RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTANTES SOBRE DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMITIDA

**Fonseca, Tânia M. M. Vieira da; Schmidt, Elisabeth B; Dias, Vânia M. T.
Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências
Universidade Federal do Rio Grande/FURG, Rio Grande/RS, Brasil.**

Resumo

Esta pesquisa faz parte de tese de doutoramento que tem como foco principal a problematização dos processos educativos emergentes na relação entre profissionais de saúde e gestantes, tendo como objetivo discutir a produção de conhecimento sobre o tema Enfermidade Transmitida Sexualmente – DST. Para tanto, analisou-se o discurso de profissionais da área da saúde e gestantes utilizando-se como metodologia a análise textual discursiva, da qual emergiram as seguintes categorias: cuidado com o corpo, informação sobre DST e maior vulnerabilidade à DST na gestação. A análise demonstrou discrepância entre os discursos no que tange à obtenção de informação sobre DST, o que remete à necessidade de processos educativos mais significativos na relação profissional da saúde e paciente sobre esta temática a fim de diminuir os agravos causados pela DST durante a gestação.

Palavras-chave: Enfermidade Transmitida Sexualmente; Gestação; Educação em Saúde.

OBJETIVOS

Analisar os discursos de gestantes e de profissionais da saúde sobre enfermidade transmitida sexualmente, identificando as aprendizagens decorrentes dos processos educativos que ocorrem na relação entre o profissional e as gestantes.

MARCO TEÓRICO

Segundo Vasconcelos (2004, p.68), “Educação em Saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população”. Com isso, podemos dizer que a Educação em Saúde pode promover ações básicas de prevenção, diagnóstico e cura, assim como a reabilitação de agravos. Além disso, a Educação em Saúde deve proporcionar a emergência de conhecimentos para que os indivíduos mantenham sua saúde sob controle e identifiquem possíveis causas de enfermidades, buscando formas de prevenção e possibilidades de tratamento.

As aprendizagens decorrentes da relação entre paciente e profissional da saúde podem ser classificadas como Educação não-formal que segundo Gohn (2006) são aprendizagens “no mundo da vida”, via processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivos cotidianos, sem conteúdo demarcado, diferente da Educação formal curricular que ocorre na escola.

A Educação em Saúde deve ser pensada como uma estratégia indispensável para o alcance de saúde e do bem-estar. Para isso, deve-se propiciar a possibilidade de construção compartilhada de conhecimentos sobre o processo saúde-enfermidade-cuidado, mediante uma relação dialógica (Freire, 2003; 2002), e o desenvolvimento da autonomia dos usuários dos serviços de saúde. Sobre isso, Pedrosa afirma que:

A Educação em Saúde implica em atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos. (2007, p.15)

A consulta de pré-natal é uma oportunidade de fazer diagnóstico de DST e desenvolver aprendizagens junto às gestantes sobre forma de transmissão, tratamento e prevenção. As DSTs cursam com repercussões negativas, causando sequelas, principalmente reprodutivas, e graves danos à saúde da gestante e do recém-nascido, com complicações tais como: infertilidade, abortamento espontâneo, malformações congênitas, prematuridade e baixo peso ao nascer, além de patologias como infecção da ferida operatória pós-cesárea (Passini et al, 2010; Larsson et al, 2007 e Jacobson et al, 2002).

A gestação é uma fase de maior vulnerabilidade biológica e social para a gênese de DST que repercute negativamente no desenvolvimento do recém-nascido e na vida futura da mulher. Estudos realizados em serviços especializados no atendimento de DST mostraram que a prevalência destas é significativamente maior entre as gestantes quando comparado com todas as mulheres atendidas nesses serviços (Nicolai et al, 2003 e Apea-Kubi et al, 2004).

As leituras de autores como Freire e Vasconcelos nos possibilitam compreender que as ações em Educação em Saúde devem ser abordadas em uma perspectiva **dialógica** e emancipatória levando em conta o saber prévio do educando, a fim de contribuir para a autonomia dos usuários dos serviços públicos de saúde no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e enfermidade (Ministério da Saúde, 2012, p.11).

Para Freire (2003, p.79), “ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”. Sua teoria qualifica a compreensão de Educação que podemos inferir para a área da saúde, onde os conhecimentos prévios da gestante devem ser levados em conta no processo de construção do conhecimento acerca dos controles dos agravos causados pelas DST. Ainda para este autor, não existe a Educação, mas educações que propiciam a emancipação dos seres humanos do que são para o que querem ser.

Vasconcelos (2009) corrobora essa ideia ao considerar que educar em saúde é formação e, por isso, é também mais que informação. É o aprofundamento do sentir, do pensar e do agir para a melhoria da qualidade de vida, do conhecimento do corpo e das situações que colocam este corpo em risco. Segundo este mesmo autor, os profissionais da saúde devem repensar a Educação em Saúde criando situações significativas e inovadoras para que as gestantes, usuárias do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) possam se sentir instigadas a participar neste processo de busca por uma gestação saudável.

Na perspectiva de refletir sobre os saberes que emergem da relação do profissional da saúde que assiste a gestante sobre EST, utilizamos nesta pesquisa a metodologia de análise textual discursiva (Mores e Galiazzi, 2007), que corresponde a uma metodologia de análise de dados e informações de natureza qualitativa que se preocupa com a produção de novas compreensões dos fenômenos que se investiga.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado no município do Rio Grande, localizado no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A cidade possui o único porto marítimo do Estado e uma população de aproximadamente 200 mil habitantes, distribuída em cerca de 3 mil km². A economia do município é diversificada, com predomínio da atividade portuária e o seu Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de aproximadamente R\$ 32 mil (FEE, 2009). O coeficiente de mortalidade infantil do município do Rio Grande, em 2011, alcançou 11,4 por mil nascidos vivos (FEE, 2012). O sistema de saúde do município é constituído por dois hospitais, com capacidade total de 600 leitos, sendo 56 deles destinados à obstetrícia, nos quais ocorre uma média anual de 2.500 partos. O atendimento pré-natal às gestantes pelo SUS é realizado em 25 postos de saúde distribuídos pelo município.

A pesquisa foi desenvolvida com 27 gestantes de várias fases de gestação e 42 profissionais da saúde que realizam assistência pré-natal pelo SUS no município do Rio Grande. Para obtenção do *corpus* de análise, foram realizadas entrevistas semiestruturadas que combinaram perguntas fechadas e abertas as quais foram gravadas e transcritas.

A coleta das informações com as gestantes foi realizada durante a sua consulta de pré-natal em dois postos de atendimento do SUS durante os meses de agosto a outubro de 2011. Neste momento, era explicado a gestante o objetivo do trabalho e dado às mesmas o termo de consentimento informado, garantindo o sigilo das informações obtidas. Foi utilizado questionário semiestruturado com questões fechadas para a obtenção de informações sobre os antecedentes pessoais e perfil socioeconômico da gestante como renda familiar, grau de escolaridade, tipo de habitação entre outras.

Também o questionário continha questões abertas norteadoras que buscavam informações referentes ao conhecimento/informação que as gestantes possuíam sobre DST tais como: “O que é DST?”, “Como se previne DST?”, “Como a mulher pode saber que está com uma DST?”, “Antes da gestação, usavas preservativo? () nunca usou () usam ocasionalmente () uso consistente”; “Usas preservativo durante a gestação? () nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente”; “Porque não utilizas preservativo?”, “De 1 a 10, qual o risco de adquirires uma DST?”, “Quais as orientações que recebeste durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST?” e “Quais meios ou quem te informou

sobre DST?”.

Para compreender o discurso dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, que participaram da pesquisa, foram utilizadas questões semiestruturadas para obter informações sobre como os mesmos orientam as pacientes gestantes acerca do assunto DST. Esses profissionais eram participantes de um curso de Educação continuada promovido pela Universidade Federal do Rio Grande em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio Grande intitulado “Atenção a Gestante e Humanização do Parto” realizado de março a novembro de 2010, o qual teve como objeto melhorar o atendimento e a qualidade da atenção durante o pré-natal e o parto das gestantes do município do Rio Grande.

O *corpus* de análise foi analisado por meio da Análise Textual Discursiva proposto por Moraes e Galiazzi (2007) por se configurar em uma metodologia que produz e expressa sentidos. Essa metodologia permite que o pesquisador alcance, a partir de seus conhecimentos e de sua bagagem teórica, outras formas de interpretações do fenômeno que está sendo investigado. A análise textual discursiva pode ser entendida como:

[...] um processo auto organizado de construção em que novos entendimentos emergem a partir de uma sequência recursiva de três componentes: a desconstrução dos textos do “*corpus*”, a unitarização; o estabelecimento de relações entre os elementos unitários, a categorização; o captar o emergente em que a nova compreensão é comunicada e validada (Moraes e Galiazzi, 2007, p. 12).

RESULTADOS

Derivadas da análise foram construídas as seguintes categorias intermediárias: importância da assistência profissional; conhecimento de sinais e sintomas de DST; falta de cuidado com o corpo; importância do parceiro na consulta pré-natal; importância dos meios de informação sobre DST; negociação de sexo seguro; formas de prevenção; risco para o bebê e maior vulnerabilidade às DST na gestação. Pela aproximação dessas categorias, surgiram as seguintes categorias finais: cuidado com o corpo, informação sobre DST e maior vulnerabilidade à DST na gestação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação em Saúde é fundamental para a construção dos saberes sobre o corpo e visa uma melhoria da qualidade de vida, além de configurar como uma oportunidade para os profissionais da saúde e para as gestantes construírem uma trajetória na busca por uma gestação mais saudável. No entanto, a análise do discurso das gestantes colaboradoras da pesquisa mostrou que este papel não está sendo desempenhado pelos profissionais da saúde em sua plenitude.

Isso se deve, possivelmente, pela falta de formação específica por parte dos profissionais para abordar as DST, uma vez que, entre as 27 gestantes participantes da pesquisa, apenas três afirmaram ter obtido informação sobre DST por meio de profissionais da área da saúde, embora a análise dos relatos dos profissionais evidencie que esses abordam o tema durante as consultas de pré-natal. Além disso, a escola foi citada pelas gestantes como a principal fonte de informação sobre DST, sendo que 70% delas afirmaram ter recebido orientações pelos professores.

A análise dos dados demonstrou também que 75% das gestantes sabem dos riscos da DST para si e para o bebê, no entanto, apesar desse conhecimento, 99% não utilizam métodos de prevenção. Contudo, o que se destacou tanto nos discursos dos profissionais quanto nos relatos das gestantes foram questões relacionadas à maior vulnerabilidade da gestação frente às enfermidades transmissíveis sexualmente.

Conclui-se reafirmando a importância do desenvolvimento de processos educativos mais efetivos na relação entre o profissional da saúde e gestantes que promovam a conscientização e a prevenção das DST. Além disso, os resultados da pesquisa apontam para a necessidade de maiores investimentos na formação inicial e permanente dos profissionais da saúde objetivando, assim, uma melhoria na qualidade da Educação em Saúde no município do Rio Grande. Assim, espera-se que as aprendizagens tornem-se mais significativas no que concerne ao cuidado com o corpo e a compreensão dos riscos e dos mecanismos de prevenção frente às DST durante a gestação, superando, assim, a mera transmissão de informação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apea-Kubi, K. A. Yamaguchi, S. Sakyi, B. Kishimoto, T. Ofori-Adjei, D. Hagiwara, T. (2004). *Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, and Treponema pallidum infection in antenatal and gynecological patients at Korle-Bu Teaching Hospital, Ghana*. *Jpn J Infect Dis*, 57, pp. 253–256.

FEE – Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser (<http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/capa/index.php>).

Freire, P. (2002). *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freire, P. (2003). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Gohn, M. G. (2006). *Educação não-formal na pedagogia social*. I Congresso Internacional de Pedagogia Social. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000009200600100034&lng=en&nrm=abn>.

Jacobson, B. Pernevi, P. Chidekel, L. Platz-Christensen, J. J. (2002). *Bacterial vaginosis in early pregnancy may predispose for preterm birth and postpartum endometritis*. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81, pp. 1006-10.

Larsson, P. G. Fahraeus, L. Carlsson, B. Jakobsson, T. Forsum, U. (2007). *Predisposing factors for bacterial vaginosis, treatment efficacy and pregnancy outcome among term deliveries; results from a preterm delivery study*. *BMC Womens Health*, 7, p.20.

Moraes, R; Galiuzzi, M. C. (2007). *Análise textual: discursiva*. Ijuí: Unijuí.

Nicolai, L. M. Ethier, K. A. Kathleen, A. Kershaw, T. S. Lewis, J. B. Ickovics, J. R. (2003). *Pregnant adolescents at risk: sexual behaviors and sexually transmitted disease prevalence*. *Am J Obstet Gynecol*, 188, pp. 63-70.

Passini, R. Jr. Tedesco, R. P. Marba, S. T. Cecatti, J. G. Guinsburg, R. Martinez, F.E. Nomura, M. L. (2010). *Brazilian multicenter study on prevalence of preterm birth and associated factors*. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19, pp. 10-22.

Pedrosa, J. I. S. (2007). *Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências*. Caderno de Educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Vasconcelos, E. M. (2004). *Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde*. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 14(1), pp. 67-83.

Vasconcelos, E. M. (2007). *Educação Popular e Saúde Educação popular: um jeito especial*

de conduzir o processo educativo no Setor saúde. Caderno de Educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde.

6. CONSIDERAÇÕES

Nesta seção, iremos rever a trajetória percorrida, as etapas vividas, os diálogos estabelecidos ao longo desta investigação, bem como tecer algumas considerações, que não serão as finais. Assim, optamos por nomear este capítulo de “considerações”, dada sua impossibilidade de conclusões e por acreditarmos que os achados aqui apresentados poderão motivar novas pesquisas.

Iniciamos com a compreensão de que este trabalho investigativo foi um passo inicial importante no que se refere aos processos educativos que emergem da relação médico (profissional da saúde) e paciente gestante. Este tema, em geral, é abordado de forma verticalizada, na qual o profissional da saúde é considerado o único autorizado a ensinar, enquanto o paciente é apenas aquele que deve aprender, já que, ao desconhecer seu próprio corpo, seria incapaz de cuidá-lo. Tal abordagem nos reporta à ideia do filósofo inglês John Locke sobre o processo de aprendizagem, o qual, segundo ele, depende das informações e experiências absorvidas pela criança de forma passiva, como se ela fosse uma tela em branco (tabula rasa). Tal pensamento se contrapõe às ideias de Rousseau e Pestalozzi e da maioria dos estudiosos que teorizam a Educação na atualidade.

Compreender os processos educativos que ocorrem na área da saúde, transitar pelo campo da pesquisa qualitativa e interpretar os discursos de 42 profissionais da saúde e 27 gestantes se mostrou um grande desafio. O objetivo deste estudo, “investigar e compreender os processos educativos emergentes da relação médico(a)-paciente sobre a doença sexualmente transmitida (DST) e a autopercepção de risco entre gestantes que utilizam o Sistema Único de Saúde para a realização de acompanhamento pré-natal”, moveu-nos para as ações da pesquisa realizada. De modo específico, também tivemos a intenção de analisar o entendimento do tema e a percepção de risco entre gestantes; identificar quais os processos educativos que contribuem para o autoconhecimento; investigar quais são os processos educativos vivenciados pelas gestantes e o tipo de informação recebida durante as consultas, e também investigar se o profissional da saúde se percebe como educador na relação médico(a)-paciente.

Ao propor tais objetivos, compreendemos que a proposta teve, além de um viés social, no sentido de possibilitar aos sujeitos envolvidos uma discussão sobre DST e risco na gravidez, uma transformação pessoal. A imersão no tema e a análise dos processos que são cotidianamente vividos em minha vida profissional, fizeram-me compreender a necessidade de encarar o papel do médico de maneira diferente, ou seja, assumindo-me como educadora em saúde.

Além do desafio supracitado, destaco a insegurança de percorrer caminhos metodológicos desconhecidos, como a Análise Textual Discursiva, principalmente pelo fato de que minhas experiências investigativas prévias foram sempre com abordagens quantitativas, o que se constituiu em valiosa aprendizagem. Nesta etapa, foi necessário desamarrear-se da habitual segurança dos métodos quantitativos baseados em análises estatísticas e permitir que o novo emergisse do discurso.

Assim, analisar como os processos educativos sobre DST são construídos entre gestantes possibilitou novo olhar sobre o papel do profissional da saúde como educador durante a realização do pré-natal. É importante sublinhar que o atendimento pré-natal se caracteriza como o conjunto de cuidados prestados e medidas direcionadas ao atendimento da mulher, que tem como objetivo detectar precocemente fatores de risco que venham a ocasionar morbidades, diminuindo assim as possíveis complicações com medidas preventivas e curativas. Envolve atividades e ações voltadas não somente para as questões biológicas, mas também de caráter sociocultural eminentemente educativo.

A etapa quantitativa nos permitiu demonstrar a relevância do tema DST e gestação, mostrando principalmente a elevada ocorrência de sintomas de DST como corrimento vaginal de características patológicas em que 43% (1.130) das mães referiram apresentar o sintoma. As relações de causalidade entre os desfechos corrimento vaginal de características patológicas mostraram-se fortes entre gestantes que apresentaram a queixa de corrimento vaginal em gestação anterior, depressão materna na gestação atual, a ocorrência de anemia e a ameaça de parto prematuro. Gestantes que relataram ocorrência de infecção do trato urinário na gestação atual também apresentaram maior associação com a ocorrência de sintomas sugestivos de DST. A partir dos resultados desta etapa, constatamos que um percentual significativo de gestantes do município do Rio Grande é acometido de sintomas associados à DST.

Retomando o questionamento inicial da pesquisa: “Os processos educativos desenvolvidos na relação médico(a)-paciente são suficientes para a prevenção e identificação dos problemas associados à DST?” constatamos que os processos educativos emergentes da

relação médico(a)-paciente sobre a doença sexualmente transmitida (DST), ainda são incipientes e poderiam ultrapassar a simples prescrição de modelos de cuidados para ações educativas mais próximas e efetivas. Os resultados da pesquisa mostram que os profissionais demonstram conhecer o tema e sabem dos riscos para a evolução da gestação. Contudo, os relatos das gestantes se contrapõem a essa afirmativa quando indicam que esses saberes não são construídos durante a consulta pré-natal. Mesmo sendo este um momento oportuno de fazer diagnóstico, de orientar e construir conhecimentos sobre formas de transmissão, tratamento, prevenção e consequências para a gestante e seu bebê, o tema não é abordado.

Ao analisarmos a percepção de risco entre gestantes que utilizam o Sistema Único de Saúde para a realização de acompanhamento pré-natal, foi constatado que mais de dois terços das gestantes estudadas sabem dos riscos da DST para si e para o bebê, no entanto, apesar desse conhecimento, 99% não utilizam métodos de prevenção. Isso nos leva a inferir sobre a necessidade de ouvir, de estar à escuta da paciente gestante. Modelos autoritários e prescritivos na relação médico-paciente podem ser ineficientes, já que é possível inferir que apenas a passagem de informações sobre o tema DST e gestação não foram suficientes para a tomada de atitudes de prevenção nas gestantes colaboradoras da pesquisa.

As mulheres são mais suscetíveis a problemas relacionados às DST, tendo em vista que a anatomia e a fisiologia feminina propiciam maior vulnerabilidade às DST. Os fatores socioeconômicos e culturais são mais contundentes e as questões relacionadas ao gênero fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, contribuem para esta maior vulnerabilidade feminina frente às DST.

As relações de gênero são marcadas pela desigualdade dos papéis sociais desempenhados por homens e mulheres. Essa desigualdade dificulta a negociação da adoção de práticas de sexo mais seguras e, conseqüentemente, a prevenção contra DST, uma vez que, normalmente, ocorre a submissão das mulheres aos homens no que diz respeito à utilização de prevenção, o que aumenta a vulnerabilidade feminina às DST. No estudo, alguns relatos comprovam tal assertiva, como o de Açucena, uma das gestantes pesquisadas, que afirma: *“Não uso porque o meu esposo não gosta”*.

Muitas das gestantes justificaram a não utilização de preservativos durante a gestação por confiarem em seus parceiros, como visto nos relatos a seguir:

Acho que não tem necessidade. Eu sou limpinha e ele também. As cuecas dele são limpas [...]. (Begônia)

Antes de engravidar, nunca usava. Na gestação não uso porque já não usava. Sou casada eu já tenho um parceiro há muitos anos, então a gente acaba confiando. Eu

até sei, até tem risco, mas nas na verdade eu não tenho motivo para desconfiar, mas a gente nunca sabe. [...] (Íris Amarelo)

Pode ser errado ou não. Eu conheço o meu parceiro e eu sei que ele não tem outra. Eu confio nele. (Brinco de Princesa)

Ao identificar quais os processos educativos que contribuem para o autoconhecimento, a escola foi citada pelas gestantes como a principal fonte de informação sobre DST, e a maioria delas afirmou ter recebido orientações na escola. Setenta por cento delas afirmaram ter recebido orientações pelos professores.

A escola, local essencialmente pedagógico, configurou-se como espaço e tempo de aprendizagens, e, portanto, uma grande fonte de informação sobre DST entre as gestantes participantes desta pesquisa. Assim, o desenvolvimento do tema Prevenção de DST/AIDS, como sugerido nos Parâmetros Curriculares Nacionais do MEC, contribuiu para produção de conhecimentos sobre o tema, porém, não foi suficiente para promover os cuidados de prevenção frente às DST. Sendo a escola ponto de passagem para a maior parte da população, esta precisa configurar-se como espaço educador privilegiado e efetivo para ações preventivas frente às DST.

Ao investigar o papel de educador dos profissionais da saúde, a maioria dos colaboradores da pesquisa relatou ter a oportunidade de orientar as gestantes sobre o tema. Ao serem perguntados sobre como seria esta orientação, a análise evidenciou que os mesmos apresentam conhecimento técnico e atualizado, no entanto, em contraposição, as gestantes relataram que o tema não é abordado durante a consulta de pré-natal. Tal evidência mostra a importância de que o acompanhamento pré-natal represente uma oportunidade ímpar para que o profissional da saúde construa, juntamente com a gestante, conhecimento acerca dos cuidados com o corpo e desenvolva atividades e ações educativas voltadas não somente para as questões biológicas, mas também para questões de caráter sociocultural. Temas importantes como as DST durante a gestação e as consequências tanto para o bebê como para a mulher deveriam ser abordados em consulta pré-natal, oferecendo meios para que os conhecimentos científicos produzidos na área sejam compartilhados e ressignificados junto às gestantes, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença propicia as condições adequadas para a adoção de hábitos e condutas saudáveis.

Urge que os processos educativos em saúde não sejam realizados de forma impositiva ou restritiva, com determinação de atitudes e normas, não se limitando também à simples transmissão de informações, mas sim, por meio de interações cognitivas e também

afetivas. As aprendizagens decorrentes da relação entre paciente e profissional da saúde podem ser classificadas como Educação não formal, o que, na concepção de Gohn (2006) se trata de aprendizagens “No mundo da vida”, via processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivos cotidianos, sem conteúdo demarcado, diferente da Educação formal curricular que ocorre na escola. Além disso, é fundamental que a Educação em Saúde propicie a emergência de conhecimentos para que os indivíduos cuidem de seus corpos e identifiquem possíveis causas de enfermidades, buscando formas de prevenção e possibilidades de tratamento. Segundo Vasconcelos (2004, p.68), “É o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população”. Com isso, podemos dizer que a Educação em Saúde pode promover ações básicas de prevenção, diagnóstico e cura, assim como a reabilitação de agravos.

Por isso, a Educação em Saúde deve ser pensada como uma estratégia indispensável para o alcance de saúde e do bem-estar. Deve-se propiciar a possibilidade de construção compartilhada de conhecimentos sobre o processo saúde-enfermidade-cuidado, mediante uma relação dialógica (FREIRE, 2003; 2002), e o desenvolvimento da autonomia dos usuários dos serviços de saúde. Sobre isso, Pedrosa afirma que:

A Educação em Saúde implica em atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos (2007, p.15).

Os resultados desta pesquisa fortalecem a ideia de que a consulta pré-natal é uma oportunidade de fazer diagnóstico de DST e desenvolver aprendizagens junto às gestantes sobre formas de transmissão, tratamento e prevenção, sendo a capacitação da equipe de saúde, tanto na graduação como em cursos de educação continuada, indispensável para a construção deste conhecimento. Como já apontado, a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis durante a gravidez representa risco aumentado de morbidade e mortalidade para o feto e o recém-nascido, assim como para a gestante, aumentando o risco de abortos, natimortos, prematuridade, infecções congênitas e perinatais em virtude da transmissão vertical (LIMA; VIANA, 2009).

A gestação é uma fase de vulnerabilidade para a gênese de doenças transmissíveis que repercutem negativamente no desenvolvimento perinatal. As gestantes colaboradoras desta pesquisa não tomam os cuidados necessários para evitá-las e se expõem a riscos, tal como evidenciado no discurso da gestante Alfazema:

Tô grávida mesmo... Eu não gosto de usar camisinha e ele também não gosta de usar. Agora que eu tô grávida mesmo é que eu não uso. Risco um. Ele fez exames e eu também. Tenho uma filha com ele e estou grávida do segundo. A gente só namora, não moramos juntos. Eu “ando” só com ele. A minha filha mamou e ficou tudo bem. Quando tem problema o nenê não mama. Por isso que eu acho que o risco é baixo. (Alfazema)

Tal situação aponta para a necessidade do desenvolvimento de ações preventivas e educativas em saúde direcionadas às DST, para a promoção da conscientização acerca do assunto. Nesse cenário, a Educação em Saúde, quando bem desenvolvida, pode constituir-se estratégia eficaz importante no enfrentamento às DST, uma vez que, por meio da Educação, o indivíduo pode ser orientado e conscientizado e, conseqüentemente, capacitado a realizar o autocuidado que permeia a adoção de um estilo de vida mais saudável. A educação com vistas à prevenção das DST durante a gestação necessita ser realizada por todos os profissionais de saúde.

A Educação em Saúde é fundamental para a construção dos saberes sobre o corpo e visa a melhoria da qualidade de vida, além de configurar como uma oportunidade para os profissionais da saúde e para as gestantes construírem trajetória na busca por uma gestação mais saudável. No entanto, a análise do discurso das gestantes colaboradoras da pesquisa mostrou que esse papel não está sendo desempenhado com a responsabilidade devida pelos profissionais da saúde.

Isso se deve, possivelmente, pela falta de formação específica por parte dos profissionais para abordar as DST, uma vez que, entre as 27 gestantes participantes da pesquisa, apenas três afirmaram ter obtido informação sobre DST por meio de profissionais da área da saúde, embora a análise dos relatos dos profissionais evidencie que esses abordam o tema durante as consultas de pré-natal.

A análise dos dados demonstrou também que 75% das gestantes sabem dos riscos da DST para si e para o bebê, no entanto, apesar desse conhecimento, 99% não utilizam métodos de prevenção. Contudo, o que se destacou tanto nos discursos dos profissionais quanto nos relatos das gestantes foram questões relacionadas à maior vulnerabilidade da gestação frente às enfermidades transmissíveis sexualmente.

Os argumentos produzidos a partir da análise dos dados, possibilitaram a defesa da tese central deste estudo de que “os processos educativos desenvolvidos na relação médico(a)-paciente não são suficientes para a prevenção e identificação dos problemas associados à DST”. Portanto, reafirmamos a importância do desenvolvimento de processos educativos mais efetivos na relação entre o profissional da saúde e gestantes que promovam a compreensão e a prevenção das DST. Isso remete à necessidade de maiores investimentos na

formação inicial e permanente dos profissionais da saúde objetivando, assim, uma melhoria na qualidade da Educação em Saúde no município do Rio Grande. Com uma formação adequada, os profissionais da saúde estarão mais aptos a desenvolverem processos educativos que possibilitem promover aprendizagens mais significativas no que concerne ao cuidado com o corpo, e a compreensão dos riscos e dos mecanismos de prevenção frente às DST durante a gestação, superando, assim, a mera transmissão de informações.

Assim, fica evidente a necessidade de desenvolver novos estudos que objetivem analisar e compreender como os profissionais de saúde fazem Educação em Saúde com foco nas DST, bem como as causas de maior vulnerabilidade das gestantes diante dessas doenças que acometem uma significativa parcela da população brasileira. Almeja-se que os resultados desta tese possam contribuir para discussões futuras sobre atenção à saúde da gestante, meios de prevenção de DST e, principalmente, sobre a necessidade de formação continuada de educadores em saúde.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. C. L. *Risco e saúde reprodutiva: a percepção dos homens de camadas populares*. Cad. Saúde Pública; 18(3):797-805. 2002.

APEA-KUBI, K. A.; YAMAGUCHI, S.; SAKYI, B.; KISHIMOTO, T.; OFORI-ADJEI, D; HAGIWARA, T. *Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, and Treponema pallidum infection in antenatal and gynecological patients at Korle-Bu Teaching Hospital, Ghana*. Jpn J Infect Dis, 57, pp. 253–256. 2004.

AYRES, J. R; FRANÇA-JUNIOR, I; CALAZANS, G. J; SALLETI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BECKER, M.; STEPHEN, J.; MOSES, S.; WASHINGTON, R.; MACLEAN, I.; CHEANG, M.; ISAC, S.; RAMESH, B. M.; ALARY, M.; BLANCHARD, J. *Etiology and determinants of sexually transmitted infections in Karnataka state, south India*. Sex Transm Dis. 37 (3):159-64. 2010.

BRANDÃO, C. R. *O que é educação*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e hepatites virais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>. Acesso em 13 de março de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de controle doenças sexualmente transmissíveis*. 4a Ed. Brasília: Ministério da Saúde. Séries Manuais, 68. 2006.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos do Ensino Fundamental: temas transversais*. Brasília, 1998.

BRUNS, M. A e TRINDADE, E. Metodologia fenomenológica: a contribuição da ontologia-hermenêutica de Martin Heidegger. In: BRUNS, M. A.; HOLANDA, A. F. (org.). *Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas*. São Paulo: Ômega. 2001.

CANDEIAS, N. M. F. *Conceitos de Educação e de Promoção em Saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais*. Rev. Saúde Pública. 31(2):209-13. 1997.

- EVERETT, K. D.; BULLOCK, L.; GAGE, J. D.; LONGO, D. R.; GEDEN, E.; MADSEN, R. *Health risk behavior of rural low-income expectant fathers*. Public Health Nurs. 23 (4): 297-306. 2006.
- FERNANDES, M. A. S.; ANTONIO, D. G.; BAHAMONDES, L. G.; CUPERTINO, C. V. *Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual*. Cad. Saúde Pública; 16 (Sup. 1): 103-12. 2000.
- FONSECA, A. D. *A concepção de sexualidade na vivência de jovens: bases para o cuidado de enfermagem [tese]*. Florianópolis (SC): UFSC; 2004.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 10. ed. 1996.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- FREIRE, P. *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: Editora Unesp, 2000
- GOHN, M. G. *Educação Não-Formal e Cultura Política*. SP: Cortez, 1999.
- GOHN, M. G. *Educação não formal na pedagogia social*. I Congresso Internacional de Pedagogia Social. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000092006000100034&lng=en&nrm=abn. 2006. Acesso em 27 de fev. de 2013.
- HERNANDÉZ-GIRÓN, C.; CRUZ-VALDEZ, A.; QUITERIO-TRENADO, M.; PERUGA, A.; HERNANDEZ-AVILA, M. *Características de comportamiento sexual en hombres de la Ciudad de México*. Salud Pública Mex; 27:400-11. 1999.
- JACOBSON, B; PERNEVI, P; CHIDEKEL, L; PLATZ-CHRISTENSEN, J. J. *Bacterial vaginosis in early pregnancy may predispose for preterm birth and postpartum endometritis*. Acta Obstet Gynecol Scand, 81, pp. 1006-10. 2002.
- LARSSON, P. G; FAHRAEUS, L; CARLSSON, B; JAKOBSSON, T; FORSUM, U. *Predisposing factors for bacterial vaginosis, treatment efficacy and pregnancy outcome among term deliveries; results from a preterm delivery study*. BMC Womens Health, 7, p.20. 2007.
- LIBÂNEO, J. C. *Pedagogia e Pedagogos, para quê*. São Paulo: Cortez, 2005.
- LIMA, L. H. M; VIANA, M. C. *Prevalence and risk factors for HIV, syphilis, hepatitis B, hepatitis C, and HTLV-I/II infection in low-income postpartum and pregnant women in Greater Metropolitan Vitória, Espírito Santo State, Brazil*. Cad Saúde Pública. 25(3):668-76. 2009.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Editora Hucitec, 2006.

MULLICK, S; WATSON-JONES, D; BEKSINSKA, M; MABEY, D. *Sexually transmitted infections in pregnancy: prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries*. Sex Transm Infect 2005; 81: 294-302.

NICOLAI, L. M; ETHIER, K. A; KATHLEEN, A; KERSHAW, T. S; LEWIS, J. B; ICKOVICS, J. R. *Pregnant adolescents at risk: sexual behaviors and sexually transmitted disease prevalence*. Am J Obstet Gynecol, 188, pp. 63-70. 2003.

PASSINI, R. J; TEDESCO, R. P; MARBA, S. T; CECATTI, J. G; GUINSBURG, R; MARTINEZ, F.E; NOMURA, M. L. *Brazilian multicenter study on prevalence of preterm birth and associated factors*. BMC Pregnancy Childbirth, 19, pp. 10-22. 2010.

SCOTT, J. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Educação & Realidade, 20 (2), 71-99. 1995.

TEIXEIRA, A. M. F. B; KNAUTH, D. R; FACHEL, J. M. G; LEAL, A. F. *Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual*. Cad Saúde Pública; 22:1385-96. 2006.

VIEIRA, M. A. S; GUIMARÃES, E. M. B; BARBOSA, M. A; TURCHI, M. D; ALVES, M. F. C; SEIXAS, M. S. C. *Fatores associados ao uso de preservativo em adolescentes do gênero feminino no município de Goiânia*. DST J Bras Doenças Sex Transm. 16(3):77-83. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Department of Reproductive Health and Research. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/>. Acesso em 27 de fev. de 2012

ANEXOS

Anexo I - Modelo hierárquico de análise para fatores associados à ocorrência de corrimento vaginal patológico.

| Nível | Variáveis | | |
|----------|---|--|--|
| Primeiro | <u>Demográficas</u> Idade materna, cor da pele e situação conjugal | | <u>Socioeconômicas</u> Escolaridade materna e índice de bens |
| Segundo | <u>Características comportamentais</u> Tabagismo | | <u>Antecedentes obstétricos</u> Paridade, ocorrência de aborto e gravidez planejada |
| Terceiro | <u>Método contraceptivo prévio</u> Utilização de anticoncepcional oral | <u>Morbidade prévia</u> Corrimento vaginal na gestação anterior | <u>Assistência à gestação atual</u> Consulta pré-natal |
| Desfecho | Corrimento vaginal referido durante a gestação | | |

Anexo II – Instrumento de coleta dados das gestantes no estudo qualitativo.

| | |
|---|-----------------------------------|
| PREVALÊNCIA DE DST E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, RS | Número do questionário |
| Categoria da paciente: (1) Gestante (2) Gestante/HIV+ (3)Ginecológica (4) Ginecológica/ HIV+ NOME:..... POSTO:..... | _____ catp __ |

“AS PERGUNTAS DESTE QUESTIONÁRIO SÃO SIGILOSAS, NÃO EXISTE A POSSIBILIDADE DE VOCÊ SER IDENTIFICADO. PORTANTO CONTAMOS COM A SUA SINCERIDADE.”

| | |
|--|--|
| <p>“VAMOS FALAR SOBRE SEUS DADOS PESSOAIS”</p> <p>1. Qual a cor da sua pele: (1) Branca (2) Parda/Morena (3) Preta</p> <p>2. Quantos anos você tem? ___ anos (completo)</p> <p>3. Você é: (1) Solteira (2) Casada ou tem companheiro (3) viúva (4) Separada</p> <p>4. Até que série você estudou? ___^a do ___^o grau (já completou)</p> <p>5. Você fuma? (1) Sim. Quantos cigarros por dia? _____ (2) Não (3) Parou de fumar</p> <p>6. No mês passado quanto ganharam as pessoas da sua casa que trabalharam? Pessoa 1: R\$ _____, _____ Pessoa 2: R\$ _____, _____ Pessoa 3: R\$ _____, _____</p> <p>“AGORA VAMOS FALAR SOBRE SEXO, GRAVIDEZ E DOENÇAS DO SEXO”</p> <p>7. Que idade você tinha quando manteve relação sexual pela primeira vez? ___ anos</p> | <p>NÃO ESCREVER AQUI</p> <p>cor __</p> <p>idad __</p> <p>estaciv __</p> <p>serim __</p> <p>graum __</p> <p>fum __</p> <p>qfum __</p> <p>rend1 _____</p> <p>rend2 _____</p> <p>rend3 _____</p> <p>idsex __</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| <p>8. Com quantas pessoas você fez sexo na sua vida? ____</p> <p>9. Com quantas pessoas você fez sexo nos últimos 6 meses? ____</p> <p>10. Quantas vezes você ficou grávida (partos mais abortos)? ____</p> <p>11. Quantos partos você teve (parto normal mais cesárea)? ____</p> <p>12. O que a você faz para não engravidar? (1) pílula anticoncepcional (2) camisinha (3) DIU (4) ligadura das trompas (5) Outro método. Qual? _____</p> <p>13. Você usa camisinha durante as relações sexuais? (1) sim (2) não. Por que não usa? _____</p> <p>14. Você já teve alguma doença sexualmente transmissível? (1) sim. Qual? _____ (2) não (9) Não lembro</p> <p>15. Você já ouviu falar de Herpes genital? (1) sim (2) não (9) Não lembro</p> <p>16. Se você conhece o Herpes. Como se pega? _____</p> <p>17. Se você conhece o Herpes. O que ele causa? _____</p> <p>18. Você já ouviu falar da Clamídia? (1) sim (2) não (9) Não lembro</p> <p>19. Se você conhece a Clamídia. Como se pega? _____</p> <p>20. Se você conhece a Clamídia. O que ele causa? _____</p> <p>21. Você já ouviu falar do Papiloma Vírus Humano (HPV)?(1) sim(2) não (9) Não lembro</p> <p>22. Se você conhece a HPV. Como se pega? _____</p> <p>23. Se você conhece o HPV. O que ele causa? _____</p> <p>“AGORA VAMOS FALAR SOBRE O CÂNCER DO COLO DO UTERO”</p> <p>24. Você já ouviu falar no exame de pré-câncer (preventivo) do colo do útero? (1) Sim (2) Não (9) Não lembro</p> <p>25. Você já fez este exame alguma vez? (1) Sim (2) Não (9) Não lembro</p> <p>26. Marcar o que você acha importante para a mulher ter o câncer do colo uterino: (pode ser mais de uma)</p> | <p>sexv ____</p> <p>sexm ____</p> <p>gest ____</p> <p>para ____</p> <p>faz ____</p> <p>qoutro ____</p> <p>usa ____</p> <p>porecém-nascido ____</p> <p>DST ____</p> <p>qDST ____</p> <p>herp ____</p> <p>pherp ____</p> <p>cherp ____</p> <p>clam ____</p> <p>pclam ____</p> <p>cclam ____</p> <p>hpv ____</p> <p>phpv ____</p> <p>chpv</p> <p>falacp ____</p> <p>fezcp ____</p> <p>causa1 ____</p> <p>causa2 ____</p> <p>causa 3 ____</p> <p>causa4 ____</p> <p>causa 5 ____</p> <p>causa6 ____</p> <p>falacan ____</p> <p>qchand ____</p> <p>tcand ____</p> |
|--|--|

| | |
|--|-------------|
| (1) mãe ter tido câncer (2) irmã ter tido câncer (3) corrimento (4) usar DIU | sintcand __ |
| (5) Papiloma Vírus Humano (HPV) (6) ter ferida no colo do útero | qsint1 __ |
| (7) Ser fumante (8) Ter muitos filhos () Outro fator? | qsint2 __ |
| _____ | qsint3 __ |
| “AGORA VAMOS FALAR SOBRE Cândida que causa “CORRIMENTO” | qsint4 __ |
| 27. Você já ouviu falar de Cândida? (1) Sim (2) Não → pular para 35 (9) | epcand __ |
| Não lembro | tcand __ |
| 28. Você sabe o que é Cândida? | rcand __ |
| (1) Bactéria (2) Fungo (3) Vírus (4) Vermes (9) Não lembro | qcr __ |
| 29. Você já teve infecção por Cândida? (1) Sim (2) Não → pular para 33 (9) | tr __ __ |
| Não lembro | cocand __ |
| 30. Você está no momento apresentando algum sinal/sintoma de infecção genital por Cândida? (1) Sim: Qual? (2) Não | qco __ |
| (1) coceira (2) ardência (3) corrimento (4) mal cheiro | tco __ __ |
| (5) inchaço e vermelhidão da vulva e da vagina | fcand |
| 31. Quantos episódios, em média, de Cândida você tem por ano? | parcand __ |
| (1) Nenhum ou um (2) 2 ou 3 (3) 4 ou mais (9) Não lembro | |
| 32. Você está fazendo agora ou já fez tratamento para infecção por Cândida? | |
| (1) Sim: Qual? (2) Não (9) Não lembro | |
| (1) creme vaginal. Qual e por quanto tempo? _____ | gecorr __ |
| (2) comprimido. Qual e por quanto tempo? _____ | |
| 33. Sua família, especialmente mãe e irmãs, tem infecção genital por Cândida? | gvez __ |
| (1) Sim (2) Não (9) Não lembro | |
| 34. Seu parceiro se queixa de coceira, vermelhidão ou ardência genital após relação sexual? | gcor1 __ |
| (1) Sim (2) Não (9) Não lembro | gcor2 __ |
| | gcor3 __ |
| | gcor4 __ |
| SE NÃO ESTIVER GRÁVIDA MUITO OBRIGADO PELA SUA PACIÊNCIA. | gcheiro __ |
| SE A SENHORA ESTIVER GRÁVIDA, RESPONDA AS PERGUNTAS SEGUINTE POR FAVOR. | gcoc __ |
| “AGORA VAMOS FALAR SOBRE CORRIMENTO NA GRAVIDEZ” | |

35. A Senhora **tem ou teve** corrimento vaginal nesta gravidez?

(1) Sim, tratado (2) Sim, não tratado (3) Não (9) Não lembro

36. SE SIM Quantas vezes a senhora teve corrimento durante toda a gravidez? ___ ___ vezes

(77=durante toda a gravidez; 88=não se aplica; 99=IGN)

37. Que **cor** era a maioria destes corrimentos?

Branco–amarelado: (1) Sim (2) Não (9) Não lembro

Amarelado: (1) Sim (2) Não (9) Não lembro

Esverdeado: (1) Sim (2) Não (9) Não lembro

Outra cor: _____

38. Este corrimento tinha **cheiro** ruim?

(1) Sim, sempre (2) Sim, as vezes (3) Não (9) Não lembro

39. Quando a senhora estava com corrimento, o que mais a senhora tinha?

Cocceira: (1) Sim (2) Não (9) Não lembro

Ardência para urinar: (1) Sim (2) Não (9) Não lembro

Dor durante relações sexuais: (1) Sim (2) Não (9) Não lembro

40. Alguma vez a senhora fez tratamento para este corrimento?

(1) **Sim: Qual?** (2) Não (9) Não lembro

(1) creme vaginal. Qual e por quanto tempo? _____

(2) comprimido. Qual e por quanto tempo? _____

gard ___

gdor ___

gtrat ___

gcreme ___

qqcr ___

gtcr ___

gcomp ___

gqcomp ___

gtcomp ___

Agora vamos gravar a sua fala para melhor entendimento.

QUESTÕES ABERTAS: CONHECIMENTO DAS GESTANTES

SOBRE DST

1. O que é DST?
2. Como se previne DST?
3. Como a mulher pode saber que está com uma DST?
4. Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou () usam ocasionalmente () uso consistente
5. Usa de preservativo agora durante a gestação () nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente
6. A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo?

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">7. De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST8. A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST?9. A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais?10. Quais as consequências das DST para a gestante11. E para bebê?12. Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST?13. Quais meios ou quem informou? | |
|--|--|

Muito obrigada por sua paciência!

Anexo III- Instrumento coleta de dados dos profissionais da saúde.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE-FURG
PROGEP/CONTROL
CURSO DE CAPACITAÇÃO “ATENÇÃO A GESTANTE E
HUMANIZAÇÃO DO PARTO”

1º AVALIAÇÃO REFERENTE AO MÓDULO IV

NOME:.....ASSINATURA:.....

1- Em seu local de trabalho você tem oportunidade de fornecer orientações sobre doença sexualmente transmissível (DST) à gestantes?

() SIM () NÃO

2- Sobre DST, quais as orientações uma gestante deveria receber do profissional da saúde que a assiste durante o pré-natal?

Anexo IV – Instrumento de coleta do Estudo Perinatal.

| BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO | |
|--|---|
| 1. Nome/número da entrevistadora: _____: | Nom10 __ |
| 2. Local de nascimento: (1) Hospital Universitário (2) Santa Casa (3) Outro | Loc10 __ |
| 3. Nome da mãe do RECÉM-NASCIDO: _____ | Dn10 __ |
| 4. Data de nascimento do RECÉM-NASCIDO (DD/MM): ___/___/2010 | /___/10 |
| 5. Hora do nascimento do RECÉM-NASCIDO (HH:MM): ___:___ | Hor10 __ |
| 6. Número de filhos nascidos no parto: ___ filho(s) | MIn10 __ |
| ➔ SE PARTO MÚLTIPLO, PREENCHA UM QUESTIONÁRIO DE GÊMEOS PARA CADA FILHO A PARTIR DO SEGUNDO FILHO. | |
| 7. A Sra. tem Cartão SUS? (0) Não () Sim, qual o número: _____ | Nrecém-nascido10 __ |
| 8. Sexo do RECÉM-NASCIDO: (1) masculino (2) feminino | Nsus |
| 9. Peso ao nascer: _____ gramas | _____ |
| 10. APGAR no 1º minuto: ___ | _____ |
| 11. APGAR no 5º minuto: ___ | _____ |
| 12. Início da entrevista: Data: ___/___/10 Horário: ___:___ | _____ |
| BLOCO B – PARTO E SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO | |
| Vamos começar conversando sobre seu parto | |
| 13. (VERIFICAR NO REGISTRO SE O RECÉM-NASCIDO NASCEU VIVO). O bebê nasceu vivo? (1) Sim →17 (2) Não | Sex10 __ |
| 14. SE NÃO NASCEU VIVO: A morte do bebê aconteceu antes do trabalho de parto ou durante o trabalho de parto? (1) Antes do trabalho de parto (2) Durante o trabalho de parto (3) IGN | Pn10 __ __ — Ap110 __ __ Ap510 __ __ |
| 15. A Sra. tem alguma ideia de qual foi o problema ou o que possa ter causado a morte do nenê? (0) Não →18 (1) Sim | Ien10 __ __ ___/10 |
| 16. E qual é a sua ideia? _____ | Hen10 __ __ Men10 __ __ |
| 17. Que nome a Sra. pretende dar para o nenê? _____ | |
| 18. O que a Sra. sentiu para vir para o hospital? (1) sangramento (2) perdeu água/liquido (3) contração ou dor do parto (4) agendamento (5) médico encaminhou (6) outro : _____ | Viv10 __ |

| | |
|--|---------------------------------|
| <p>19. SE PERDEU AGUA/LÍQUIDO: Antes de perder líquido, a Sra. já estava sentindo dor? (0) não (1) sim (9) IGN</p> <p>20. Quando o médico ou a enfermeira examinou a Sra. no hospital, estava tudo bem com o seu nenê? (0) Não (1) Sim →23 (9) IGN</p> <p>21. A Sra. sabe nos dizer o que havia de errado? (0) Não→23 (1) Sim (9) IGN</p> <p>22. O que era? _____</p> <p>23. O médico ou a enfermeira ouviram o coração do nenê batendo dentro da sua barriga? (0) não (1) sim (2) não foi examinada (9) IGN</p> <p>24. Quando a Sra. foi hospitalizada estava sentindo as dores do trabalho de parto? (0) não (1) sim (2) não foi examinada (9) IGN</p> <p>25. Foi preciso romper a bolsa, colocar soro ou remédio por baixo para começar o trabalho de parto ou para ajudar o nenê nascer? (0) Não→27 (1) Sim (9) IGN</p> <p>26. Porque foi preciso ajudar o nenê nascer? (1) Passou do tempo (2) Pressão alta (3) Rompeu a bolsa (4) Sangue não combina (5) O nenê estava morto (6) Médico quis (7) Parou o trabalho de parto (8) Outra razão (9) IGN Outra razão: _____: _____</p> <p>27. Depois que internou, quem do hospital acompanhou a Sra. durante o trabalho de parto até ganhar o nenê? (1) Médico (2) Estudante (3) Enfermeira ou parteira (4) Ninguém acompanhou (9) IGN</p> <p>28. Quem fez o seu parto? (1) médico (2) estudante (3) enfermeira ou parteira (4) outro Outra pessoa: _____: _____</p> <p>29. Na hora do nascimento, quem atendeu o nenê na sala de parto? (1) pediatra (2) obstetra (3) estudante (4) enfermeira ou parteira (5) anestesista (9) IGN</p> <p>30. O parto foi normal ou cesariana? (1) normal (2) cesariana →36</p> <p>31. Foi feito episiotomia? (<i>episiotomia = corte por baixo na hora do parto</i>) (0) não (1) sim (9) IGN</p> | <p>Mor10 __</p> <p>Cau10 __</p> |
|--|---------------------------------|

32. **SE SIM:** A Sra. foi avisada de que poderia ser feito episiotomia?

(0) não (1) sim (9) IGN

33. A Sra. se lembra se foi feito anestesia para a episiotomia?

(0) não (1) sim (9) IGN

34: Foi usado fórceps? (0) não (1) sim (9) IGN

35. Foi feita anestesia durante o parto? (0) não (1) sim (9) IGN

36. Qual foi o motivo para fazer cesariana?

(11) **Sufrimento fetal** (redução batimentos cardíacos/ fez cocô dentro da barriga da mãe);

(12) **Desproporção feto-pélvica** (bacia pequena/nenê muito grande);

(13) **Distócia de apresentação** (o nenê estava sentado/na posição errada);

(14) **Hemorragia** (teve sangramento);

(15) **Parada de progressão** (parou o trabalho de parto/pararam as dores);

(16) **Eclâmpsia, pré-eclâmpsia** (pressão alta);

(17) **Pós-maturidade** (passou do tempo);

(18) **Morte fetal** (o nenê morreu);

(19) **Diabete** (açúcar no sangue);

(20) **Cesariana de repetição** (já fez outra cesárea antes);

(21) **Laqueadura tubária** (para ligar trompas / para fazer desvio);

(22) **Mãe pediu** (a mãe queria que fosse feita cesariana);

(23) **Médico quis** (médico resolveu na hora que queria fazer cesariana);

(24) **Cesariana programada** (cesariana foi marcada durante a gravidez).

(99) IGN

Outro: _____

→ **Atenção! Se natimorto pule para 54**

37. <CRIANÇA> apresentou ou está apresentando algum problema de saúde?

(0) não →40 (1) sim (9) IGN →40

38. Durante o tratamento de <CRIANÇA>, ela precisou ficar no berçário ou na UTI?

(0) não →40 (1) sim, na UTI (1) sim, no berçário

(2) sim, no alojamento (9) IGN

39. Qual o problema de saúde que a <CRIANÇA> tem ou teve?

Problema 1: _____: ____

Problema 2: _____: ____

Agora vamos conversar um pouco sobre amamentação e uso de bico e mamadeira.

40. A Sra. já colocou o nenê no peito? (0) não →44 (1) sim

41. Porque o nenê não foi colocado no peito?

- (1) mãe HIV positivo (2) nenê foi para unidade intermediária
 (3) nenê foi para a UTI () outro: _____

42. Com quantas horas de vida a Sra. colocou o nenê no peito? ___ ___ (00=menos de 1 h)

43. A Sra. pretende amamentar seu filho no peito?

- (0) não →XX ??? () sim, até que idade? ___ ___ meses
 (77=enquanto ele quiser; 78=enquanto tiver leite; 99=IGN)

44. A Sra. pretende dar bico ou chupeta para o nenê? (0) não (1) sim (9) IGN

45. A Sra. trouxe bico para o hospital?(0) não (1) sim (9) IGN

46. A partir de que idade a Sra. pretende dar para o nenê...

Água: ___ ___ meses

Chás: ___ ___ meses

Outro tipo de leite: ___ ___ meses

Suco de frutas: ___ ___ meses

Fruta amassada: ___ ___ meses

Papinha: ___ ___ meses

Arroz: ___ ___ meses

Feijão: ___ ___ meses

00=se menos de 1 mês

Desde que nasceu, seu filho já recebeu...

47. Chá, água ou glicose (açúcar)? (0) não (1) sim (9) IGN

SE SIM: Com quantas horas de vida? ___ ___ horas

48. Bico ou chupeta? (0) não (1) sim (9) IGN

SE SIM: Com quantas horas de vida? ___ ___ horas

49. Mamadeira de leite? (0) não (1) sim (9) IGN

SE SIM: Com quantas horas de vida? ___ ___ horas

Eu quero conversar agora sobre a melhor posição para o nenê dormir

50. Como a senhora acha que um bebê deve dormir?

- (1) de barriga pra baixo (2) de barriga pra cima (3) de ladinho (4) outra (9) IGN

51. Por quê? _____

52. Com quem a Sra. aprendeu sobre dormir nesta posição?

- (1) mãe (2) Avó (3) Outro familiar (4) Vizinho

(5) Médico () Outro: _____: ___

53. Se o médico ou a enfermeira dissesse pra Sra. que a posição mais segura para um bebê dormir é de barriga pra cima, a Sra. acreditaria?

(0) Não (1) Sim (2) Depende (9) Não sabe

54. A Sra. aceitaria colocar o seu filho para dormir de barriga para cima?

(0) Não (1) Sim, com certeza (2) Talvez (9) Não sabe

BLOCO C – PRÉ-NATAL E DOENÇAS NA GESTAÇÃO

Agora vamos conversar sobre sua gravidez

55. Qual foi a data da sua última menstruação? ___ / ___ / ___

56. A Sra. planejou ter esse filho ou engravidou sem querer?

(1) planejou (2) sem querer (3) mais ou menos (9) IGN

57. A Sra. fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez?

(0) não → 93 - Quadro I (1) sim (9) IGN

58. Onde a Sra. fez a maioria das consultas de pré-natal?

(1) posto de saúde (2) ambulatório do HU (3) Ambulatório público (INAMPS, etc.)
(4) convênio (5) médico particular () Outro: _____

SE NÃO FOI EM POSTO DE SAÚDE IR PARA 62

59. SE EM POSTO DE SAÚDE: Qual? _____: ___

SE FOI EM POSTO DE SAÚDE

60. Qual o nome do/a médico/a que atendeu a Sra. na maioria das consultas?

SE FOI EM POSTO DE SAÚDE

61. PESSOA RESPONSÁVEL PELO CONTROLE DE QUALIDADE: LIGAR PARA O POSTO DE SAUDE E PERGUNTAR SE ESTE MÉDICO É DA ESTRATEGIA/PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:

(1) SIM (2) NÃO (9) IGN

62. A senhora sabe se neste Posto de Saúde onde a senhora fez a maioria das consultas de pré-natal tem equipe do Programa de Saúde da Família? (0) Não (1) Sim (9) IGN

63. A Sra. foi atendida pelo mesmo médico ou enfermeira durante as consultas do pré-natal ou eram profissionais diferentes a cada consulta?

(1) mesmo profissional (2) profissionais diferentes (9) IGN

64. Quantas consultas de pré-natal a Sra. fez? ___ consultas (IGN = 99)

65. Em que mês da gravidez a Sra. fez a 1ª. consulta de pré-natal? ___ meses (IGN=99)

66. A Sra. fez exames de sangue durante a gravidez?

(0) Não () Sim, quantos: ___ exames (00=Não fez; 88=NSA; 99=IGN)

67. A Sra. fez exames de urina durante a gravidez?

(0) Não () Sim, quantos: ___ exames (00=Não fez; 88=NSA; 99=IGN)

68. A Sra. fez exames para HIV durante a gravidez?

(0) Não () Sim, quantos: ___ exames (00=Não fez; 88=NSA; 99=IGN)

69. A Sra. fez exames para sífilis durante a gravidez?

(0) Não () Sim, quantos: ___ exames (00=Não fez; 88=NSA; 99=IGN)

70. A Sra. fez exames de ultrassom durante a gravidez?

(0) Não () Sim, quantos: ___ exames (00=Não fez; 88=NSA; 99=IGN)

71. **SE SIM:** Com quantas semanas (ou meses) de gravidez a Sra. estava quando fez o primeiro ultrassom?

___ meses ou ___ semanas (99=IGN)

72. A Sra. fez exame para prevenir câncer no útero/colo do útero durante a gravidez?

(0) não →75 (1) sim (9) IGN

73. **SE SIM:** Algum destes exames deu alterado?

(0) não →76 (1) sim (9) IGN

74. **SE SIM:** O que o médico pediu que a Sra. fizesse?

Repetisse o exame dentro de seis meses? (0) não (1) sim, esp. (2) sim, ind.

Tratasse com comprimido, creme, etc.? (0) não (1) sim, esp. (2) sim, ind.

Solicitou outros exames (biópsia, etc.)? (0) não (1) sim, esp. (2) sim, ind.

Encaminhou para o médico especialista? (0) não (1) sim, esp. (2) sim, ind.

Outro: _____: ___

75. **SE NÃO FEZ:** Porque não fez este exame? Porque...

(1) Estava com exame em dia (2) Não sabia que tinha que fazer

() Outra resposta: _____: ___

76. Quantos quilos a Sra. pesava no início da gravidez? ___ Kg (999=IGN)

77. Quantos quilos a Sra. pesava no final da gravidez? ___ Kg (999=IGN)

Durante as consultas de pré-natal o médico ou a enfermeira alguma vez...

78. Perguntou a data da última menstruação? (0) não (1) sim (9) IGN

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------|-------------|
| 79. Verificou o seu peso? | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| 80. Mediu a sua barriga? | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| 81. Mediu sua pressão? | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| 82. Examinou seus seios? | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| 83. Fez exame ginecológico/exame por baixo?" (0) não | (1) sim | (9) IGN | |
| 84. Receitou remédio para anemia (sulfato ferroso? (0) não | (1) sim | (9) IGN | |
| 85. Receitou vitaminas? | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| 86. Orientou sobre a amamentação? | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| 87. Perguntou se estava usando algum remédio?(0) não | (1) sim | (9) IGN | |
| 88. Orientou sobre uso de remédios? | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| 89. Perguntou se a senhora fumava? | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| 90. Orientou sobre exercícios físicos/caminhadas? | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| 91. SE SIM: Disseram que a Sra... | | | |
| (0) não deveria fazer exercício | (1) deveria fazer exercícios | | |
| (2) deveria fazer mais exercício | (3) deveria fazer menos exercício | | |
| 92. Durante o pré-natal, a Sra. fez vacina contra o tétano? | | | |
| (0) não →94 | (1) sim | (2) já estava vacinada →94 | (9) IGN →94 |
| 93. SE SIM: Quantas doses de antitetânica recebeu? __ doses (7=dose de reforço; 9=IGN) | | | |
| ☛ QUADRO 1 – MORBIDADE NA GESTAÇÃO ATUAL | | | |
| Durante esta gravidez... | | | |
| 94. A Sra. teve pressão alta?(0) não | (1) sim | (9) IGN | |
| 95. SE SIM: A senhora chegou a tratar? | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| 96. SE SIM: Já tinha pressão alta antes da gravidez? | | | |
| (0) não | (1) sim, mas não tratou | (2) Sim, e tratou | (9) IGN |
| 97. Ainda durante a gravidez, a Sra. teve diabetes? | | | |
| (0) não | (1) sim, mas não tratou | (2) Sim, e tratou | (9) IGN |
| 98. SE SIM: Já tinha diabetes antes da gravidez? | | | |
| (0) não | (1) sim, mas não tratou | (2) Sim, e tratou | (9) IGN |
| 99. A Sra. teve depressão ou problema nervoso? | | | |
| (0) não | (1) sim, mas não tratou | (2) Sim, e tratou | (9) IGN |
| 100. SE SIM: Já tinha depressão ou problema nervoso antes da gravidez? | | | |
| (0) não | (1) sim, mas não tratou | (2) Sim, e tratou | (9) IGN |
| 101. A Sra. teve anemia? | | | |
| (0) não | (1) sim, mas não tratou | (2) Sim, e tratou | (9) IGN |

| | |
|---|--|
| <p>102. SE SIM: Já tinha anemia antes da gravidez?</p> <p>(0) não (1) sim, mas não tratou (2) Sim, e tratou (9) IGN</p> <p>103. A Sra. teve ameaça de aborto?</p> <p>(0) não (1) sim, mas não tratava (2) Sim, e tratava (9) IGN</p> <p>104. A Sra. teve ameaça de parto prematuro?</p> <p>(0) não (1) sim, mas não tratou (2) Sim, e tratou (9) IGN</p> <p>105. A Sra. teve sangramento nos últimos três meses?</p> <p>(0) não (1) sim, mas não tratou (2) Sim, e tratou (9) IGN</p> <p>106. A Sra. teve corrimento vaginal nesta última gravidez?</p> <p>(0) não → 112 (1) sim (9) IGN</p> | |
| <p>107. SE SIM: Quantas vezes a Sra. teve corrimento durante toda a gravidez?</p> <p>__ __ vezes (77=durante toda a gravidez; 88=não se aplica; 99=IGN)</p> <p>108. Que cor era a maioria destes corrimentos?</p> <p>Branco-amarelado: (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>Amarelado: (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>Esverdeado: (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>Outra: _____: __ __</p> <p>109. Este(s) corrimento(s) tinha(m) cheiro ruim?</p> <p>(0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, as vezes (9) IGN lembra</p> <p>110. Quando a Sra. estava com corrimento, a senhora tinha:</p> <p>Cocceira: (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (9) IGN</p> <p>Ardência para urinar: (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (9) IGN</p> <p>Dor durante relações sexuais: (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (9) IGN</p> <p>111. Alguma vez a senhora fez tratamento para este(s) corrimento(s)?</p> <p>(0) Não, nunca () Sim, com que tratou? _____</p> <p>_____</p> | |
| <p>112. A Sra. teve infecção urinária durante esta gestação?</p> <p>(0) não → 117 (1) sim (9) IGN</p> | |
| <p>113. SE SIM: Quantas vezes? __ __ vezes (99) IGN</p> | |
| <p>114. SE SIM: O médico receitou algum antibiótico para tratar esta infecção?</p> | |

(0) Não → **I17** () Sim, quantas vezes? ___ vezes (9) IGN

115. **SE SIM:** A Sra. lembra o nome deste/s antibiótico/s?

(0) não (1) sim

116. **SE SIM:** Qual era o nome?

Atb1: _____

Em que mês de gravidez a Sra. estava quando tomou? ___ __ mês (99=IGN)

Atb2: _____

Em que mês de gravidez a Sra. estava quando tomou? ___ __ mês (99=IGN)

Atb3: _____

Em que mês de gravidez a Sra. estava quando tomou? ___ __ mês (99=IGN)

117. Antes desta gestação, a Sra. teve alguma infecção urinária?

(0) não (1) sim (9) IGN

118. A Sra. fez algum exame de urina durante esta gravidez?

(0) não → **I33** () sim, quantos? ___ __ exames (88) NSA (99)IGN

119. **SE SIM:** Com quantos meses de gravidez a Sra. fez o primeiro exame de urina?

___ __ meses (88) IGN (99)NSA

120. Quando a Sra. fez este primeiro exame de urina o médico receitou algum antibiótico para infecção urinária?

(0) não (1) sim (9) IGN

121. Algum destes exames de urina, a Sra. fez por que sentia dor ou tinha febre?

(0) não → **I32** () sim, quantos? ___ __ exames

122. **SE SIM:** Foi quando a Sra. fez o primeiro exame de urina?

(0) não (1) sim (9) IGN

Nas vezes em que fez exame de urina por que sentia dor ou febre, a Sra.:

123. Tinha ardência/queimação para urinar? (0) não (1) sim (9) IGN

124. Urinava mais seguido do que de costume? (0) não (1) sim (9) IGN

125. Tinha urgência/pressa para ir ao banheiro? (0) não (1) sim (9) IGN

126. Sentia dor embaixo na barriga? (0) não (1) sim (9) IGN

127. Sentia dor nas costas (embaixo das costelas) quando o médico lhe examinou?

| | |
|--|--|
| <p>(0) não (1) sim (9) IGN</p> <p>128. Tinha febre? (1) sim (2) não (9) IGN</p> <p>129. SE SIM: Esta febre foi medida com o termômetro? (0) não (1) sim (9) IGN</p> <p>130. Teve de ser hospitalizada por causa da infecção na urina? (0) não (1) Sim (9) IGN</p> <p>131. A Sra. se lembra do nome do laboratório onde foram feitos os exames de urina? (0) não (1) sim</p> <p>132. SE SIM: Qual o nome deste/s laboratório/s? Laboratório 1: _____: _____ Laboratório 2 _____: _____</p> | |
| <p>133. A Sra. teve alguma outra infecção durante esta gestação? (0) não () sim, qual? _____</p> <p>134. A Sra. tem, ou já teve, asma ou bronquite? (0) não (1) sim, tem (2) sim, já teve</p> <p>135. Nos últimos 3 meses da gravidez, a Sra. teve dor nas costas... (1) nunca (2) às vezes (3) a maior parte do tempo (4) sempre (9) IGN</p> <p>136. Nos últimos 3 meses da gravidez, a Sra. se sentiu triste ou deprimida... <i>(Leia todas as alternativas)</i> (1) nunca → 139 (2) às vezes (3) a maior parte do tempo (4) sempre (9) IGN</p> <p>137. Nos últimos 3 meses da gravidez, com que frequência a Sra. se sentiu triste ou deprimida. (1) nunca (2) quase nunca (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre (9) IGN</p> <p>138. Em uma escala de 0 (zero) a 10 (dez), onde 0 é “nada” e 10 é “totalmente”, o quanto a Sra. se sentiu triste ou deprimida nos últimos três meses? _____</p> <p>139. A Sra. esteve internada alguma vez durante esta gravidez? (0) não → 141 () sim, quantas vezes? ___ vezes</p> | |

140. Qual foi o problema?

Problema 1: _____: ____

Problema 2: _____: ____

141. A Sra. usou algum remédio durante a gravidez?

(0) não →144

(1) sim

(9) IGN

Agora quero que a Sra. diga todos os remédios que usou durante a gravidez, sem esquecer daqueles usados para enjojo, azia, anemia, tratamento de infecção urinária, infecção por baixo, pressão alta ou diabetes.

QUADRO 2 – USO DE MEDICAMENTOS DURANTE A GESTAÇÃO ATUAL

| 142. Quais foram os remédios que a Sra. tomou durante a gestação? | 143. Em que mês da gravidez a Sra. estava quando | |
|---|--|--------------|
| <i>Nome do remédio (letras maiúsculas sem acento)</i> | Iniciou | Parou |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| <i>Marque o mês de gravidez, ou 99 se ignorado</i> | | |

Agora, vamos conversar sobre parto prematuro, quando o bebê nasce antes da hora.

144. A Sra. tomou injeção de corticoide para amadurecer o pulmão de <CRIANÇA>?

(0) não

(1) sim

(9) IGN

145. **SE SIM:** Quantas doses de corticoide a Sra. tomou? ____ dose(s) (9)IGN (8) NSA

Eu quero agora conversar com a senhora sobre gripe, inclusive a gripe suína.

146. Nos três meses antes de engravidar a senhora ficou gripada?

(0) não

(1) sim

(9) IGN

147. Durante a gravidez, a senhora ficou algum vez gripada?

(0) não →152

(1) sim

(9) IGN

148. **SE SIM:** A Sra. sabe se a gripe que teve era a “nova gripe” ou a “gripe suína”?

(0) nenhuma das duas (1) era a nova gripe(3) era a gripe suína

(9) IGN

149. **SE SIM:** A Sra. sabe **SE ERA A NOVA GRIPE OU A GRIPE SUÍNA:** Este diagnóstico foi confirmado?

- (0) não, não foi (1) sim, somente pelo médico
 (2) sim, pelo exame (3) sim, pelo médico e pelo exame

150. **SE SIM:** A Sra. sabe **SE ERA A NOVA GRIPE OU A GRIPE SUÍNA:** A Sra. precisou ser hospitalizada?
 (0) não (1) sim (9) IGN

151. **SE SIM:** A Sra. precisou tomar Tamiflu? (0) não (1) sim (9) IGN

Vamos falar agora sobre o teste do pezinho.

152. A senhora já ouviu falar no teste do pezinho?
 (0) não (1) sim (9) IGN

153. **SE SIM:** Para que serve este teste?
 (1) Para saber se o nenê nasceu com algum tipo de doença genética ou hereditária
 (2) Outra resposta
 (9) IGN

O nosso assunto agora é saúde oral

154. Faz quanto tempo que a Sra. foi ao dentista pela última vez?
 ___ anos ___ meses (00 se menos de 1 mês ou 1 ano; 77 = se nunca foi ao dentista)

155. A Sra. foi ao dentista durante a gravidez?
 (0) não →157 (1) sim (9) IGN

156. **SE SIM:** O dentista disse que a Sra. tinha alguma cárie ou infecção na gengiva (gengivite)?
 (0) não (1) sim, que tinha cárie/cáries
 (2) sim, que tinha infecção/gengivite (3) sim, os dois problemas

157. **SE NÃO:** Neste período de gravidez a Sra. sabe se tinha alguma cárie ou infecção na gengiva (gengivite)?
 (0) não, não tinha (1) sim, que tinha cárie/s
 (2) sim, que tinha gengivite (3) sim, os dois problemas (9) IGN

BLOCO D – HISTÓRIA REPRODUTIVA

Agora vamos conversar sobre outras vezes que a Sra. engravidou

158. Quantas vezes a Sra. já engravidou, contando com esta gravidez? ___ vezes
 Quero que conte todas as gestações, até aquelas que não chegaram ao final. (99=IGN; *Se for a primeira gravidez, preencha com 01 e pule para a pergunta* →187)

159. Que idade a senhora tinha quando engravidou pela primeira vez? ___ anos

160. Quantos filhos que nasceram vivos a Sra. já teve? ___ __ vivos

161. A Sra. teve algum filho que nasceu morto?

(0) não () sim, quantos? ___ natimorto/s

162. A Sra. teve algum aborto? (0) não () sim, quantos? ___ abortos/s

163. **SE SIM:** Algum deles foi provocado? (0) não (1) sim (9) IGN

Agora gostaria de conversar com a Sra. sobre suas gestações que foram anteriores a essa, inclusive sobre as que não chegaram ao final. Começaremos pela primeira vez que a senhora engravidou

QUADRO 3 –GESTAÇÕES PRÉVIAS - (COLETAR A PARTIR DA 1ª GESTAÇÃO SEM INCLUIR A ATUAL)

| Gestação (nome) | Nasceu: 1=vivo 2=morto 3=aborto | BPN: 0=não 1=sim 9=IGN | Prematuro? 0=não 1=sim 9=IGN | Parto 1=normal 2=Cesária | Episio 0=não 1=sim 9=IGN | Mês/ Ano/ de nascimento | Está vivo? 0=não 1=sim 9=IGN | Idade do óbito em anos e mese |
|--------------------|--|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| G1 _____ | | | | | | ___ mês ___ ano | | ___ a ___ m |
| G2 _____ | | | | | | ___ mês ___ ano | | ___ a ___ m |
| G3 _____ | | | | | | ___ mês ___ ano | | ___ a ___ m |
| G4 _____ | | | | | | ___ mês ___ ano | | ___ a ___ m |
| G5 _____ | | | | | | ___ mês ___ ano | | ___ a ___ m |
| G6 _____ | | | | | | ___ mês ___ ano | | ___ a ___ m |
| G7 _____ | | | | | | ___ mês ___ ano | | ___ a ___ m |
| G8 _____ | | | | | | ___ mês ___ ano | | ___ a ___ m |

| | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|---------|--|-------|
| G9 | | | | | | ___ mês | | ___ a |
| _____ | | | | | | ___ ano | | ___ m |
| G10 | | | | | | ___ mês | | ___ a |
| _____ | | | | | | ___ ano | | ___ m |

Perguntar sobre a gestação anterior à atual que não terminou em aborto
Agora gostaria de conversar sobre a sua última gravidez

164. Qual o sexo do seu último filho? (1) masculino (2) feminino

165. Quanto pesou ao nascer? ___ . ___ ___ gramas (9999=IGN)
Se a criança nasceu a termo →168

166. De quantos meses o seu filho nasceu? ___ meses

167. Por que nasceu prematuro?

(1) trabalho de parto prematuro (2) rompeu a bolsa antes do tempo
(3) sofrimento fetal (4) apresentou sangramento
(5) diabetes (6) hipertensão
(7) outro (9) IGN

168. A Sra. fumou durante aquela gestação? (0) não (1) sim

169. Quantos quilos a Sra. ganhou naquela gestação? ___ Kg (99=IGN)

170. A Sra. tinha feito pré-natal? (0) não (1) sim

Durante aquela gravidez...

171. A Sra. teve pressão alta?

(0) não (1) sim, não tratado(2) sim, tratado (9) IGN

172. **SE SIM:** Já tinha pressão alta antes da gravidez?

(0) não (1) sim, não tratado(2) sim, tratado (9) IGN

173. A Sra. teve diabetes?

(0) não (1) sim, não tratado(2) sim, tratado (9) IGN

174. **SE SIM:** Já tinha diabetes antes da gravidez?

(0) não (1) sim, não tratado(2) sim, tratado (9) IGN

175. A Sra. teve depressão ou problema nervoso?

(0) não (1) sim, não tratado(2) sim, tratado (9) IGN

176. **SE SIM:** Já tinha depressão ou problema nervoso antes da gravidez?

(0) não (1) sim, não tratado(2) sim, tratado (9) IGN

177. A Sra. teve anemia?

(0) não (1) sim, não tratado(2) sim, tratado (9) IGN

178. **SE SIM:** Já tinha anemia antes da gravidez?

(0) não (1) sim, não tratado(2) sim, tratado (9) IGN

179. A Sra. teve ameaça de aborto?

(0) não (1) sim, não tratado(2) sim, tratado (9) IGN

180. A Sra. teve ameaça de parto prematuro?

(0) não (1) sim, não tratado(2) sim, tratado (9) IGN

181. A Sra. teve corrimento?

(0) não → 187 (1) sim, não tratado(2) sim, tratado (9) IGN

SE SIM:

182. Quantas vezes a senhora teve corrimento durante toda a gravidez?

__ __ vezes (77=durante toda a gravidez; 88=não se aplica; 99=IGN)

183. Que cor era a maioria destes corrimentos?

Branco-amarelado: (0) Não (1) Sim (9) IGN

Amarelado: (0) Não (1) Sim (9) IGN

Esverdeado: (0) Não (1) Sim (9) IGN

Outra: _____: __

184. Este(s) corrimento(s) tinha(m) cheiro ruim?

(0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, as vezes (9) IGN lembra

185. Quando a senhora estava com corrimento, o que a senhora sentia/tinha?

Cocceira: (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (9) IGN

Ardência para urinar: (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (9) IGN

Dor durante relações sexuais: (0) Não (1) Sim, esp. (2) Sim, ind. (9) IGN

186. Alguma vez a senhora fez tratamento para este(s) corrimento(s)?

(0) Não, nunca () Sim, com que tratou? _____

_____: __ __

Eu quero agora falar sobre métodos para evitar filhos antes desta gravidez.

187. A Sra. Já tomou pílula ou injeção para não engravidar?

- (0) Não, nunca (1) Sim, somente pílula
 (3) Sim, somente injeção (3) Sim, pílula e injeção (9) IGN

188. Quando engravidou, a Sra. estava tomando pílula ou injeção?

- (0) Não, nenhum dos dois (1) Sim, pílula (2) Sim, injeção

189. **SE NÃO ESTAVA TOMANDO:** Quantos meses antes de engravidar a Sra. parou de tomar a pílula ou injeção? ___ meses

190. Quando a Sra. estava sem tomar a pílula ou injeção a sua menstruação era regular?

- (0) Não (1) Sim (9) IGN

Eu quero agora falar sobre vacinas.

191. Alguma vez na vida a Sra. tomou vacina contra rubéola?

- (0) não (1) sim (9) IGN

192. E vacina contra hepatite B, a Sra. já tomou alguma vez?

- (0) não (1) sim (9) IGN

193. **SE SIM:** Quantas doses? ___ doses

194. Algumas destas doses a Sra. tomou durante a gravidez?

- (0) não () sim, quantas doses: ___ doses (9) IGN

195. **SE NÃO TOMOU:** Porque não tomou?

- (1) não sabia que precisava tomar (2) já era vacinada (9) IGN
 (3) Outra resposta: _____

Agora gostaria de perguntar sobre quando a Sra. nasceu

196. A Sra. nasceu com menos de 2,5 Kg? (0) não (1) sim (9) IGN

197. A Sra. nasceu prematura/antes do tempo? (0) não (1) sim (9) IGN

BLOCO E – CARACTERÍSTICAS DA MÃE E HÁBITOS DE VIDA

Agora vamos falar um pouco sobre a Sra.

198. Quantos anos a Sra. tem? ___ __ anos

199. Com quem a Sra. vive?

- Com marido ou companheiro?** (0) não (1) sim
- Com filhos?** (0) não () sim, quantos: ___
- Com outros familiares?** (0) não () sim, quantos: ___
- Com outras pessoas?** (0) não () sim, quantos: ___

200. Até que série a Sra. completou na escola? ___ série do ___ grau

SE NÃO CURSOU NÍVEL SUPERIOR → 202

201. A Sra. completou a faculdade? (0) não (1) sim

202. (OBSERVAR) Cor da pele da mãe: (1) branca (2) parda/mulata (3) preta

203. Qual a cor da sua pele?

- (1) branca (2) morena/parda/mulata (3) preta
- (4) outra (9) IGN

Agora vamos falar um pouco sobre cigarro

204. Nos seis meses anteriores a esta gravidez a Sra. fumava?

- (0) não → **QUADRO 7** (1) sim

205. Quantos cigarros a Sra. costumava fumar por dia? ___ __ cigarros

QUADRO 7 – TABAGISMO

| Período da gravidez | | 0 a 3 meses | 4 aos 6 meses | 7 meses em diante |
|--|---|-------------|---------------|-------------------|
| A Sra. fumou durante esta gravidez? (0) não;(1) sim | | | | |
| SE SIM | Fumava todos os dias? (0) não;(1) sim | | | |
| | Quantos cigarros fumava por dia? (99=IGN) | | | |
| SE NÃO VIVEU COM COMPANHEIRO DURANTE A GRAVIDEZ PULE PARA <u>HAVIA</u> | | | | |
| O seu marido ou companheiro fumou durante esta gravidez? (0) não;(1) sim, diariamente | | | | |
| SE SIM | Ele fumava na mesma peça em que a Sra. estava? (0=não; 1=sim) | | | |

| | | | | |
|---|---|-------------|---------------|-------------|
| | Quantos cigarros fumava por dia na sua presença? (99=IGN) | | | |
| | HAVIA outras pessoas na sua casa ou trabalho que fumavam? (0) não;(1) sim, diariamente) | | | |
| SE SIM | Elas fumavam na mesma peça em que a Sra. estava?(0) não;(1) sim) | | | |
| | Quantos cigarros fumavam por dia na sua presença? (99=IGN) | | | |
| <p>206. SE FUMAVA ANTES E/OU DURANTE A GRAVIDEZ: A Sra. sabe que a fumaça do cigarro pode causar vários problemas de saúde para o seu nenê? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>207. A Sra. tentou parar de fumar durante a gravidez? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>208. A Sra. tem vontade de deixar de fumar? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>209. A Sra. aceitaria apoio de equipe médica para deixar de fumar? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p style="text-align: center;">Agora vamos falar um pouco sobre o hábito de tomar bebidas de álcool</p> <p>210. A Sra. costumava tomar bebida de álcool durante a gravidez? (0) não →211 (1) sim (9) IGN</p> | | | | |
| Durante a gravidez, a Sra.... | | 0 a 3 meses | 4 aos 6 meses | 7 a 9 meses |
| Tomou vinho?(0) não;(1) sim) | | | | |
| SE SIM | Quantos dias por semana? | | | |
| | Quanto tomava por dia? (nº de vasilhas) | | | |
| | Tipo da vasilha? (código abaixo) | | | |
| Tomou cerveja? ((0) não;(1) sim) | | | | |
| SE SIM | Quantos dias por semana? | | | |
| | Quanto tomava por dia? (nº de vasilhas) | | | |
| | Tipo da vasilha? (código abaixo) | | | |
| Tomou alguma outra bebida como cachaça, caipirinha, uísque, vodka, gim ou rum? (0=não; 1=sim) | | | | |
| SE SIM | Quantos dias por semana? | | | |
| | Quanto tomava por dia? (nº de vasilhas) | | | |

| | | | | | |
|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| | Tipo da vasilha? (código abaixo) | | | | |
| Código das vasilhas: 1=copo comum (200 ml); 2=taça, cálice; 3=martelo (100 ml); 4=lata (350 ml); 5=garrafa pequena (300 ml); 6=garrafa (600-720 ml); 7=outro | | | | | |
| Agora vamos falar sobre tomar café | | | | | |
| 211. Nos três primeiros meses de gravidez a Sra. costumava tomar café pelo menos uma vez por semana? | | | | | |
| (0) não → 213 (1) sim (9) IGN | | | | | |
| 212. SE SIM Quantos dias por semana a Sra. costumava tomar café neste período? __ dias | | | | | |
| 213. E dos 4 aos 6 meses de gravidez, a Sra. costumava tomar café pelo menos uma vez por semana? | | | | | |
| (0) não →215 (1) sim (9) IGN | | | | | |
| 214. SE SIM Quantos dias por semana a Sra. costumava tomar café neste período? __ dias | | | | | |
| 215. Do sétimo mês até O FINAL da gravidez, a Sra. costumava tomar café pelo menos uma vez por semana? | | | | | |
| (0) não → 220 (1) sim (9) IGN | | | | | |
| 216. SE SIM Quantos dias por semana a Sra. tomava café? __ dias | | | | | |
| SE NÃO TOMAVA CAFÉ EM NENHUM TRIMESTRE DA GESTAÇÃO IR PARA 220 | | | | | |
| 217. Em que tipo de vasilha a Sra. costumava tomar café? | | | | | |
| (1) xícara (2) xícara de cafezinho (3) meia taça (4) copo comum () outro: _____ | | | | | |
| 218. Quantas (citar o nome da vasilha) a Sra. costumava tomar por dia? __ __ vasilha | | | | | |
| 219. O café que a senhora tomava era, na maioria das vezes, fraco, forte ou mais ou menos? (1) forte | | | | | |
| (2) fraco ou (3) mais ou menos | | | | | |
| BLOCO F – CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO, DO PAI E RENDA FAMILIAR | | | | | |
| Agora vamos conversar sobre trabalho que a Sra. tenha feito durante a gravidez | | | | | |
| 220. A Sra. trabalhou durante a gravidez? (0) não →231 (1) sim | | | | | |
| 221. O que a senhora fazia? _____ : __ __ (tipo de trabalho e em que tipo de local) | | | | | |
| 222. A Sra. trabalhou nos primeiros três meses da gravidez? | | | | | |
| (0) não (1) sim, parte do tempo (2) sim, todo o tempo | | | | | |

223. A Sra. trabalhou dos 4 aos 6 meses da gravidez?

(0) não (1) sim, parte do tempo (2) sim, todo o tempo

224. A Sra. trabalhou dos 7 aos 9 meses da gravidez?

(0) não (1) sim, parte do tempo (2) sim, todo o tempo

225. Quantos meses durante a gravidez a Sra. trabalhou? __ meses

226. Nesse período, quantos dias por semana a Sra. trabalhou? __ meses

227. Nos dias de trabalho, quantas horas por dia a Sra. trabalhava? __ meses

228. Durante o seu trabalho, a Sra. tinha que ficar em pé a maior parte do tempo?

(0) não (1) sim (9) IGN

229. Durante o seu trabalho, a Sra. tinha que levantar coisas pesadas?

(0) não (1) sim (9) IGN

230. Há quantas semanas atrás a Sra. parou de trabalhar? __ __ semanas (< de 1 semana)

Agora vamos conversar sobre o trabalho de casa durante a sua gravidez

231. Quem é que fez o trabalho de casa para a sua família?

(1) a mãe fez todo o trabalho (2) a mãe fez parte do trabalho
(3) empregada (4) outra pessoa

Agora vamos conversar um pouco sobre o pai de <criança>

232. Qual o nome completo do pai de <CRIANÇA>?

(maiúsculas sem acento).

233. Quantos anos ele tem? __ __ anos (88=pai falecido/ desconhecido; 99=IGN)

234. Até que série ele completou na escola? (9 /9= IGN) __ série do __ grau

SE NÃO CURSOU NÍVEL SUPERIOR →236

235. Ele completou a faculdade? (0) não (1) sim (9) IGN

236. Qual é o trabalho dele? _____

(tipo e local de trabalho)

237. Ele está trabalhando no momento? (0) não (1) sim (9) IGN

238. Qual é a cor da pele do pai de <criança>?

(1) branca (2) parda/mulata/morena (2) preta (4) Outra
(9) IGN

239. Como foi a reação do pai do nenê quando soube da gravidez?

(1) ficou contente (2) indiferente (3) não gostou
(4) não vive com o pai do nenê (9) IGN (5) Outra

240. Como a Sra. sentiu que foi o apoio que recebeu do pai do nenê durante a gravidez?

(1) ótimo (1) bom (2) regular/mais ou menos (3) ruim (4)
péssimo (9) Se não teve contato com o pai do nenê/não teve apoio

Agora gostaria de saber sobre o pagamento da sua hospitalização para ter o nenê

241. (OBSERVADO) Quantos leitos para paciente tem no quarto: __ __ leitos

242. A Sra. está hospitalizada pelo SUS, particular ou convênio?

(1) SUS (2) particular →246 (3) convênio (9) IGN

243. A Sra. está pagando alguma diferença em dinheiro pelo parto?

(0) não (1) sim (9) IGN

244. A Sra. está pagando para o médico obstetra?

(0) não →246 (1) sim (9) IGN

245. Por que a Sra. está pagando o obstetra?

(1) porque ele é particular (2) para fazer cesariana
(3) para ligar as trompas (4) outro (9) IGN

246. Como a Sra. avalia as informações e apoio emocional recebido da equipe de saúde:

Antes do parto: (0) ótimo(1) bom (2) regular (3) ruim

Durante o parto (0) ótimo(1) bom (2) regular (3) ruim

Após o parto: (0) ótimo(1) bom (2) regular (3) ruim

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito da renda da família

247. No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa?

(Não anotar centavos. 99999=IGN)

R\$ ____ . ____ (Colocar sempre nesta posição a renda do **pai**)

R\$ ____ . ____ (Colocar sempre nesta posição a renda da **mãe**)

R\$ ____ . ____

R\$ ____ . ____

248. A família tem outras fontes de renda?

R\$ _____

R\$ _____

249. Quem é o chefe da família?

(1) pai da criança

(2) mãe da criança

(3) outro

SE PAI OU MÃE → 252

250. Até que série o chefe da família completou na escola? (9/ =IGN) __ série do __ grau

SE NÃO CURSOU NÍVEL SUPERIOR → 252

251. <chefe> completou a faculdade? (0) não (1) sim (9) IGN

CLASSIFICAÇÃO DE BRONFMAN

AS PERGUNTAS A SEGUIR REFEREM-SE AO TRABALHO ATUAL OU ÚLTIMO TRABALHO DA PESSOA DE MAIOR RENDA DA FAMÍLIA

252. Quem é a pessoa de maior renda na família?

(1) pai da criança

(2) mãe da criança (3) chefe (se este não é 1 ou 2)

(4) outro

(9) IGN

253. <PESSOA> encontra-se trabalhando no momento?

SE APOSENTADO(A), ESTUDANTE OU PENSIONISTA → 258

(0) não

(1) sim

(2) aposentado

(3) afastado, encostado

(4) estudante

(9) IGN

254. Qual o tipo de firma onde <peessoa> trabalha? _____: __ __

255. Que tipo de trabalho <peessoa> faz? _____: __ __

256. <peessoa> é patrão, empregado ou trabalha por conta?

(1) empregado

(2) empregador

(3) conta própria

(4) biscoiteiro

(5) parceiro ou meeiro

FAZER A PERGUNTA SEGUINTE SOMENTE SE A PESSOA FOR EMPREGADOR OU TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA

257. <peessoa> emprega ou contrata empregados? Quantos? __ __ empregados

(00=nenhum; 98=98 ou mais; 99=IGN)

CLASSIFICAÇÃO ANEP/IEN

Agora vou fazer algumas perguntas a respeito de aparelhos que a Sra. tem em casa

258. Na sua casa, a Sra. tem:

Aspirador de pó?

(0) não (1) sim

(9) IGN

| | | | |
|--------------------------------|---------|---------|---------|
| Máquina de lavar roupa?* | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| Videocassete ou DVD? | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| Geladeira? | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| Freezer ou geladeira duplex? | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| Forno elétrico de micro-ondas? | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| Microcomputador? | (0) não | (1) sim | (9) IGN |
| Telefone fixo? (convencional) | (0) não | (1) sim | (9) IGN |

* (não considerar tanquinho)

259. Na sua casa, a Sra. tem...? Quantos?

| | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|------|-----|
| Rádio | (0) | (1) | (2) | (3) | (4+) | (9) |
| Televisão preto e branco | (0) | (1) | (2) | (3) | (4+) | (9) |
| Televisão colorida | (0) | (1) | (2) | (3) | (4+) | (9) |
| Automóvel (somente de uso particular) | (0) | (1) | (2) | (3) | (4+) | (9) |
| Aparelho de ar condicionado* | (0) | (1) | (2) | (3) | (4+) | (9) |
| Quantos quartos de dormir tem na sua casa? | (0) | (1) | (2) | (3) | (4+) | (9) |
| Quantos banheiros têm na sua casa? | (0) | (1) | (2) | (3) | (4+) | (9) |

*(Se ar condicionado central marque o número de cômodos servidos.)

260. Na sua casa trabalha empregada/o doméstico mensalista?

(0) não () sim, quantos? ___ empregado/s mensalista/s

BLOCO G – EXAMES DA MÃE NO PRÉ-NATAL

Eu gostaria de ver sua carteira de pré-natal para anotar alguns dados

261. A Sra. está com a sua carteira de pré-natal aqui no hospital?

(0) não →291 (1) sim (9) IGN

SE SIM: A senhora poderia me emprestar a sua Carteira de pré-natal?

262. Data da última menstruação: ___ / ___ / ___ =268 REPETIDA

263. Data da primeira consulta pré-natal: ___ / ___ / ___

264. Data da última consulta pré-natal: ___ / ___ / ___

265. Primeiro peso da mãe: ___ Kg

266. Último peso da mãe: ___ Kg

De posse da carteira, copie os seguintes dados:

267. *Peso referido como anterior à gravidez:* ____ ____, ____ kg

268. *Data da última menstruação:* ____ __/____ __/____ __ (11 = *Se em branco*)=262

269. *Se recebeu vacina antitetânica:* (0) Não (1) Sim (2) 1º R (3) 2º R

270. *Grupo RH:* (1) Positivo (0) Negativo

271. *Exame das mamas:* (1) Sim (0) Não

272. *Exame de Papanicolau:* (1) Sim (0) Não

273. *Hemoglobina:* (1) Sim (0) Não

274. : *Valor da primeira hemoglobina* ____ __. ____ mg/dl

Valor da segunda hemoglobina ____ __. ____ mg/dl

275. *Número de anotações de data de consulta de pré-natal:* ____ anotações

276. *Data da primeira consulta de pré-natal:* ____ __/____ __/____ __=263 REPETIDA

277. *Número de vezes que a gestante foi pesada:* ____ vezes

278. *Peso na primeira consulta:* ____ ____, ____ kg=265 REPETIDA

279. *Número de vezes que a pressão arterial foi verificada:* ____ vezes

280. *Número de vezes em que a pressão arterial esteve maior ou igual a 140/90:* ____ vezes

281. *Número de vezes que a altura uterina foi medida:* ____ vezes

282. *Número de vezes que a frequência cardíaca fetal (ou BCF) foi avaliada:* ____ vezes

283. *Número de exames de glicemia realizados:* ____ exames

284. *Valor do primeiro exame de glicemia:* ____ __ mg/dL

285. *Valor do segundo exame de glicemia:* ____ __ mg/dL

286. *Número de testes anti-HIV realizados:* ____ testes

287. *Número de exames comum de urina realizados:* ____ exames

288. *Número de testes para sífilis (VDRL) realizados:* ____ testes

289. Número de vezes que hematócrito (Ht) foi avaliado: ___ vezes

290. Número de vezes que a taxa de hemoglobina (Hgb) foi avaliada: ___ testes

EXAMES REALIZADOS DURANTE A GRAVIDEZ. ANOTAR SÓ DO CARTÃO, SE TIVER, OU DE EXAMES QUE A MÃE TENHA TRAZIDO. SE TIVER MAIS DE UM, ANOTAR O RESULTADO SÓ DO EXAME MAIS RECENTE.

291. Altura da mãe: (Se a mãe não estiver com o cartão, pergunte ___ ___ cm (999=IGN)

292. Quantos exames de ultrassom foram realizados? ___ exames (0=não fez→297)

293. Dados do primeiro ultrassom realizado: Data: ___ / ___ / ___

294. Idade gestacional estimada: ___ , ___ semanas

295. Dados do segundo ultrassom realizado: Data: ___ / ___ / ___

296. Idade gestacional estimada: ___ , ___ semanas

EM CASO DE NATIMORTO OU ÓBITO DO RECÉM-NASCIDO ENCERRE O QUESTIONÁRIO

BLOCO H – EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 297. Sexo do RECÉM-NASCIDO | (1) masculino (2) feminino |
| 298. Comprimento | ___ , ___ cm |
| 299. Perímetro cefálico | ___ , ___ cm |
| 300. Perímetro torácico | ___ , ___ cm |
| 301. Circunferência abdominal | ___ , ___ cm |

Avaliação da Idade gestacional – Método de Ballard

| Característica | Pontuação |
|--------------------------------|-----------|
| 302. Postura | |
| 303. Ângulo de flexão do punho | |
| 304. Retração do braço | |

| | |
|-------------------------|--|
| 305. Ângulo poplíteo | |
| 306. Sinal do xale | |
| 307. Calcanhar/orelha | |
| 308. Pele | |
| 309. Lanugo | |
| 310. Superfície plantar | |
| 311. Glândula mamária | |
| 312. Olhos/orelhas | |
| 313. Genital masculino | |
| 314. Genital feminino | |

BLOCO K – DADOS PARA CONTATO

NESTE MOMENTO, LEMBRAR A MÃE DE QUE ESTE É UM ESTUDO DE ACOMPANHAMENTO E QUE NÓS GOSTARÍAMOS DE FALAR COM ELA DE NOVO DENTRO DE ALGUNS MESES. PARA ISSO, PRECISAMOS DE INFORMAÇÕES DETALHADAS DE ENDEREÇO E TELEFONE. LEMBRAR QUE ESTES DADOS SERÃO USADOS EXCLUSIVAMENTE PARA FUTUROS CONTATOS E APENAS OS COORDENADORES DO PROJETO TERÃO ACESSO A ELES.

*Repita aqui o nome **completo** da mãe do RECÉM-NASCIDO (maiúsculas sem acento):*

Nome que a mãe pretende dar para o RECÉM-NASCIDO (maiúsculas sem acento):

315. A Sra. mora onde em Rio Grande?

(1) Rio Grande, centro (2) Rio Grande, bairro: _____

(3) Cassino (4) Bolacha (5) Povo Novo

(6) Quinta (7) Parque Marinha (8) Ilha dos Marinheiros

() Outra área rural: _____

316. Qual o seu endereço completo? _____

Bairro _____

CEP _____ - _____

| | |
|--|--|
| <p>317. Ponto de referência: _____</p> <p>318. Se a Sra. tem telefone em casa, qual o número? _____ - _____ (9-9 = não tem telefone)</p> <p>319. Alguém da casa tem telefone celular? (0) não → 322 (1) sim</p> <p>320. Nome da pessoa: _____ Relação com a mãe: _____</p> <p>321. Se alguém tem, qual o número? _____ - _____</p> <p>322. Há outra pessoa da casa ou próxima que tenha telefone? (0) não → 325 (1) sim</p> <p>323. Nome da pessoa: _____ Relação com a mãe: _____</p> <p>324. Qual o número? _____ - _____</p> <p>325. A Sra. pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai morar noutra casa? (1) vai morar na mesma casa → 329 (2) vai morar noutro lugar</p> <p>SE VAIMUDAR DE ENDEREÇO:</p> <p>326. Qual o endereço para onde a Sra. vai? _____ _____</p> <p>Bairro: _____ CEP: _____</p> <p>327. Ponto de referência: _____</p> <p>328. Número do novo telefone: _____ - _____ (9-9= não tem telefone)</p> <p>329. A Sra. poderia nos fornecer o endereço do seu trabalho ou do trabalho de outro familiar? End.: _____ _____</p> <p>Bairro: _____ CEP: _____ - _____</p> <p>330. Nome do empregado: _____ Fone: _____: _____</p> <p style="text-align: center;">MUITO OBRIGADO PELA ENTREVISTA</p> | |
|--|--|

Anexo V– Manual do entrevistador

ESTUDO PERINATAL NO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE, RS, 2010.

Coordenação Técnica: Departamento Materno-Infantil e Departamento de Medicina Interna
Universidade Federal do Rio Grande

Apoio:

Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Hospital Universitário da FURG

Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande, RS

Rio Grande, novembro de 2009.

ÍNDICE

1. EQUIPE DO PROJETO

2. ORIENTAÇÕES GERAIS

2.1 MATERIAIS BÁSICO

2.2 APRESENTAÇÕES PESSOAL E POSTURA

2.3 A ROTINA DE TRABALHO

2.4 APRESENTAÇÃO DA ENTREVISTADORA À MÃE

2.5 O CONSENTIMENTO INFORMADO

2.6 RECUSAS

2.7 INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

2.8 CODIFICAÇÕES DOS QUESTIONÁRIOS

3 ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inclusão

Exclusão

3.2 PARTOS GEMELAR

4 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DAS QUESTÕES

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

BLOCO B – PARTO E SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO

BLOCO C – PRÉ-NATAL E MORBIDADE GESTACIONAL

QUADRO 1 – MORBIDADE DA GESTAÇÃO ATUAL

QUADRO 2 – USO DE MEDICAMENTOS DURANTE A GESTAÇÃO ATUAL

BLOCO D – HISTÓRIA REPRODUTIVA

QUADRO 3 – GESTAÇÕES PRÉVIAS

QUADRO 4 – MORBIDADE EM GRAVIDEZ PRÉVIA I

QUADRO 5 – MORBIDADE EM GRAVIDEZ PRÉVIA II

BLOCO E – CARACTERÍSTICAS DA MÃE E HÁBITOS DE VIDA

QUADRO 6 – EXERCÍCIO FÍSICO

QUADRO 7 – TABAGISMO

QUADRO 8 – CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

QUADRO 9 – CAFEÍNA

BLOCO G – EXAMES DA MÃE NO PRÉ-NATAL

BLOCO H – EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO

BLOCO K – DADOS PARA CONTATO

SALÁRIO MÍNIMO NACIONAL E REGIONAL (RS)

LISTA DE OCUPAÇÕES FREQUENTES

1. A EQUIPE DO PROJETO

O projeto tem como coordenador Juraci A Cesar, professor do Departamento Materno Infantil, e Raul A. Mendoza-Sassi, professor do Departamento de Clínica Médica, ambos da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). A coleta de dados será realizada por seis entrevistadores. Dois deles, Denise Rodrigues Mendes e Silvia etc., atuarão em período integral de segunda a sexta-feira. Nos finais de semana e feriados, as entrevistas serão realizadas pelos bolsistas Betina, Geovana, Natália e Melissa. A codificação dos questionários e a entrada de dados e a serão realizadas por Joel A. Oliveira Filho e Gunther Brink; a revisão dos questionários e o controle de qualidade por Patrícia Souza Mano e Rosângela Veleda. O controle de qualidade terá ainda o auxílio de Arnildo Hackenhaar, médico do Hospital Universitário da FURG.

Endereços & Contatos: Estudo Perinatal de Rio Grande, RS, 2007 Área Acadêmica, Sala da Epidemiologia, 4º piso Fone/Fax: (53) 3233-8845 Nome Telefone E-mail Juraci Cesar (53) 8405 -2936 jacesar@terra.com.br Raul Sassi (53) 3233 -8845 rmend@vetorial.net

2. ORIENTAÇÕES GERAIS

2.1 Material básico

O manual de instruções serve para esclarecer praticamente todas as suas dúvidas. Ele deve estar sempre com você. Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. Releia o manual periodicamente. Não confie na memória! A melhor solução para qualquer dúvida é o manual.

LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

- 1 Crachá e carteira de identidade;
- 2 Carta de apresentação do estudo;
- 3 Cópia da reportagem do Jornal Agora;
- 4 Manual de instruções;
- 5 Questionários;
- 6 Lápis, borracha e apontador.

2.2 Apresentação pessoal e postura

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros . Tenha bom senso no vestir . Se usar óculos escuros, retire-os ao começar a entrevista;
- Seja sempre gentil e educada , pois as mães não têm obrigação em atendê-la e estão em um período difícil, de pós-parto, e interessadas mesmo no bebê;
- Porte sempre seu crachá de identificação e, se necessário, apresente sua carta de apresentação e a cópia da reportagem no Jornal Agora, ou ainda o número do telefone do Centro de Pesquisas para que a pessoa possa ligar e confirmar suas informações. Seja **PACIENTE** para que se tenha um mínimo de perdas e recusas;
- Trate a entrevistada por Sra., sempre com respeito. Só mude este tratamento se ela própria pedir para ser tratada de outra forma;
- Chame a mãe sempre pelo nome (p. ex., Dona Maria José). Jamais, jamais, chame- a de mãe . Isto despersonaliza a entrevista e é interpretado como desinteresse.
- Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com a mãe, tratando-a com respeito e atenção. Nunca demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta;

- Durante a entrevista, de quando em quando, faça referência ao nome da entrevistada. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse. Por exemplo: “Dona Joana, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”;
- Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas. Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas;
- Procure fazer com que o diálogo seja dinâmico, demonstre interesse pelo que lhe está sendo reportado. Olhe para a mãe enquanto ela está respondendo suas perguntas;
- É essencial que você conheça profundamente o conteúdo do questionário que vai aplicar, bem como o do manual do entrevistador. Esteja totalmente familiarizada com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte, na hora de formular perguntas e anotar respostas. É só a entrevistada que tem o direito de hesitar;
- Seja clara na formulação das perguntas, utilizando o texto do questionário . Caso a entrevistada não entenda, repita. Só depois disso você deve reformular a questão para tentar que ela seja entendida. Nunca influencie ou sugira respostas. Dê tempo à entrevistada para que reflita e encontre a resposta com suas próprias palavras. Se você não conseguir obter nenhuma resposta, leia todas as alternativas antes de deixar que a entrevistada responda. Assim ela não vai escolher logo a primeira possibilidade que for oferecida;
- Em casos específicos, as alternativas devem ser lidas. Isto estará claramente indicado no questionário;
- Procure manter um diálogo aberto com os supervisores do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que apareça no decorrer do treinamento e entrevistas. As suas sugestões são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo;
- Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis imprevistos favoráveis!
- Mantenha sempre à mão o seu Manual do Entrevistador e não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista.

2.3 A rotina de trabalho

Seis entrevistadores trabalharão no projeto, por turno, de forma a dar cobertura diária às duas maternidades – incluindo sábados, domingos, feriados, dias de chuva e dias de sol. As maternidades em funcionamento hoje em Rio Grande são a da Sta. Casa de Misericórdia e a

do Hospital Universitário (HU) da FURG. A proporção de nascimentos em cada hospital é de X% na Santa Casa e Z% no HU. Um entrevistador irá cobrir os nascimentos da Sta. Casa e o outro no HU das 8 às 12 e das 14 às 18 horas. Ao chegar em cada hospital, o entrevistador deverá checar os partos ocorridos (aproximadamente das 6 da tarde às 6 da manhã para o primeiro turno e das 6 da manhã às 6 da tarde para o segundo turno) e também checar se todos os partos

do turno anterior foram entrevistados. Cada hospital tem um sistema próprio de registro dos partos ocorridos, de forma que o entrevistador deve estar totalmente familiarizado com o sistema. Os partos devem ser registrados no Registro de Nascimentos, reproduzido parcialmente abaixo. Os dados são tirados do registro de partos do hospital e do prontuário da mãe. O nome da mãe deve ser preenchido com todos os nomes e sobrenomes. Preencher o local de residência de acordo com o registro – mas este dado deve ser sempre confirmado com a mãe, antes da inclusão ou exclusão no estudo. Não deixe de preencher o número da declaração de nascido vivo. Este formulário será mantido no hospital durante algum tempo, de forma que a data da alta possa ser preenchida também. Após a confirmação de que a mãe reside no município de Rio Grande, uma etiqueta com o número de identificação deve ser colada no espaço reservado. Depois, então, realizar a entrevista conforme as instruções apresentadas mais à frente.

2.4 Apresentação da entrevistadora à mãe

- Explicar que você é do Curso de Medicina da FURG e que está fazendo um trabalho sobre a saúde das mães e crianças recém-nascidas de Rio Grande em 2007. Dizer que o trabalho está sendo realizado tanto na Santa Casa quanto no HU e que irá cobrir todas as mães e crianças nascidas no município.
- Dizer que gostaria de fazer algumas perguntas sobre a saúde da mãe e do bebê. Sempre salientar que “é muito importante a colaboração neste trabalho, pois, através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre a saúde das mães e crianças, ajudando, assim, a melhorá-la”.

2.5 O consentimento informado

Após a apresentação, explicar para a mãe que você precisa que ela assine uma declaração, da qual ela fica com uma cópia. As informações que constam do termo de consentimento são:

Objetivos do projeto: Avaliar os recém-nascidos e as condições de atendimento do pré-natal e do parto;

Procedimentos: Por ocasião do parto a mãe será entrevistada no hospital, quando irá responder um questionário sobre as condições da gravidez e parto, amamentação, trabalho, escolaridade e outras questões gerais. Além disso, o bebê será pesado e medido por pessoal do projeto, especialmente treinado para isso.

Riscos e desconforto: Este projeto não envolve nenhum procedimento invasivo, ou uso de remédios, e portanto, nenhum risco ou desconforto para a mãe ou para o bebê.

Participação voluntária : A participação no estudo é voluntária, e se pode deixar de participar a qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa para tal.

Despesas : Não há nenhum gasto, despesa, nem qualquer outra responsabilidade material.

Confidencialidade : As informações prestadas serão utilizadas sem identificação pessoal em todas as etapas do estudo. A identificação, endereço e telefone só serão utilizados para contatos visando futuras entrevistas, se for o caso. Em nenhuma hipótese, informação que permita identificação das pessoas será repassada a terceiros. Todos os resultados do estudo serão apresentados de forma agrupada e que não permita a identificação das informações de nenhum participante. Completar dizendo que, na prática, você vai fazer uma entrevista que dura cerca de uma hora e depois vai fazer algumas medidas no recém-nascido. O termo deverá ser completado e assinado pela entrevistadora e pela mãe.

SOMENTE INICIAR A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DEPOIS DE TER O TERMO DE CONSENTIMENTO ASSINADO PELA MÃE!

2.6 Recusas

Em caso de recusa, tente explicar melhor de onde você é e a importância da participação de todos. Se não conseguir que a mãe mude de ideia, anote na ficha de registro e entre em contato imediatamente com um dos coordenadores do estudo. É fundamental para o bom andamento do estudo que as recusas sejam limitadas ao mínimo. Cada recusa deve ser trabalhada com cuidado pela entrevistadora e pelo supervisor. Se não for possível reverter no hospital, não deixar de anotar dados de contato para uma tentativa futura pelos coordenadores.

2.5 Instruções gerais para o preenchimento dos questionários

- Os questionários devem ser preenchidos a lápis e com muita atenção, usando borracha para as devidas correções;
- A maioria das perguntas é pré-codificada. Basta marcar a resposta dada pela mãe com um X na opção desejada;

- As letras e números devem ser escritos de maneira legível, sem deixar margem para dúvidas. Lembre-se de que estes questionários vão ser inteiramente digitados e é necessário que a leitura não deixe dúvidas;
- Nos vários campos com nome, endereço, ou outras informações só utilize letras de forma, maiúsculas e sem acento! Não utilize abreviações!
- Os números utilizados devem seguir o modelo abaixo:
- Atenção para fazer o 1 (um) como um pauzinho retinho e sempre cortar o 7 (sete). Especial atenção com os números 5 e 9 que podem ser facilmente confundidos se não forem muito bem desenhados. Corte o zero ao meio;
- Pessoas sem condições para responder o questionário, como por exemplo, surdas-mudas, mulheres com problemas mentais e etc. deverão ter seus dados colhidos com familiar, se possível, e escreva ao lado o motivo pelo qual não puderam ser entrevistados. Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas. Quando pessoas mudas quiserem responder ao questionário, leia as questões com as alternativas e peça para que a entrevistada aponte a resposta correta;
- As instruções nos questionários que estão em **ITÁLICO** servem apenas para orientar a entrevistadora, não devendo ser lidas para a entrevistada;
- As perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas. Caso a entrevistada não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Após, se necessário, explique a pergunta de uma segunda maneira (conforme instrução específica), com o cuidado de não induzir a resposta. Em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta;
- Preste muita atenção aos pulos. Ao pular uma ou mais questões, passe um traço diagonal sobre o texto e não preencha as respostas;
- No caso de campos de preenchimento manual, use todos os dígitos. Não anote só os dígitos diferentes de zero, deixando o primeiro vazio;
- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente e, se necessário, anote a resposta por extenso no verso do questionário e apresente o problema ao coordenador;
- Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar junto à questão, com as palavras do informante;
- Cuidado para não desrespeitar os pulos. Muita atenção!

2.6 Codificação dos questionários

- No final do dia de trabalho, aproveite para revisar seus questionários aplicados. Se tiver dúvida na codificação, esclareça com seu supervisor;
- Caso seja necessário fazer algum cálculo, não o faça durante a entrevista, pois a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.
- Em respostas de idade, considere somente os anos completos. Exemplo: Se o entrevistado responder que tem 29 anos e 10 meses, considere 29 anos.

Códigos especiais:

- IGNORADO (IGN) = 9, 99 ou 999 . Este código deve ser usado quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como ignorada deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso e discutir com o supervisor. Use este código somente em último caso. Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida.
- NÃO SE APLICA (NSA) = 8, 88, 888 . Usado pouco neste questionário, mas em situações específicas há uma instrução na questão.

A REVISÃO DOS QUESTIONÁRIOS DEVE SER FEITA NO FIM DE CADA DIA, NÃO SE DEVENDO DEIXAR PARA OUTRO DIA.

3 Orientações Específicas

3.1 Critérios de inclusão e exclusão:

Inclusão:

Serão incluídos no estudo todos os nativos e os natimortos com pelos menos 500 gramas ou 20 semanas de idade gestacional, nascidos no município de Rio Grande.

Exclusão:

Fetos nascidos mortos com peso inferior a 500 gramas ou 20 semanas de idade gestacional. Também serão excluídos os nascidos em Rio Grande cujas mães residam em outros municípios.

3.2 Parto gemelar

Para o primeiro gêmeo preencha os dados no questionário completo. Para o segundo gêmeo preencha a versão resumida do questionário.

4 INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DAS QUESTÕES

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

1. Nome da entrevistadora:

- Preencha com o seu nome e código.

2. Hospital de nascimento do RECÉM-NASCIDO:

- Marcar o hospital onde ocorreu o nascimento da criança. Se ela nasceu em casa ou noutro local e foi trazida para o hospital marcar a opção 3. No local destinado a outro, colocar o local do nascimento da criança se esse não ocorreu no hospital, por exemplo: pode ter nascido na ambulância ou em casa;

ATENÇÃO: Para as crianças que não nasceram no hospital certas perguntas do questionário não serão aplicadas. As questões não aplicáveis são referentes ao cuidado médico no parto.

3. Nome completo da mãe do RECÉM-NASCIDO - Anote o nome completo da mãe, em letra de forma. A letra deve ser totalmente legível!!! Incluir todos os nomes e sobrenomes.

4. Data do nascimento do RECÉM-NASCIDO (DD/MM): - Preencher o dia e o mês com dois dígitos. Exemplo: dia dois de janeiro → 02/01.

5. Hora do nascimento do RECÉM-NASCIDO (HH: MM): - Hora de nascimento deve ser escrita no modo 24 horas, sendo esta informação obtida no livro de registro da sala de parto, exemplo: 10:20 horas da noite, deve ser codificada como 22:20 horas.

6. Número de filhos nascidos no parto - Preencher com o número de nascidos. Na maioria das vezes, o parto é único e o número é 1. Em caso de gêmeos colocar 2, trigêmeos 3, e assim por diante. No caso de nascimento múltiplo, este questionário completo destina-se para informações da primeira criança que nasceu, sendo que para a segunda criança em diante você deve preencher o formulário específico para gêmeos.

7. Sexo do RECÉM-NASCIDO: - Apenas marcar a alternativa correspondente.

8. Peso ao nascer - Anote o peso em gramas conforme registrado no livro de nascimentos.

9. APGAR 1º minuto/APGAR 5º minuto - Anote conforme registrado no livro de nascimentos.

10. Data e horário de início da entrevista - Anotar a data e a hora do início da entrevista. Não deixe de anotar estes dados!

BLOCO B – PARTO E SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO

11. Atenção! Não perguntar. Informação do registro. O RECÉM-NASCIDO nasceu vivo? - Esta questão não deve ser perguntada. A informação é coletada do registro hospitalar antes da

entrevista. Somente anotar conforme informação do registro, confirmando com a equipe da maternidade. PULO: se nasceu vivo, pular para ##.

12. A morte do bebê aconteceu antes do trabalho de parto ou durante o trabalho de parto? - Tentar identificar se a morte do nenê ocorreu antes de iniciarem as dores ou contrações do trabalho de parto ou se a morte do nenê ocorreu durante o trabalho de parto.

13. A Sra. tem alguma ideia de qual foi o problema ou o que possa ter causado a morte do nenê? - Marcar de acordo com a resposta. Com esta questão desejamos saber se a mãe tem conhecimento do que causou a morte do filho. PULO: se responder NÃO pular para ##.

14. E qual é a sua ideia? - Anotar o motivo dado pela mãe por extenso, em letra de forma e legível. Escreva com as palavras da mãe. Não tente traduzir ou interpretar o que a mãe referiu, apenas escreva da mesma maneira que a mãe respondeu. Se necessário, use o verso do questionário.

15. Que nome a Sra. pretende dar para o nenê? - Completar com o primeiro nome, em letra de forma, todas maiúsculas e sem acentos. Não é necessário colocar o sobrenome.

16. O que a Sra. sentiu que a fez vir para o hospital? - Qual foi o motivo que fez a mãe ir até o hospital

- Ruptura de membranas: perder líquido, quebrar água, romper bolsa.
 - Agendamento: se o parto foi marcado, se tinha dia certo para internar no hospital.
 - Contração ou dor: barriga começou a ficar dura.
- Explicar para a mãe que é o PRIMEIRO motivo que levou-a para o hospital.

17. Quando o médico ou a enfermeira a examinaram no hospital, estava tudo bem com o seu nenê? - Esta questão é para saber se quando a mãe foi examinada na maternidade ou hospital, o médico ou enfermeira lhe disseram como estava o nenê. PULO: se responder SIM pular para ##.

18. A Sra. sabe nos dizer o que havia de errado? - Perguntar para mãe se ela sabe o motivo para o nenê não estar bem. No caso da mãe não ter sido examinada ou se nada lhe foi dito, anotar 0=não sabe. PULO: se responder NÃO pular para ##.

19. O que era? - Perguntar para a mãe se ela sabe ou tem alguma ideia do que possa ter acontecido de errado com a criança. Escreva o motivo por extenso, em letra de forma e legível. Escreva com as palavras da mãe, não tente traduzir ou interpretar o que a mãe referiu, apenas escreva da mesma maneira que a mãe respondeu. O problema será codificado posteriormente pelos supervisores.

20. O médico ou a enfermeira ouviram o coração do nenê batendo, dentro da sua barriga?

- Essa questão é para saber se alguém auscultou a barriga da mãe para contar o batimento cardíaco fetal (ouvir o coração do nenê). A pergunta não é para saber se os batimentos estavam presentes ou não.

- Marque “não” se a mãe foi examinada, mas não foi auscultada.
- Marque “sim” se a mãe foi auscultada.
- Marque “não foi examinada” se a mãe não foi examinada de jeito nenhum.

21. Quando a Sra. foi hospitalizada estava sentindo as dores do trabalho de parto? - Saber se quando a mãe internou estava tendo as contrações do trabalho de parto. Não confundir com outras dores como, por exemplo, dor de cabeça, ou mesmo dor na barriga que não seja de contração.

22. Foi preciso romper a bolsa, colocar soro, ou remédio por baixo para começar o trabalho de parto ou ajudar o nenê a nascer? - A pergunta é para saber se, já no hospital, foi necessário induzir o trabalho de parto. Isto pode ser feito através de remédio no soro, de remédio por via vaginal, ou pelo simples rompimento manual da bolsa amniótica. CUIDADO! Muitas vezes a paciente recebe soro para alguma outra medicação, que não é para induzir o parto. PULO: se responder NÃO pular para ##.

23. Porque foi preciso ajudar o nenê a nascer?

- Saber porque foi necessário induzir o parto. Se a resposta da mãe não se encaixa em nenhuma alternativa ao lado, então escreva o motivo abaixo com as palavras da mãe.

Traduções:

- Passou do tempo: pós-maturidade
- Pressão alta: pré-eclâmpsia ou albumina
- Parou trabalho de parto: parada de progressão, pararam as dores ou contrações.
- Sangue não combina: incompatibilidade Rh

24. Depois que internou, quem do hospital acompanhou a Sra. durante o trabalho de parto até ganhar o nenê? - Quem do hospital monitorizou (acompanhou) a evolução do trabalho de parto desde a internação até a hora do parto. Se mais de uma pessoa acompanhou, assinalar a que ficou mais tempo com a paciente e não a mais graduada.

25. Quem fez o seu parto? - Marcar de acordo com a resposta dada pela mãe. Se não foi médico, enfermeiro ou estudante, marcar a opção outro e colocar na linha quem foi à pessoa que fez o parto.

26. Na hora do nascimento, quem atendeu o nenê na sala de parto? - Marcar de acordo com a resposta. Observe que a pergunta não se refere a quem atendeu a mãe e sim ao bebê. Se a mãe responder apenas “médico”, perguntar se foi o médico que estava fazendo o parto (“obstetra”)

ou se outro médico que estava lá para atender o bebê (“pediatra”). Se a resposta da mãe não for nenhuma alternativa que se encontra ao lado, marcar ignorado.

27. O parto foi normal ou cesariana? - Parto normal também inclui o parto difícil, induzido ou aquele onde foi preciso usar fórceps (ferros) para ajudar o nenê a nascer. PULO: se responder CESARIANA pular para ##.

28. A Sra. fez episiotomia? - Episiotomia é um corte que se faz na região do períneo (na parede da vagina) para o nenê ter mais espaço para passar na hora do parto. A justificativa do procedimento é evitar que haja uma laceração no momento do nascimento. Popularmente, as pessoas dizem corte por baixo, ou "foi cortada".

29. Foi usado fórceps? - São os ferros que às vezes se usam para ajudar a tirar a criança na hora do parto.

30. Foi feita anestesia do parto? - Esta pergunta é para saber se foi feita analgesia (anestesia peridural ou raquidiana) durante o parto normal para aliviar a dor. Não confundir com a anestesia local (no períneo) feita no momento da episiotomia. PULO obrigatório para a questão 33 se o parto foi normal.

31. Qual foi o motivo para fazer cesariana? - Obviamente, só vai responder esta pergunta quem fez cesariana. Não ler as alternativas para a mãe, espere que ela responda. Ao lado dos motivos, estão os sinônimos mais comuns das respostas:

- Sofrimento fetal = as batidas do coração do nenê diminuíram/o nenê fez cocô dentro da barriga da mãe, respiração fraca do bebê;
- Desproporção feto-pélvica = bacia pequena/nenê muito grande;
- Distócia de apresentação = o nenê estava sentado, atravessado / na posição errada;
- Hemorragia materna = teve sangramento;
- Parada de progressão = parou o trabalho de parto / pararam as dores e contrações;
- Eclâmpsia, pré-eclâmpsia = pressão alta, albumina;
- Pós-maturidade = passou do tempo;
- Morte fetal = o nenê morreu;
- Diabetes materna = açúcar no sangue;
- Repetição = já fez outra cesárea antes;
- Laqueadura tubária = para ligar trompas/para fazer desvio;
- Mãe pediu = cesárea porque a mãe queria;
- Médico quis = na hora, o médico resolveu que queria fazer cesárea;
- Cesárea programada = médico marcou durante a gravidez ou antes de ir para o hospital.

PULO IMPORTANTE!

Se o bebê nasceu morto (natimorto) há todo um conjunto de perguntas referente ao seu estado de saúde que deve ser pulado! Vá para a questão ##. Preste muita atenção a este pulo para não pagar um GRANDE MICO e ficar no maior constrangimento.

32. <criança> apresentou ou está apresentando algum problema de saúde? - Não esqueça de tratar, desde já, o recém-nascido pelo nome. Saber se o bebê, após o nascimento, teve ou está tendo algum problema de saúde. PULO: se responder NÃO pular para 36 .

33. Durante o tratamento de <criança>, ela precisou ficar no berçário ou na UTI? - Se durante o tratamento para o problema de saúde a criança precisou ficar hospitalizada no berçário ou UTI. Cuidado, por que a criança pode ter ficado "internada" junto com a mãe no alojamento conjunto. Isto pode acontecer para tratamentos mais simples como fototerapia para icterícia. A gente sabe que a criança está "internada" por que sua liberação para ir para casa depende de avaliação médica após o tratamento.

PULO: se responder NÃO pular para ##.

34. Qual o problema de saúde que a <criança> está apresentando ou apresentou? - Descrever a resposta de modo a reproduzir a resposta da mãe, da maneira mais fiel possível. Não colocar abreviações ou impressões pessoais. Se tiver mais de um problema de saúde liste os 3 mais importantes. A codificação será feita posteriormente pelos supervisores.

35. A Sra. já colocou o nenê no peito? - Saber se a mãe já amamentou ou tentou amamentar o recém-nascido. Não é necessário que o nenê tenha mamado efetivamente. PULO: se responder NÃO pular para ##.

36. Com quantas horas de vida a Sra. colocou o nenê no peito? - Quanto tempo depois do parto o nenê foi colocado no seio, mesmo que não tenha conseguido mamar. Se menos de uma hora de vida, codifique como 00.

37. A Sra. pretende amamentar seu filho no peito? - Marcar de acordo com a resposta. PULO: se responder NÃO pular para 40.

38. Até que idade pretende dar o peito? - Colocar com dois dígitos o número de meses referidos pela mãe. Se a mãe responder que vai amamentar até quando o filho quiser, marque 77. Se a mãe responder "enquanto tiver leite", marque 78. Use 99 se a mãe não souber responder.

39. A Sra. pretende dar bico ou chupeta para o nenê? - Marcar de acordo com a resposta.

40. A Sra. trouxe bico para o hospital? - Marcar de acordo com a resposta.

Desde que nasceu, seu filho já recebeu...

41. Chá, água ou glicose?

- Anote sim se o nenê recebeu qualquer líquido que não seja medicamento pela boca. O mais comum é água, chá ou glicose, que pode ser dada por seringa ou mamadeira. SE SIM, perguntar com quantas horas de vida foi dado o líquido pela primeira vez e marcar com dois dígitos. Marque 00 se menos de uma hora. O mesmo vale para as próximas duas perguntas. Se não recebeu, não preencha o campo horas .

42. Bico ou chupeta? - Marcar sim se o nenê já colocou chupeta na boca. SE SIM, perguntar com quantas horas de vida foi dada a chupeta pela primeira vez. Se não recebeu chupeta, não preencha o campo horas .

43. Mamadeira de leite? - Marcar sim se o nenê recebeu leite não materno (pó, fórmula, vaca) após o nascimento. SE SIM, perguntar com quantas horas de vida foi dado o leite pela primeira vez. Se não recebeu leite não materno, não preencha o campo horas .

BLOCO C – PRÉ-NATAL E MORBIDADE GESTACIONAL

44. Qual foi a data da sua última menstruação? - Preencher com a data referida pela mãe, lembrando que esta data é o primeiro dia da última menstruação.

45. A Sra. planejou ter esse filho ou engravidou sem querer? - Anotar "planejou" somente se a mãe estava conscientemente querendo engravidar. Anote "sem querer" se a mãe não pretendia engravidar e acabou grávida por descuido. A resposta "mais ou menos" às vezes é usada pela mãe que não estava "tentando", mas também não evitava.

46. A Sra. fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez? - Marcar conforme o respondido, não importando o número de consultas. PULO: se responder NÃO pular para ##.

47-8. Onde a Sra. fez o seu Pré-Natal?

- Marcar na coluna de respostas o tipo de serviço de saúde onde a mãe foi atendida a maior parte do tempo. Se for posto de saúde, anote o nome do posto na linha correspondente.
- Marque "consultório médico" se consultório ou clínica privada ou de convênio.
- Marque "outro" se não for nenhuma das alternativas disponíveis. Neste caso, anote o nome ou o tipo de local na linha correspondente. Caso a mãe tenha feito pré-natal em mais de um local, marque o local onde ela foi mais vezes consultar.

49. A Sra. foi atendida pela mesma pessoa durante as consultas do Pré-Natal, ou eram pessoas diferentes a cada consulta?

- Nas consultas que a mãe realizou se ela foi atendida somente por uma mesma pessoa em todas as consultas. Se foram pelo menos duas pessoas diferentes a resposta é "profissionais diferentes". Não importa se quem atendeu foi médico, estudante ou enfermeira.

50. Quantas consultas de pré-natal a Sra. fez?

- Anotar o número de consultas pré-natais realizadas pela mãe. Se a mãe não souber ao certo e responder entre 3 ou 4, tentar identificar o número correto. Se ela não tiver certeza, peça para olhar na carteira pré-natal – mas cuidado que a carteira pode estar incompleta!

51. Em que mês da gravidez a Sra. fez a primeira consulta de pré-natal? - Marque o mês de gravidez quando a mãe fez a primeira consulta, e não a idade gestacional em meses completos. Em geral a mulher responde "estava de 2 meses" – marque 02. Se a mulher responder que já tinha completado 3 meses, marque 04.

52. A Sra. fez exames de sangue durante a gravidez? Se fez, quantos? - Saber se a mãe coletou sangue no laboratório para realizar exames. Se sim, perguntar quantos exames, e anotar o número de coletas . Dificilmente a mãe vai saber quantos exames foram feitos a partir do sangue coletado. Por exemplo, a mulher pode dizer: "Fiz exame de sangue no início e no último mês de gravidez". Marque 02. O '00' significa que a mãe não fez exames.

53-6. A Sra. fez exames de durante a gravidez? Se fez, quantos? - Usar a mesma lógica da anterior. O '00' significa que a mãe não fez exames.

57. Quantos quilos a senhora pesava no início da gravidez? - Anotar o peso da mulher logo antes ou logo no início da gravidez. Se a resposta for com decimais arredondar. Por exemplo: 41,1 a 41,4 → 41 Kg. 41,5 a 41,9 → 42 Kg. Se a mãe não souber, anotar 999.

58. Qual era o seu peso no final da gestação? - Anotar o peso ao final da gestação, de preferência a última pesagem antes do parto. Use a mesma lógica da questão anterior para anotar a resposta. Se a mãe não souber, escrever 999. Durante as consultas de pré-natal o médico ou a enfermeira alguma vez... Essa pergunta é introdutória para as questões 59 a 69. Não precisa ser falada sempre à frente de cada frase, mas inicie por ela se notar necessário. Não importa se o procedimento foi feito por médico, enfermeiro ou estudante, o importante é saber se foi feito no contexto do pré-natal.

59. Perguntou a data da última menstruação? - Refere-se ao primeiro dia da última menstruação.

60. Verificou o seu peso? - Sim, se foi pesada pelo menos uma vez.

61. Mediu a sua barriga? - Significa medir a altura da barriga com fita métrica. Marque sim se mediu pelo menos uma vez.

62. Mediu sua pressão? - Marque sim se mediu pelo menos uma vez.

63. Fez exame ginecológico (por baixo)? - Exame ginecológico significa exame vaginal, podendo ser com o espéculo (bico de pato) ou exame de toque. Marque sim se fez pelo menos uma vez.

64. Receitou remédio para anemia? - Marcar sim se foi receitado ferro ou sulfato ferroso para a paciente tratar anemia.

65. Receitou vitaminas? - Marque sim se foi receitada outra vitamina que não ferro (sulfato ferroso) .

66. Orientou sobre a amamentação? - Marque sim se a mãe recebeu algum tipo de orientação sobre amamentação: se falou sobre a importância de amamentar ou se ensinou como a mãe deve amamentar o seu filho.

67. Perguntou se estava usando algum remédio? - Marque sim se o profissional perguntou para a mãe no início ou durante o pré-natal se ela fazia uso de alguma medicação.

68. Orientou sobre o risco do uso de remédios sem orientação médica durante a gravidez? - Marque sim se o médico ou a enfermeira explicou para a mãe que ela só deveria tomar remédios receitados pelo médico.

69. Orientou sobre exercícios físicos, como caminhada, por exemplo? - Saber se alguém da equipe envolvida no pré-natal alguma vez mencionou algo sobre exercício físico para gestante, seja indicando ou contraindicando. Exercício físico é atividade física programada não relacionada com o trabalho, deslocamentos, atividades domésticas ou a escola. Não considerar orientações sobre não carregar peso, não fazer atividades com risco de queda, etc. PULO: se responder NÃO pular para ##.

70. O que disseram para a Sra.?

- Marcar "que não deveria fazer" se a mãe foi orientada a parar ou a não realizar exercícios durante a gravidez.
- Marcar "que deveria fazer" se a mãe foi estimulada a fazer exercícios físicos durante a gravidez (claro que adequados a cada caso);
- Marcar que deveria "fazer mais exercícios" ou "fazer menos exercícios" se a mãe que fazia exercício foi orientada a aumentar ou reduzir a carga de exercícios.

71. Examinou seus seios? - Marcar sim se pelo menos uma vez as mamas da paciente foram examinadas (palpadas).

72. Fez exame de prevenção do câncer de colo de útero?

- Marcar sim se a mãe fez o exame (pré-câncer, exame de Papanicolau ou exame para prevenir o câncer de útero) durante o pré-natal.
- Marcar não se a mãe não fez durante o pré-natal e nem nos últimos 3 anos.
- Marcar "fez antes de engravidar" se fez antes do pré-natal (no máximo 2 anos antes do início da gravidez). A entrevistadora pode explicar para a mãe que exame é este usando os sinônimos.

73. Durante o pré-natal, a Sra. fez a vacina contra o tétano?

- Marcar sim se a mãe fez a vacina do tétano durante a gestação.
- Marcar "já estava vacinada" se não fez porque não precisava por estar imunizada.
- Marcar não se não estava imunizada e não tomou as vacinas. PULO: se responder NÃO ou JÁ VACINADA pular para ##.

74. Quantas doses de antitetânica recebeu? - Anotar o número de doses recebidas. Marcar "7" se a mãe fez apenas uma dose de reforço da vacina.

QUADRO 1 – MORBIDADE DA GESTAÇÃO ATUAL

Este quadro deve ser preenchido de modo similar às perguntas pré-codificadas. Apenas os códigos estão apresentados uma única vez no topo da coluna. Marcar a resposta de todas as perguntas sem condição. Para as perguntas condicionais (se sim), marcar a resposta apenas se foram aplicáveis. Se a resposta anterior for não, deixar a resposta em branco. Para cada doença, marque "sim, não tratado" se a mãe relatar que teve o problema mas não precisou de tratamento com medicamento. Marque "sim, tratado" se teve o problema e tomou algum remédio. Não vamos considerar aqui tratamento por dieta, repouso, etc., apenas tratamento medicamentoso.

Durante a gravidez...

75. A Sra. teve pressão alta? - Saber se a mãe teve aumento de pressão apenas durante a gestação. Algumas podem referir o aumento da pressão como problema de "albumina" na gravidez. PULO: se responder NÃO pular para 74.

75. Se sim, já tinha pressão alta antes da gravidez? - Saber se a mãe já tinha pressão alta antes de engravidar.

76. A Sra. teve diabetes? - Saber se a mãe teve diabete ou açúcar no sangue apenas durante a gestação. PULO: se responder NÃO pular para 76.

76. Se sim, já tinha diabetes antes da gravidez? - Saber se a mãe já tinha diabetes (açúcar no sangue) antes de engravidar.

77. A Sra. teve depressão ou problema nervoso? - Saber se a mãe teve depressão ou algum outro problema de nervos apenas durante a gestação. PULO: se responder NÃO pular para ##.

77. Se sim, já tinha antes da gravidez? - Saber se a mãe já tinha depressão ou algum outro problema de nervos antes da gestação.

78. A Sra. teve anemia? - Saber se a mãe teve anemia apenas durante a gestação. PULO: se responder NÃO pular para 80.

78. Se sim, já tinha anemia antes da gravidez? - Saber se a mãe já tinha anemia antes da gestação.
79. A Sra. teve ameaça de aborto? - Marcar sim se teve sangramento ou cólicas fortes no início da gravidez, com risco de perda do nenê.
80. A Sra. teve ameaça de parto prematuro? - Marcar sim se a mãe iniciou com contrações ou dilatação do colo do útero antes de completar a gravidez (9 meses ou 40 semanas). Atenção – não confundir parto prematuro com ameaça de parto prematuro, a ameaça de parto prematuro não resulta num parto propriamente dito, se a mãe por exemplo sentiu contrações no 7º mês, foi para o hospital e teve o filho, isto é um parto prematuro e não uma ameaça.
81. A Sra. teve corrimento? - Marque sim se a mãe teve infecção vaginal, caracterizada por uma secreção (corrimento) que saía da vagina. A secreção pode ser clara, escura, com ou sem cheiro.
82. Quantas vezes a senhora teve corrimento durante toda a gravidez? - Anotar o numero de vezes que a mãe teve corrimento durante esta gestação.
83. Que cor era a maioria destes corrimentos ? - Anote a cor da maioria destes corrimentos. Se de frequência igual, anote o que a mãe mencionou primeiro.
84. Este(s) corrimento(s) tinha(m) cheiro ruim? - Se apresentava cheiro ruim, pergunte se “sempre” ou “as vezes” e anote as resposta na opção correspondente.
85. Quando a senhora estava com corrimento, o que mais a senhora tinha? - Faça a pergunta e aguarde ela responder. Se ela mencionar, por exemplo, que tinha coceira, anote na opção “(1) Sim, espontâneo”. Se ela nada responder, então induza a resposta, ou seja, pergunte: “Junto com o corrimento a senhora tinha coceira?” Se ela responder que sim, marque um X na opção “Sim, induzido”. Se disser que não tinha coceira concomitante ao corrimento, anote “Não” como resposta.
86. Alguma vez a senhora fez tratamento para este(s) corrimento(s)? - Anote todos os tratamentos que ela fez. Se necessário, use o verso da folha.
87. A Sra. teve sangramento nos últimos 3 meses? - Saber se a mãe apresentou sangramento nos últimos três meses da gestação.
88. A Sra. teve infecção urinária? - Marcar sim se a mãe teve infecção urinária ou cistite, caracterizada por dor ou ardência para urinar.
89. A Sra. teve alguma outra infecção? - Marque sim se a mãe teve outro problema infeccioso importante não relatado acima. PULO: se responder NÃO pular para 87 .
90. Se sim, qual? - Anotar qual foi a infecção que a mãe apresentou durante a gestação. Escreva de maneira legível e de forma a expressar o relatado pela mãe.

90. A Sra. tem, ou já teve, asma ou bronquite? - Saber se alguma vez na vida a mãe já teve asma ou bronquite, que habitualmente se manifesta por crises de chiadeira, falta de ar ou dificuldade para respirar.

91. Nos últimos 3 meses da gravidez, a Sra. teve dor nas costas... - Ler as alternativas todas antes de anotar a resposta. Lembre-se de que é dor nas costas apenas no último trimestre da gravidez.

92. Nos últimos 3 meses da gravidez, a Sra. se sentiu triste ou deprimida... - Ler as alternativas todas antes de anotar a resposta. Lembre-se de que é tristeza ou depressão apenas no último trimestre da gravidez.

93. A Sra. esteve internada alguma vez durante esta gravidez? - Marque sim se a mãe durante a gravidez precisou baixar hospital por pelo menos um dia. Ficar por algumas horas em observação no hospital ou ficar algum tempo para fazer exames não significa que internou PULO: se responder NÃO pular para 94.

93. Quantas internações? - Anotar o número de vezes que a mãe ficou internada.

94. Qual foi o problema?

Problema 1: _____

Problema 2: _____

- Anotar os problemas que levaram a mãe a internar durante a gravidez. Se mais que dois, anote os dois mais importantes, ou mais graves.

95. A Sra. usou algum remédio durante a gravidez? - Marcar sim se a mãe usou alguma medicação durante a gravidez, podendo ter sido prescrita por médico ou tomada por conta própria. Anotar qualquer remédio que tenha tomado, por exemplo: para anemia, alguma vitamina, remédio para dor, para azia, para pressão alta, para ameaça de aborto ou parto prematuro. PULO: se a mãe não tomou nenhum remédio pular o quadro de medicamentos e ir para a questão ##.

QUADRO 1 – USO DE MEDICAMENTOS DURANTE A GESTAÇÃO ATUAL

Anotar todos os medicamentos utilizados durante a gestação . Se a mulher tomou o mesmo remédio mais de uma vez para tratar uma infecção recorrente, por exemplo, marcar cada tratamento em uma linha separada.

96. Quais os remédios que a Sra. tomou durante a gestação? - Saber quais os nomes das medicações que tomou durante a gestação. Anotar os nomes dos remédios e então para cada medicação perguntar em que mês da gravidez iniciou a tomar e em que mês parou. Se a entrevistada não souber exatamente o nome do remédio, mas apenas para que foi (para

pressão, p. ex.), marque a indicação no lugar do nome do remédio. Se ela souber outra característica (comprimido redondo amarelo, p. ex.), marque também.

96. Em que mês da gravidez a Sra. estava quando iniciou / parou? - Marcar o mês de início e fim do tratamento, em números inteiros. Não use decimais. Se iniciou e parou no mesmo mês, não tem problema. Anote o mesmo número nas duas colunas. Por exemplo, a mãe referiu que tomou ferro para anemia do terceiro ao nono mês, e Antax para azia nos últimos dois meses. O quadro preenchido fica assim:

96 . Quais os remédios que a Sra. tomou durante e a gestação?

Em que mês da gravidez a Sra. estava quando

Nome do remédio (letras maiúsculas sem acento) Iniciou Parou

1. Ferro 3 9

2. Antax 8 9

Marque o mês de gravidez ou 99 se ignorado.

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre a Pastoral da Criança

97. A Sra. já ouviu falar na Pastoral da Criança? - Marcar a resposta.

98. E na líder da Pastoral da Criança, a Sra. já ouviu falar? - A líder da pastoral é a pessoa que atua junto à Pastoral da Criança e faz as visitas em casa para pesar as crianças e dar orientações sobre alimentação, amamentação, etc. PULO: se responder NÃO pular para o bloco de História Reprodutiva (##).

99. Alguma vez a Sra. foi visitada pela líder da Pastoral da Criança? - Visitar implica entrar no domicílio, conversar com a mãe e ver a criança. PULO: se responder NÃO pular para o bloco de História Reprodutiva (116).

100. Durante esta gravidez, a Sra. foi visitada alguma vez pela líder da Pastoral? - Marcar a resposta. PULO: se responder NÃO pular para o bloco de História Reprodutiva (116).

101. Com quantos meses de gravidez a Sra. estava na primeira visita que o líder fez? - Escrever o número do primeiro mês de visita com dois dígitos – 02 ou 05. Caso a mãe não se lembre, preencher com 99.

102. Quantas vezes a Sra. foi visitada pela líder durante esta gravidez? - Escrever o número de vezes com dois dígitos – 02 ou 05. Caso a mãe não se lembre, preencher com 99.

103. Nas últimas 4 semanas, desde <DIA DO MÊS ANTERIOR> até agora antes da senhora baixar o líder visitou a senhora na sua casa? - Faça esta pergunta na seguinte forma: estamos no dia 20 de janeiro, pergunte assim “Nas últimas 4 semanas, desde <O DIA 20 DE DEZEMBRO PASSADO> até a senhora baixar no hospital a líder visitou a senhora na sua casa?:”

104. A Sra. se lembra do nome da líder que visitou a Sra. pela última vez? - Caso a mãe não lembre do nome, passar para a próxima pergunta. Se ela souber o nome, perguntar qual e escrevê-lo por extenso. Anotar as respostas espontâneas primeiro! Depois, ler as alternativas não mencionadas pela mãe e se a resposta for afirmativa, marcar (2). Durante estas visitas, o que a líder falava para a Sra.? // Ela falava para a Sra. sobre:

Esta frase é introdutória para as questões 103 a 108

105. Fazer o pré-natal

105. Participar de grupos de gestantes

105. Alimentação ou dieta

105. Amamentação

105. Tipo de parto

105. Vacinação

105. Paz em casa

105. Alimentação enriquecida - Marcar a resposta, anotando as respostas espontâneas primeiro. Depois lendo as alternativas não mencionadas pela mãe e se a resposta for afirmativa, marcar a opção (2), sim, induzido.

106. A líder da Pastoral da Criança tem um livro chamado Guia da Líder. A líder mostrou alguma vez este livro para a Sra.? - PULO: se responder NÃO pular para 113.

107. E alguma vez a líder leu este livro junto com a Sra.? - Marcar a resposta apropriada.

108. A líder pedia para ver o seu cartão da gestante? - Marcar a resposta apropriada.

109. A senhora já ouviu falar no Laços de Amor? - Marcar a resposta apropriada.

110. Durante a gestação, a líder entregava todo mês para a senhora as cartelas do Laços de Amor? - Se entregou, marque "Sim" com resposta.

11. Quantas cartelas a senhora recebeu durante toda a gravidez? __ __ cartelas - Anote o número de cartelas que ela disse que recebeu.

BLOCO D – HISTÓRIA REPRODUTIVA

116. Quantas vezes a Sra. já engravidou, contando com esta gravidez? Quero que conte todas as gestações, até as que não chegaram ao final. - Anotar o número de vezes que a mãe ficou grávida, incluindo também os abortos(espontâneos ou provocados), crianças que nasceram mortas ou antes do tempo.

PULO: Se esta é a primeira gravidez, anotar 01 e pule para o Bloco E (questão 156).

117. Quantos filhos nasceram vivos? Marcar de acordo com a resposta.

118. A Sra. teve algum filho que nasceu morto? Quantos? Esta pergunta deve ser feita com muito cuidado porque as mães tendem a esquecer das crianças que nasceram mortas. Natimortos são crianças com mais de 20 semanas e peso superior a 500 gramas, que estavam mortas ao nascer. Se a resposta for afirmativa completar o espaço com dois dígitos, colocando o número de crianças que nasceram mortas. Se nenhum filho nasceu morto complete o campo com 00.

119. A Sra. teve algum aborto? Quantos? Saber o número total de abortos ocorridos. Aborto é a perda de um feto com menos de 20 semanas (5 meses) de gravidez. Se não teve nenhum completar com 00.

QUADRO 3 – GESTAÇÕES PRÉVIAS

(COLETAR A PARTIR DA 1ª GESTAÇÃO SEM INCLUIR A ATUAL)

O quadro das gestações prévias deve coletar dados de todas as gestações até mesmo as que não chegaram ao final. Se a mãe teve mais de 9 gestações coletar os dados das subsequentes e anotar no verso da folha, coletando os dados da mesma forma que está no quadro.

Introdução: Agora gostaria de conversar com a Sra. sobre suas gestações anteriores a essa, até mesmo sobre as que não chegaram ao final. Começaremos pela primeira vez em que a Sra. esteve grávida. Quando a mãe respondeu a questão 116 você já ficou sabendo quantas vezes a mãe esteve grávida, baseada nisso você sabe sobre quantas gestações deve perguntar. Na < primeira > vez que a Sra. ficou grávida o nenê nasceu vivo, morto ou essa gravidez terminou em aborto? Ir substituindo <primeira>, por segunda, terceira,....., conforme necessário. Anotar de acordo com os códigos.

Anote no espaço junto ao número da gestação o nome da criança, se nasceu viva. Isto vai ajudar nos quadros seguintes.

PULO: Se terminar em aborto não perguntar o restante da linha. Se a gestação não foi aborto, então siga adiante:

Esse nenê pesou menos de 2,5 Kg? Anotar de acordo com os códigos.

Esse nenê nasceu prematuro (antes do tempo)? Anotar de acordo com os códigos.

Esse nenê nasceu de parto normal ou cesariana? Anotar de acordo com os códigos.

PULO: Se foi cesariana não pergunte se fez episiotomia.

Fez episiotomia? Anotar sim ou não.

Qual o mês e ano de nascimento do nenê? Se ela não souber o ano, pergunte a idade, anote no quadro e depois (em casa) faça as contas.

Ele está vivo hoje? Se não está mais vivo pergunte com quantos anos ou meses a criança morreu. Se morreu antes de um ano anotar 00 para ano e no próximo espaço os meses com que faleceu, com dois dígitos. Se faleceu com menos de 1 mês anotar 00 em todos os espaços. Se morreu com mais de 1 ano, anotar a idade em anos e colocar 00 nos meses.

FIM DO QUADRO 3

Perguntar sobre a gestação anterior que não terminou em aborto

Agora utilizando os nomes das crianças anotados no Quadro 3, pergunte sobre a última criança que nasceu.

120. Qual o sexo da criança? Completar de acordo com resposta.

121. Qual foi o peso da criança ao nascer? Colocar de acordo com a resposta. Se a mãe não tiver certeza tente estimular a memória sem induzir a resposta.

USANDO A INFORMAÇÃO DO QUADRO 3 DECIDA: Se a criança nasceu a termo

Pelo quadro anterior você já vai saber se a criança nasceu ou não prematura. As questões 122 e 123 só se aplicam para crianças que nasceram antes do tempo.

122. De quantos meses o seu filho nasceu? Colocar a resposta. Nascer prematura significa que a gestação não chegou ao final, isto é, nove meses. Colocar a idade gestacional em meses referida pela mãe. Se ela responder em semanas anote ao lado e discuta com o orientador antes de codificar.

123. Por que nasceu prematuro? Qual o fator que levou ao parto ocorrer antes do tempo. Marcar de acordo com a resposta.

124. A Sra. fumou durante aquela gestação? Marque sim se a paciente fumou regularmente, não importando o número de cigarros ou a frequência.

125. Quantos quilos a Sra. ganhou naquela gestação? Colocar o peso em kg referido pela mãe, se não engordou nada colocar 00 kg.

126. A Sra. tinha feito pré-natal? Colocar sim ou não, de acordo com a resposta, não importando o número de consultas.

QUADRO 4 – MORBIDADE EM GRAVIDEZ PRÉVIA I

As questões de número 127 a 137 têm as mesmas instruções do Quadro 1 (Morbidade da gestação atual).

Perguntar sobre a segunda gestação anterior à atual que não terminou em aborto

Agora utilizando os nomes das crianças anotados no Quadro 3, pergunte sobre a

penúltima criança que nasceu viva. As instruções para as questões 138 a 144 são as mesmas das questões 116 a 126.

QUADRO 5 – MORBIDADE EM GRAVIDEZ PRÉVIA II

As questões de número 145 a 155 têm as mesmas instruções do Quadro 1 (Morbidade da gestação atual).

BLOCO E – CARACTERÍSTICAS DA MÃE E HÁBITOS DE VIDA

156. Qual é a sua idade? Anotar a idade da mãe em anos completos na data da entrevista. Se responder tenho quase 16, faço aniversário amanhã, a idade dela hoje é 15, deve ser anotado 15 anos na resposta. Com quem a Sra. vive?

157. Com marido ou companheiro? O que se quer saber é se ela vive com um companheiro, não importando o estado civil, podendo ser namorado inclusive.

158. Com filhos? Quantos? Marcar o número de filhos que moram com a mãe, sem contar com a criança que acabou de nascer. Caso não more com filhos, marcar 00.

159. Com outros familiares? Quantos? Marcar com quantos outros familiares (do marido ou dela) ela mora.

160. Com outras pessoas (não familiares)? Quantos? Marcar com quantas outras pessoas não familiares ela mora.

161. Até que série a Sra. completou na escola? Anotar a série e o grau do último ano que a mãe completou com aprovação na escola. Marque grau 1 para primeiro grau ou ensino fundamental. Marque grau 2 para segundo grau ou ensino médio. Marque grau 3 para ensino superior. PULO: se não cursou curso superior, pular para 163.

162. A Sra. completou a faculdade? Marque sim se a mãe completou o curso superior.

163. (OBSERVAR) Cor da mãe: Nesta questão, marque a cor da mãe conforme sua avaliação. Não faça nenhum comentário sobre esta questão, preenchendo sempre antes de fazer a pergunta seguinte.

164. Como a Sra. se classifica em termos de cor ou raça?

Ler todas as alternativas antes de marcar a resposta.

Marque o que a mãe responder, sem discussão.

QUADRO 6 – EXERCÍCIO FÍSICO

Leia o texto introdutório do quadro e explique que você vai fazer as perguntas por períodos: antes da gravidez, primeiros 3 meses, e assim por diante.

Leia a pergunta "Sem contar sua atividade ..." nos 3 meses antes da gravidez? A partir daí preencha toda a coluna referente a este período. Depois passe para os primeiros 3 meses da gravidez, etc.

165. Fez exercício?

Preencher com 0 ou 1, de acordo com a resposta e a codificação no quadro.

Ex. 1 _____

Para aquelas que fizeram exercício, perguntar que tipo de exercício. O tipo de exercício deve ser apenas anotado no momento da entrevista. A codificação será feita posteriormente com base na tabela abaixo.

EXERCÍCIO Código EXERCÍCIO Código

yoga / alongamento 11 aulas especiais para gestantes 19

tênis / paddle / squash 12 ginástica aeróbica / step 20

ciclismo / bicicleta 13 esportes coletivos (quadra ou campo) 21

ginástica localizada 14 corrida 22

artes marciais 15 natação 23

hidroginástica 16 dança 24

musculação 17 outros 25

caminhada 18

Tempo por sessão? Anotar quanto tempo durava uma sessão típica de exercícios. Se houver variação, marque o mais comum, ou um tempo médio.

Quantas sessões por semana? Anotar quantas vezes por semana ela realizava aquele tipo de exercício. Se a mãe se mostrar insegura quanto à duração da sessão ou ao número de vezes na semana, deve-se reforçar a ideia de que isso se refere à "maioria das vezes", o objetivo aqui é obter o tempo e número médio de sessões.

Passe para um segundo ou terceiro tipo de exercício, se necessário. Caso a mãe relate que fazia mais de 3 exercícios em algum período, deve-se pedir que fale apenas sobre aqueles mais frequentes. O mesmo procedimento deve ser repetido para cada trimestre da gravidez. Caso a mãe relate ter se exercitado em apenas um mês do trimestre, registra-se do mesmo jeito. Períodos sem exercício ficam em branco. Caso seja necessário usar mais espaço, anotar a história da mãe no verso e indicar. Essa situação será muito rara, mas possível para mães

que faziam por exemplo 2 exercícios antes de engravidar e durante a gravidez fizeram outros 2 diferentes.

ATENÇÃO: o objetivo do quadro é avaliar os exercícios físicos realizados por ordem médica, com intenção estética ou para melhorar a saúde. As atividades diárias como cuidar da casa ou dos filhos, caminhar para deslocar-se de um lugar para outro e outras ocupações (trabalho) não devem ser contabilizadas aqui, apenas **EXERCÍCIO FÍSICO INTENCIONAL**.

Exemplo de quadro: a mãe antes da gravidez fazia musculação, 3x/semana, por uma hora. Ao engravidar seguiu com a musculação e começou a fazer alongamento também, 4x/semana por 45 42 minutos. No segundo trimestre parou a musculação e seguiu só com o alongamento. E no último trimestre fez só hidroginástica, 3x/semana, por uma hora.

PULO: SE NÃO FEZ EXERCÍCIO NENHUM

168. Se a mãe relatar que não fazia nenhum exercício antes de engravidar, e que durante a gravidez permaneceu sem se exercitar, passe para a questão 168.

166. **SE PAROU DE SE EXERCITAR DURANTE A GRAVIDEZ:** Qual foi o principal motivo para a Sra. ter parado de se exercitar? Fazer esta pergunta para as mães que se exercitavam antes da gravidez e pararam completamente em algum trimestre da gravidez e para mães que tenham começado a se exercitar durante a gravidez e pararam durante a mesma. Tentar encaixar a resposta da mãe da melhor forma possível de acordo com as opções fornecidas.

A opção (1) deve ser marcada se a mãe parou por medo de que o exercício pudesse prejudicar o nenê ou se por exemplo ela achava que a gravidez já estava muito avançada e achou melhor evitar esforços.

Se outras pessoas aconselharam-na a parar e a mãe achou melhor seguir este conselho, também devesse marcar esta opção

A opção (2) engloba o desânimo.

A opção (3) só deve ser marcada se a mãe relatar enjoos, tonturas que a impediam de se exercitar.

167. **SE FEZ EXERCÍCIO DURANTE A GRAVIDEZ:** Quem disse como a Sra. deveria se exercitar? Fazer esta pergunta somente para mães que tenha relatado algum exercício durante a gravidez (em qualquer trimestre, durante qualquer período). A intenção é saber se alguém orientou-a sobre como se exercitar. O objetivo não é saber se alguém disse para ela fazer exercícios, mas sim saber quem disse como ela deveria se exercitar. Se a mãe disser que várias pessoas a orientaram, pedir que responda quem foi o principal responsável pela

orientação. Caso o parente ou amigo(a) seja professor de educação física, considerar a opção (2). Caso a própria gestante seja professora de educação física e responda “ninguém” ou “eu mesma”, considerar a opção (2). A opção (3) serve para enfermeiras, nutricionistas e fisioterapeutas. Aulas assistidas em televisão ou baseadas em livros e revistas devem ser consideradas como “ninguém”.

Algumas pessoas opinaram sobre o exercício físico na gravidez. Eu gostaria de saber se a Sra. concorda ou discorda das seguintes afirmativas

Ler esta frase e pedir à mãe que expresse sua concordância ou discordância das afirmativas.

168. O exercício físico durante a gravidez torna o parto mais fácil. Se a mãe não entender o que é “parto mais fácil”, pode-se exemplificar com termos como: “trabalho de parto mais rápido” e “menos complicações no parto”.

169. Fazer exercício físico durante a gravidez melhora a saúde do bebê. O termo bebê aqui refere-se tanto ao feto ainda dentro da mãe, prestes a nascer, quanto ao recém-nascido

TABAGISMO DA MÃE E FUMO PASSIVO

Agora vamos falar um pouco sobre cigarro

170. No período de 6 meses antes desta gravidez a Sra. fumava? Marcar sim se a mãe costumava fumar nos meses que antecederam ela saber que estava grávida. PULO: se não fumava passe para a pergunta 172

171. Quantos cigarros por dia a Sra. costumava fumar? Anotar o número médio de cigarros fumados por dia. Lembre-se que um maço de cigarros tem 20 unidades.

QUADRO 7 – TABAGISMO

172. A Sra. fumou durante esta gravidez? Fazer a pergunta para cada trimestre da gravidez. Considerar como sim, se a mãe fumou qualquer quantidade durante a gravidez. Fumava todos os dias? Marcar a resposta de acordo com os códigos. Quantos cigarros fumava por dia?

Anotar o número médio de cigarros fumados por dia. Lembre-se que um maço de cigarros tem 20 unidades.

173. O seu marido ou companheiro fumou durante esta gravidez?

Olha o Mico! Pular o bloco se a mãe não vive com companheiro. Você já tem esta informação.

Atenção! Agora marcar sim apenas se o companheiro fumava diariamente. Se a resposta for negativa, passar para o próximo trimestre, e por fim para a questão

174. Ele fumava na mesma peça em que a Sra. estava? Marcar sim apenas se o companheiro costumava fumar na presença da mãe, em lugar fechado. Quantos cigarros fumava por dia na

sua presença? Anotar o número de cigarros fumados na presença da mãe. Não marcar o número total de cigarros fumados!

174. Havia outras pessoas na sua casa ou trabalho que fumavam?

Atenção! Agora marcar sim apenas se as pessoas fumavam diariamente . Estas pessoas muitas vezes podem ser vizinhas que passam muitas horas na casa da mãe fumando próximas dela. Elas fumavam na mesma peça em que a Sra. estava? Marcar sim apenas se estas pessoas costumavam fumar na presença da mãe, em lugar fechado.

Quantos cigarros fumavam por dia na sua presença? Anotar o número de cigarros fumados na presença da mãe. Não marcar o número total de cigarros fumados!

Exemplo: A mulher disse que fumava dos 4 aos 6 meses de gravidez, todos os dias e 10 cigarros ao dia. E dos 7 meses ao final fumava, mas não todos os dias. O quadro fica:

Nos 3 primeiros meses

Dos 4 aos 6
meses

Dos 7 meses
até o final

A Sra. fumou durante esta gravidez? 0 1 1

SE SIM: Fumava todos os dias? 1 0

SE SIM: Quantos cigarros fumava por dia? 10

Exemplo: O marido fumava todos os dias nos 3 primeiros meses da gravidez, na mesma peça e quando estavam juntos ele fumava 4 cigarros. Parou, mas no final da gravidez ele voltou a fumar, mas não na mesma peça. O quadro fica:

Nos 3
primeiros
meses

Dos 4 aos 6
meses

Dos 7 meses
até o final

O seu marido ou companheiro fumou durante esta gravidez? 1 0 1

SE SIM: Ele fumava na mesma peça em que a Sra. estava? 1 0 0

SE SIM: Quantos cigarros fumava por dia na sua presença? 4

QUADRO 8 – CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Agora vamos falar um pouco sobre o hábito de tomar bebidas de álcool.

175. A Sra. costumava beber bebida de álcool durante a gravidez? Marcar sim se a mãe consumia bebida alcoólica de forma regular, mesmo que em pequenas quantidades. Consumo ocasional, isto é, menos que uma vez por semana, deve ser registrado como não.

PULO: Se a mãe responder que não bebeu durante a gravidez, pular para 179.

Durante a gravidez, a Sra....

176. Tomou vinho? Registrar sim ou não por trimestre. Se responder afirmativamente, anotar as quantidades. Quantos dias por semana? Quanto tomava por dia? Tipo da vasilha? Anotar quantos dias por semana, em média, consumia vinho. Anotar o número de vasilhas consumidas a cada dia que tomava a bebida e o tipo de vasilha conforme a codificação do quadro.

177. Tomou cerveja? Registrar sim ou não por trimestre. Se responder afirmativamente, anotar as quantidades. Quantos dias por semana? Quanto tomava por dia? Tipo da vasilha? Anotar quantos dias por semana, em média, consumia cerveja. Anotar o número de vasilhas consumidas a cada dia que tomava a bebida e o tipo de vasilha conforme a codificação do quadro.

178. Tomou alguma outra bebida como cachaça, caipirinha, uísque, vodka, gim ou rum? Registrar sim ou não por trimestre. Se responder afirmativamente, anotar as quantidades. Quantos dias por semana? Quanto tomava por dia? Tipo da vasilha? Anotar quantos dias por semana, em média, consumia estas bebidas. Anotar o número de vasilhas consumidas a cada dia que tomava a bebida e o tipo de vasilha conforme a codificação do quadro.

FIM DO QUADRO 8

QUADRO 9 – CAFEÍNA

A lógica de preenchimento deste quadro é semelhante à do quadro anterior. Todas as perguntas, primeiro para chimarrão, depois para café, serão feitas por trimestre da gravidez.

CHIMARRÃO

179. A Sra. tomava chimarrão durante a gravidez? Consideramos resposta afirmativa se a mãe disser que tomava chimarrão regularmente, pelo menos uma vez por semana. Se a resposta for sim, continuar as perguntas da coluna. Se for não, perguntar para o trimestre seguinte da gravidez. Quantos dias por semana? Anotar o número de dias por semana que costumava tomar chimarrão. Quanto tomava por dia? Medida referida: Pergunte "Quanto chimarrão a Sra. tomava por dia?". A resposta necessariamente vai incluir o tipo de vasilha. Aproveite então para detalhar o tipo e o tamanho do recipiente. Anote o número de medidas consumidas

por dia. Anote o tipo de medida usando a codificação do quadro. Uma resposta frequente à pergunta “Quanto a Sra. costumava tomar por dia?” é de que tomava uma térmica, por exemplo, entre 3 pessoas, ela e mais duas. Neste caso, marcar o quadro de respostas no espaço reservado para a térmica e, na margem ou abaixo, escrever que era dividido entre 3 pessoas.

A <medida> que a Sra. costumava tomar era: A pergunta deve ser formulada de acordo com a resposta anterior. Por exemplo: se a mãe respondeu que tomava uma chaleira por dia, a pergunta ficará assim: “A chaleira que a Sra. costumava tomar era (1) pequena....?” Se ela costumava tomar ora em térmica, ora em chaleira, considerar a que era usada mais frequentemente naquele período.

CAFÉ

O primeiro quadro dá instrução quanto às perguntas que devem ser formuladas para o preenchimento em cada trimestre da gravidez. É importante enfatizar para a mãe a que momento da gravidez está se referindo a pergunta. Se for necessário, citar para a mãe: “Lembre que nós estamos falando apenas dos 3 primeiros meses” ou “lembre que agora nós estamos falando dos 4 aos 6 meses da gravidez” ou “lembre que nós estamos falando do fim da gravidez, ou seja dos 7 meses até o final”.

180. A Sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana nos 3 primeiros meses da gravidez? Consideramos resposta afirmativa se a mãe disser que tomava café regularmente, isto é, pelo menos uma vez por semana.

181. Quantos dias por semana a Sra. tomava café? Preencher conforme a resposta da mãe, de 1 a 7.

182. A Sra. tomava café passado ou instantâneo? Se disser que tomava apenas café passado, a entrevistadora deverá preencher apenas os itens das duas primeiras colunas do quadro do primeiro trimestre. Assim, perguntará em que tipo de vasilha a mãe costumava tomar café; se responder “xícara”, por exemplo, imediatamente deve-se perguntar: “Quantas xícaras a Sra. costumava tomar por dia?” Se responder: “duas”, anota-se no quadro, na primeira coluna na linha correspondente à xícara. Nesta mesma linha, mas na segunda coluna, se anotar a concentração (forte, fraco, mais ou menos) do café que a mãe costumava tomar. Se a mãe tomava café instantâneo, além do recipiente, perguntar o tamanho da colher que usava para servir o café. Em seguida, mostrar o kit de colheres e perguntar qual delas tem o tamanho mais parecido com o que ela usa em casa. Não esqueça de perguntas se ela usava colher rasa ou cheia. Se a mãe tomava café passado e instantâneo, os dois devem aparecer no quadro. Se o recipiente usado para tomar café for “outro” diferente de xícaras, copo e meia taça, este deverá ser escrito ao lado de “outro” (exemplo outro = caneca) EXEMPLO: se a mãe

costumava tomar duas xícaras de café passado, fraco, por dia e 3 xícaras de cafezinho preparadas cada uma com uma colher e meia de chá rasa de café instantâneo, o quadro deverá ser preenchido da seguinte maneira:

183. A Sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana dos 4 aos 6 meses da gravidez?

184. Quantos dias por semana a Sra. tomava café?

185. A Sra. tomava café passado ou instantâneo? Repita de acordo com as instruções para o primeiro trimestre.

186. A Sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana dos 7 meses até o fim da gravidez?

187. Quantos dias por semana a Sra. tomava café?

188. A Sra. tomava café passado ou instantâneo? Repita de acordo com as instruções para o primeiro trimestre.

FIM DO QUADRO 9

BLOCO F – CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO, DO PAI E RENDA FAMILIAR

189. A Sra. trabalhou durante a gravidez? Marcar sim se a mãe exerceu alguma atividade, em casa (para fora) ou fora de casa, que tenha lhe rendido remuneração. Considerar como sim, mesmo que a remuneração tenha sido em espécie – alimentos, etc.. ou quando a mãe trabalhou para uma firma familiar sem remuneração mas exercendo alguma função..

PULO: se a resposta for não, pule para a 200.

190. Qual a sua ocupação? (tipo de trabalho e em que tipo de local) Anotar a atividade específica realizada, não importando a profissão. Também deve ficar claro qual é o seu local de trabalho. Exemplo: a mãe disse que é funcionária pública. Isso não serve! Tem que saber qual a sua atividade (exemplo: secretária) e seu local de trabalho (exemplo: UFPel). Outras situações comuns que não descrevem a ocupação: ferroviário, aposentado, comerciário, serviços gerais. Sempre anotar o tipo de local de trabalho. Exemplos corretos: serviço de limpeza em loja, cozinheira em casa de família, eletricista em companhia de luz. A codificação de ocupação será feita pelo entrevistador ao revisar o questionário. A lista de códigos será distribuída separada do manual. No final deste manual você encontra uma lista das ocupações mais frequentes.

191. A Sra. trabalhou nos primeiros três meses da gravidez? Marcar de acordo com a resposta.

192. A Sra. trabalhou dos 4 aos 6 meses da gravidez? Marcar de acordo com a resposta.

193. A Sra. trabalhou dos 7 aos 9 meses da gravidez? Marcar de acordo com a resposta.

194. Quantos meses durante a gravidez trabalhou? Marcar o total de meses que a mãe trabalhou durante a gestação (tempo total em meses).

195. Nesse período, quantos dias por semana a Sra. trabalhou? Marcar o número de dias por semana que a mãe trabalhou durante a gestação, nos meses em que estava trabalhando.

196. Nos dias de trabalho, quantas horas por dia trabalhava? Marcar o número de horas por dia que a mãe trabalhava durante a gestação, no período em que trabalhou.

197. Durante o seu trabalho a Sra. tinha que ficar em pé a maior parte do tempo?

Marcar sim se a função da mãe no trabalho era desempenhada principalmente na posição em pé, como atendentes do comércio e balconistas, por exemplo.

198. Durante o seu trabalho a Sra. tinha que levantar coisas pesadas? Marcar sim se a função da mãe no trabalho envolvia carregar objetos que exigissem esforço, como caixas pesadas, móveis, etc.

199. Há quantas semanas atrás a Sra. parou de trabalhar? Colocar há quantas semanas ela parou de trabalhar. Se a mãe falar o tempo em meses, anote e depois transforme em semanas. Se a resposta for dada em dia (menos de uma semana), preencher com 00

200. Quem é que fez o trabalho de casa para a sua família? Marcar a resposta adequada em relação ao trabalho doméstico: limpeza da casa, lavar roupa, passar, cozinhar, etc.

Agora vamos conversar um pouco sobre a Sra. e o pai de <criança>

201. Qual é o nome completo do Pai da <criança>? Não esqueça de falar o nome da criança. Escrever o nome completo do pai em letras maiúsculas e sem acentos. Evite forçar uma resposta se a mãe preferir não declarar o nome do pai do nenê.

202. Qual a idade dele? Idade em anos completos na data da entrevista. Caso o pai tenha falecido ou seja desconhecido, use o código 88, se a mãe não souber ou não quiser dizer, preencha com 99.

203. Como foi a reação do pai do nenê quando soube da gravidez? Marcar conforme ela responder. Se a mãe disser que no início não gostou, mas depois mudou de ideia, marque não gostou, que foi a primeira reação do pai ao saber da gravidez.

204. Como a Sra. sentiu que foi o apoio que recebeu do pai do nenê durante a gravidez? Marcar conforme resposta. Se durante a gravidez a mãe não teve contato com o pai da criança, marcar nenhum apoio.

205. Até que série ele completou na escola?

Anotar a série e o grau do último ano que o pai completou com aprovação na escola.

Marque grau 1 para primeiro grau ou ensino fundamental. Marque grau 2 para segundo grau ou ensino médio. Marque grau 3 para ensino superior. PULO: se não cursou curso superior, pular para 207.

206. Ele completou a faculdade? Marcar sim se completou o curso superior.

207. Qual é a ocupação dele? (tipo de trabalho e em que tipo de local) Veja a instrução para ocupação da mãe (pergunta 190).

208. Ele está trabalhando no momento? Saber se ele está realizando alguma atividade que lhe renda um salário, pode ser em casa para fora ou fora de casa.

209. Qual é a cor ou raça do pai de <criança>:

Ler todas as alternativas antes de marcar a resposta.

Agora gostaria de saber sobre o pagamento da sua hospitalização para ter o nenê

210. (OBSERVADO) Quantos leitos para paciente tem no quarto:

Observar quantos leitos há no quarto em que a paciente está baixada e anotar. Contar também o leito que a paciente ocupa.

211. A Sra. está hospitalizada como SUS, particular ou convênio?

- Marcar SUS se o pagamento da hospitalização será feito pelo SUS, mesmo com algum tipo de pagamento adicional.
- Marcar particular se o pagamento é feito pelo paciente ao hospital e médicos, mesmo que haja algum desconto (p. ex. "pacote").
- Marcar convênio se o pagamento da hospitalização será feito através de plano de saúde, convênio, ou equivalente, mesmo que haja algum tipo de pagamento adicional.

PULO: se a resposta for particular, pule para 215.

212. A Sra. está pagando alguma diferença em dinheiro pelo parto? Marcar sim se está pagando alguma complementação ao hospital (hotelaria) ou aos médicos (atendimento).

213. A Sra. está pagando para o médico obstetra? Marcar sim se está pagando alguma complementação especificamente para o obstetra. PULO: se a mãe não estiver pagando, pule para 215.

214. Por que a Sra. está pagando o obstetra? Marcar a razão do pagamento adicional para o obstetra. Qualquer outro motivo anotar no espaço devido.

215. No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa? Anotar a renda percebida por cada pessoa da casa que trabalho. Anotar os valores em reais e referentes ao ganho do mês civil anterior (não dos últimos 30 dias). Deve ser incluído o rendimento principal e também outras fontes (exemplo: pensões, aluguéis, auxílios, aposentadoria), sem anotar os centavos.

216. A família tem outras fontes de renda? Anotar algum outro rendimento que a entrevistada possa ter esquecido de mencionar da primeira vez. Em especial, bolsa-escola ou outros auxílios.

217. Quem é o chefe da família? Anotar quem é o chefe da família na percepção da mãe. Em caso de dúvida, o chefe é o responsável pelas decisões mais importante da casa, como compras de bens mais caros, mudança de casa, etc. PULO: se o chefe for o pai ou a mãe DA CRIANÇA , pule para a 226.

218. Até que série o chefe da família completou na escola? Veja as instruções para escolaridade da mãe. PULO: se não cursou pular para 220.

219. <chefe> completou a faculdade? Marcar sim se o chefe completou o curso superior.

CLASSIFICAÇÃO DE BRONFMAN

As perguntas seguintes são sobre o trabalho atual, ou o último trabalho da PESSOA DE MAIOR RENDA da família

220. Quem é a pessoa de maior renda na família? Deve-se marcar a opção chefe para os casos em que essa pessoa seja o mesmo chefe mencionado anteriormente, não sendo o pai nem a mãe da criança.

Caso a maior renda seja de uma pessoa que não seja nem o chefe, nem pai ou mãe, marcar “outro”. Se pai e mãe têm a mesma atividade (e a mesma renda) preencher com os dados da mãe.

Na maioria das vezes, o preenchimento das perguntas que se seguem pode ser feito com informações já prestadas pela mãe. Confirme o que for necessário.

221. <pessoa> encontra-se trabalhando no momento? Marque sim se a pessoa estiver exercendo atividade remunerada no momento.

222. Qual o tipo de firma onde <pessoa> trabalha? Anotar o tipo de firma ou empresa onde trabalha.

223. Que tipo de trabalho <pessoa> faz? Anotar a ocupação da pessoa.

224. <pessoa> é patrão, empregado ou trabalha por conta? Caso a pessoa tenha mais de um emprego, considerar o mais importante (de maior renda ou melhor cargo).

PULO: se não for empregador ou trabalhador por conta própria pular para 225.

225. <pessoa> emprega ou contrata empregados? Quantos? (00=nenhum; 98=98 ou mais; 99=IGN) Anotar o número de empregados contratados pela pessoa ou pela empresa dela. Esta pergunta só deve ser feita se a pessoa for empregador ou trabalha por conta própria.

CLASSIFICAÇÃO ANEP/IEN

Agora vou fazer algumas perguntas a respeito de aparelhos que a Sra. tem em casa

Considere que tem os aparelhos quando:

- bem alugado em caráter permanente,
- bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- bem usado pela empregada doméstica, mas comprado pela dona da casa.
- bem quebrado há menos de 6 meses.

Não considerar os seguintes casos:

- bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses,
- bem quebrado há mais de 6 meses,
- bem alugado em caráter eventual,
- bem de propriedade de empregados ou pensionistas.

Na sua casa, a Sra. tem:

226. Aspirador de pó?

227. Máquina de lavar roupa? Não considerar o tanquinho.

228. Videocassete ou DVD?

229. Geladeira? Não importa modelo, tamanho, etc. Também não importa número de portas.

230. Freezer ou geladeira duplex? O que importa é a presença do freezer. Valerá como resposta “sim” se for um freezer separado, ou uma combinação com a geladeira (duplex, com freezer no lugar do congelador).

231. Forno de micro-ondas? Vale com ou sem tecla de pipoca ☺

232. Microcomputador? Não considerar palmtops, PDA's e similares, apenas computadores “normais” (desktops) ou notebooks.

233. Telefone fixo (convencional)? Considerar telefone fixo, do antigo. Não importa se o aparelho é com ou sem fio. Na dúvida, todo telefone fixo em Rio Grande começa com o número 3 e todo celular começa com o número 9.

Na sua casa, a Sra. tem...? Quantos? Agora, além de saber se tem, queremos saber quantos aparelhos. Marcar 0 (zero) se não tem nenhum, 1 se tem 1, etc. e 4+ se tiver 4 ou mais aparelhos.

234. Rádio Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro aparelho de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou Microsystems devem ser considerados. Não deve ser considerado o rádio do automóvel.

235. Televisão preto e branco Cada vez mais raras! Cuidado! Anote só as TVs em preto e branco.

236. Televisão colorida Não importa o tamanho da televisão, pode ser portátil, desde que seja colorida. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenham sido adquiridos pela família empregadora.

237. Automóvel (somente de uso particular) Só contam veículos de passeio, de uso da família. Não contam veículos como táxi, vans ou pick-ups usados para fretes ou qualquer outro veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

238. Aparelho de ar condicionado (Se houver ar condicionado central marque o número de cômodos servidos.) Marque o número de aparelhos, ou o número de cômodos servidos pelo sistema em caso de ar condicionado central.

239. Na sua casa trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista? Se sim, quantos? Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Não incluir faxineira diarista.

BLOCO G – EXAMES DA MÃE NO PRÉ-NATAL

Agora gostaria de perguntar sobre quando a Sra. nasceu

240. A Sra. nasceu com menos de 2,5 Kg? A mãe não precisa lembrar-se do peso com exatidão, basta saber se foi inferior a 2500g (se nasceu de "baixo peso").

241. A Sra. nasceu prematura? Marcar a resposta.

242. A Sra. está com a carteira de Pré-natal aqui no hospital? Marcar a resposta, já pedindo para ver a carteira. PULO: se a mãe não tiver a carteira de pré-natal, pular para a 248.

Anotar a partir da carteira de Pré-natal

243. Data da última menstruação:

244. Data da primeira consulta pré-natal:

245. Data da última consulta pré-natal:

246. Primeiro peso da mãe:

247. Último peso da mãe:

Exames realizados durante a gravidez. Anotar só do cartão, se tiver, ou de exames que a mãe tenha trazido. Se tiver mais de um, anotar o resultado só do exame mais recente.

248. Altura da mãe (cm)? Registrar a altura da mãe marcada no cartão. Se a mãe não estiver com o cartão, perguntar.

249. Quantos exames de ultrassom foram realizados? Caso a mãe não tenha feito ultrassom, marcar 0 e pular para a 252.

250. Dados do primeiro ultrassom realizado: Anotar a data e a idade gestacional estimada pelo exame.

251. Dados do segundo ultrassom realizado: Anotar a data e a idade gestacional estimada pelo exame, se houver.

EM CASO DE NATIMORTO OU ÓBITO DO RECÉM-NASCIDO ENCERRE O QUESTIONÁRIO

BLOCO H – EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO

TÉCNICAS PARA A TOMADA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

252. Sexo do RECÉM-NASCIDO

Anote o sexo do RECÉM-NASCIDO conforme sua observação (essa é barbada).

253. Comprimento

1. Colocar o antropômetro sobre uma superfície plana e firme, como o chão ou uma mesa forte.

2. Deitar a criança de costas sobre o antropômetro com a cabeça posicionada no anteparo fixo. Pedir à mãe para permanecer próxima à criança, de modo a mantê-la calma.

3. Assegurar-se que a cabeça e os ombros da criança estejam bem encostados na cabeceira do antropômetro. Pedir à outra antropometrista para que coloque suas mãos sob o queixo da criança para garantir que a cabeça esteja encostada e que o pescoço não esteja encolhido. A cabeça deve permanecer posicionada observando-se o Plano de Frankfurt*.

4. Colocar o braço e o cotovelo sobre os joelhos e pernas da criança forçando-os suavemente contra o aparelho. Com a mão deste mesmo braço puxar os pés em direção ao joelho, até que a planta dos pés forme ângulo de 90º em relação a superfície horizontal do antropômetro. Com a outra mão deslocar o cursor até tocar a planta dos pés da criança. Os pés devem estar paralelos ao anteparo móvel do aparelho. Se a criança estiver agitada, será necessário forçar, com muito cuidado, empurrando os joelhos e canelas para baixo.

5. A primeira antropometrista anotará o valor da medida no questionário, até a última unidade completa. A segunda antropometrista não deverá tomar conhecimento desta medida (Ver orientações a seguir).

6. A segunda antropometrista repetirá a tomada da medida.

*PLANO DE FRANKFURT: Plano originado pela união dos pontos “orifício do ouvido” e

“canto externo do olho”, formando um ângulo de 90° com o cursor do aparelho.

254. Perímetro cefálico A antropometrista deve manter-se pelo lado ESQUERDO da criança. Remover touca ou qualquer adorno que a criança tenha no cabelo. A medida deve ser tomada de modo a obter o perímetro

MÁXIMO.

1. A cabeça é mantida no Plano de Frankfurt, olhando para frente.
2. Passar a fita em volta da cabeça, no sentido da esquerda para a direita e transferir o início da fita para a mão esquerda, de modo que ela passe completamente em volta da cabeça e cruze em frente a antropometrista. Cruzar a fita, de modo que o ponto zero fique no nível superior em relação ao restante da escala métrica.
3. Assegurar-se que a medida é o maior perímetro da cabeça e que a fita passa igualmente nas duas laterais, direita e esquerda. O dedo médio pode ajudar a manter a fita firme no ponto mais posterior do occipital (parte mais posterior da cabeça).
4. A fita deve estar levemente apertada, o suficiente para comprimir o cabelo. Com o dedo médio posicionado na parte posterior da cabeça, a antropometrista deve mover a fita para cima e para baixo até obter o maior perímetro. Fazer a leitura neste ponto.
5. A primeira antropometrista anotará o valor da medida no questionário, até a última unidade completa. A segunda antropometrista não deverá tomar conhecimento desta medida (Ver orientações a seguir).
6. A segunda antropometrista repetirá a tomada da medida.

255. Perímetro torácico. O bebê deve estar despido e deitado de frente para você. Na face anterior do tórax, a fita deve passar sobre os mamilos. Na face posterior do tórax, a fita deve passar imediatamente abaixo das escápulas. Note que o plano da medida ficará levemente inclinado no sentido póstero-inferior. A medida deve ser feita ao final de uma inspiração normal.

256. Circunferência abdominal. O bebê deve estar despido e deitado de frente para você. A medida é tomada em torno do abdômen, no nível de maior extensão (do abdômen). Na maioria das vezes, mas nem sempre, esse nível está no plano correspondente à cicatriz umbilical. A fita deve ser mantida justa à pele, sem apertar. A medida deve ser feita ao final de uma expiração normal, arredondando-se para o 0,1 cm mais próximo.

257. Idade gestacional segundo método de Dubowitz Ver seção específica sobre Dubowitz. Anotar a pontuação de cada item no espaço apropriado e somar os subtotais para o critério somático e para o critério neurológico. Anotar no campo de resposta do escore a soma dos dois subtotais.

258. (SUPERVISÃO) Idade gestacional:

Não preencher. O supervisor vai fazer a conta a partir do escore encontrado.

BLOCO K – DADOS PARA CONTATO

Neste momento, lembrar a mãe de que este é um estudo de acompanhamento e que nós gostaríamos de falar com ela de novo dentro de alguns meses. Para isso, precisamos de informações detalhadas de endereço e telefone. Lembrar que estes dados serão usados

EXCLUSIVAMENTE para futuros contatos e apenas os coordenadores do projeto terão acesso a eles. Isto é uma forma de tranquilizar a mãe que pode se mostrar receosa em declarar o tipo de informação perguntada, como endereço dela e de parentes, telefone, etc. A informação a ser coletada neste bloco é essencial para os futuros acompanhamentos esta Coorte de Nascimentos. A qualidade e quantidade da informação coletada vão facilitar enormemente os próximos contatos com estas mães. Apesar de já estarmos todos cansados, este é um momento em que você já deve ter ganho a confiança da mãe. E é por isso que este bloco ficou para o final. Colete as informações com paciência e cuidado .

259. A Sra. mora onde em Rio Grande? Se for para fora (zona rural) colocar o nome da localidade.

260. Qual o seu endereço completo? Endereço o mais completo possível, com nome da rua, número, bairro, complemento, quadra, bloco, loteamento. Não aceite por exemplo: Rua 1 Número 25, bairro Lindóia. Os bairros são muito grandes e devem existir milhares de ruas 1. Nesse caso de ruas com números identifique qual é o loteamento corretamente. Casas sem número - pergunte qual o número da casa ao lado.

261. Por favor, nos dê um ponto de referência que nos ajude a encontrar a sua casa.

Pode ser bar, supermercado, qualquer local fácil de achar.

262. Se a Sra. tem telefone em casa, qual o número? Pode ser celular, se não houver um telefone fixo. Se a mãe não tem telefone em casa nem celular, preencher com 9—9.

263. Alguém da casa tem telefone celular? Caso a mãe responda sim, perguntar o nome da pessoa e qual a relação que ela tem com a mãe. Pode ser o celular da mãe, se ela tiver dado um telefone fixo na pergunta anterior. PULO: Se ninguém tiver telefone, pular para a 265.

264. Se alguém tem, qual o número? Anotar o número da pessoa mencionada. Caso a mãe não possa informar nenhum número, preencher com 9—9.

265. Há outra pessoa da casa ou próxima que tenha telefone? Caso a mãe responda sim, perguntar o nome da pessoa e qual a relação que ela tem com a mãe. PULO: Se ninguém tiver telefone, pular para a 267.

266. Se sim, qual o número? Anotar o número da pessoa mencionada. Caso a mãe não possa informar nenhum número, preencher com 9—9.

267. A Sra. pretende ficar morando nesta casa nos próximos meses ou vai morar noutra casa? PULO: se a mãe vai ficar morando na mesma casa pule para a 271.

268. Qual o endereço para onde a Sra. vai? Anotar o endereço completo, como já foi orientado acima.

269. Por favor, nos dê um ponto de referência que nos ajude a encontrar esta outra casa. Anotar exatamente como a mãe relatar.

270. Se tem telefone nesta casa, qual o número? Anotar o número da mencionado. Caso a mãe não possa informar o número (não tem telefone ou ela não sabe), preencher com 9—9.

271. A Sra. poderia nos fornecer o endereço de um outro parente, para o caso de termos dificuldade em encontrar a Sra. no futuro? Anotar o endereço completo, como já foi orientado acima.

272. Se este parente tem telefone, qual o número? Anotar o número da mencionado. Caso a mãe não possa informar o número (não tem telefone ou ela não sabe), preencher com 9—9.

273. A Sra. poderia nos fornecer o endereço do seu trabalho ou do trabalho de outro familiar. Pode ser também a casa dos pais ou qualquer outro familiar. Se responder que sim, anotar endereço ou firma, colocando o endereço completo, como já foi orientado acima.

**NÃO ESQUEÇA DE AGRADECER À MÃE PELA PACIÊNCIA EM
RESPONDER AO QUESTIONÁRIO**

Anexo VI – Termo de consentimento informado do estudo quantitativo



DIVISÃO DE POPULAÇÃO & SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**ESTUDO PERINATAL 2010: REAVALIANDO AS CONDIÇÕES DE ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO E A O PARTO
NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE, RS**

Declaro para os devidos fins que, na presente data, fui convidada a participar de um estudo científico denominado “Estudo Perinatal 2010: Reavaliando as Condições de Assistência à Gestação e ao Parto no Município do Rio Grande, RS”, quem tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência à gestação e ao parto recebidas e comparar com os resultados obtidos em 2007.

Fui informada que este estudo é de responsabilidade do professor Juraci A. Cesar da Universidade Federal do Rio Grande. Em caso de dúvida, os responsáveis da pesquisa poderão ser contatados através do telefone 3233-8845 ou (53) 8124-1560.

Fui comunicada que:

- Os interesses do estudo são exclusivamente científicos ou acadêmicos;
- Não sou obrigada a participar da pesquisa;
- Mesmo depois de ter aceitado participar, posso desistir quando quiser;
- Se eu me recusar a participar meu atendimento não será prejudicado;

Se for de meu interesse, serão a mim fornecidos os resultados do questionário aplicado e dos exames obtidos sob minha autorização.

Será mantido o sigilo sobre as informações prestadas e sobre os resultados da minha entrevista e de exames.

Desta forma, concordo em ser entrevistada e procurarei responder adequadamente o questionário a ser aplicado.

Autorizo os pesquisadores a terem acesso a:

- a) dados do meu prontuário médico para complementar dados desta pesquisa.
- b) resultados dos meus exames de ultrassonografia, de sangue e urina e do citopatológico do colo uterino nos laboratórios de radiologia, de análises clínicas e de patologia caso eu não estiver em posse destes no momento da entrevista.
- c) dados do prontuário do meu filho e dos exames que venha a realizar.

Este formulário foi lido por mim e a minha assinatura abaixo significa que concordei em participar da pesquisa.

Rio Grande, _____ de 2010.

Assinatura da participante

Nome completo da participante

Assinatura do entrevistador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Avaliação da prevalência de DST e sua associação com alterações no exame citopatológico em pacientes atendidas no Pré-natal no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU-FURG) da cidade de Rio Grande – RS e Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande, RS.

EXPLICAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA AOS PACIENTES:

Propósito de estudo

O propósito desta pesquisa é estudar, a presença do vírus da herpes e sua associação com alterações no exame citopatológico (Papanicolaou), que se transmitem sexualmente e são isolados a partir de uma amostra coletada e usada para o citopatológico, em mulheres atendidas nos ambulatórios de ginecologia geral (HU-FURG) da cidade de Rio Grande.

Procedimentos

Solicitamos que você responda ao questionário anexo a este termo de consentimento para que possamos conhecer algumas informações a seu respeito. Suas respostas serão importantes para a realização da pesquisa.

Quando você for realizar o exame ginecológico de rotina, conhecido por Papanicolaou, nós vamos coletar duas amostras de secreção do colo do útero para esta pesquisa.

A amostra de sua secreção do útero será enviada para o Laboratório de Biologia Molecular, no Hospital Universitário da FURG e será utilizada apenas para esta pesquisa. A amostra retirada não será enviada para outros laboratórios e não será usada para propósitos comerciais, sendo jogada fora após a realização dos testes laboratoriais.

A coleta da amostra não irá afetar a sua saúde, porém você poderá sentir alguma dor discreta ou cólica no momento da coleta do exame, e ocasionalmente poderá ocorrer pequeno sangramento pós-exame.

Será solicitado ter acesso ao resultado do seu exame de Papanicolaou (pré-câncer) através do seu prontuário médico.

Benefícios

Já que os vírus e o seu diagnóstico precoce tem papel importante na definição e no tratamento a ser utilizado, a pesquisa do vírus e o citopatológico (Papanicolaou) podem trazer benefícios a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino.

Alternativas para a participação

Sua participação nesse estudo é voluntária. Caso você não queira participar, continuará a receber o melhor tratamento nesse serviço. Você é livre para retirar o seu consentimento a qualquer hora.

Caso você se recuse a participar, não será afetado seu tratamento atual ou futuro de qualquer forma.

Custos e compensações

Você não pagará nada para participar desse estudo e não será pago por participar do estudo.

Confidenciabilidade

Este estudo envolve informações confidenciais. Estas informações serão mantidas estritamente confidenciais. O seu nome não será dado para ninguém além dos profissionais do Laboratório de Biologia Molecular, localizado no Departamento de Patologia da FURG. Qualquer publicação científica dos resultados não identificará você.

Perguntas ou problemas

Se você tem alguma pergunta ou problema quanto a esse estudo, contatar a Dra. Carla Vitola Gonçalves nos tels: 3233-8823 ou 8135-1617

Consentimento

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Discuti com a Dra. Carla Vitola Gonçalves sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros os propósitos do estudo, procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, garantias de confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Minha participação será isenta de despesas e tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo **VOLUNTARIAMENTE** em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data __/__/__

(Somente para o responsável do Projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data __/__/__

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
SABERES E PRÁTICAS DE GESTANTES DO EXTREMO SUL DO BRASIL
SOBRE O CORRIMENTO VAGINAL – (IN) COERÊNCIA ENTRE
RESULTADOS LABORATORIAIS E DISCURSO DAS MULHERES**

Investigador Responsável: Tânia V. da Fonseca Tel: 32338823, 32325857 ou 99728199

Propósito de estudo

O propósito desta pesquisa é estudar e compreender os processos educativos e vivenciais que ocorrem na relação dos profissionais da saúde e gestantes durante o pré-natal, em situações de infecções vaginais (DST).

Procedimentos

Solicitamos que você responda ao questionário anexo a este termo de consentimento para que possamos conhecer algumas informações de como você orienta sobre DST, a paciente gestante que você assiste. Sua participação nesse estudo é voluntária. Caso você não queira participar basta apenas não assinar este termo.

Confidenciabilidade

Este estudo envolve informações confidenciais. Estas informações serão mantidas estritamente confidenciais. O seu nome não será dado para ninguém. Qualquer publicação científica dos resultados não identificará você.

Perguntas ou problemas

Se você tem alguma pergunta ou problema quanto a esse estudo, contatar Tânia Fonseca nos tels: 3233-8823 ou 99728199

Consentimento

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Ficaram claros os propósitos do estudo e garantias de confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Minha participação será isenta de despesas. Concordo VOLUNTARIAMENTE em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Assinatura do profissional

Data ___/___/___

(Somente para o responsável do Projeto)

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

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ___/___/___

Anexo IX – Depoimentos de profissionais da saúde sobre oportunidade de orientações a gestante sobre DST e quais as orientações a gestante deveria receber sobre DST.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 1

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Orientações sobre o uso correto de preservativos.
- Informar e sensibilizar a respeito de DST e questões relacionadas.
- Orientar sobre os diversos tipos de DST, consequências ao recém-nascido/gravidez e a importância do tratamento correto e de tratar o parceiro se for o caso.
- Orientar sobre conhecimento do corpo e forma de agravos pela DST.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 2

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Prática de sexo seguro.
- Orientação sobre a doença diagnosticada, cuidado consigo e com a transmissão vertical.
- Importância do seguimento do tratamento e dos controles (reconsultas).
- Orientação sobre a importância de trazer o parceiro na consulta.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 3

- Sim tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Principalmente o uso de preservativo nas relações sexuais. Esta é a única forma de garantir que não haverá transmissão sexual de alguma patologia. As orientações seriam mais abrangentes.
- Caso a gestante já apresentasse alguma DST, momento então que teria que ter cuidado e orientações individualizadas para cada caso.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 4

- Sim tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Durante a entrevista do pré-natal devem-se reforçar os cuidados de prevenção contra as DST, ressaltando que anticoncepcional oral previne apenas contra a gravidez.
- A coleta do preventivo também deve ser orientada desmistificando o procedimento como sendo fator de abortamento, pois será coletado apenas com a espátula de Aires e que o exame deve ser realizado anualmente.
- Reforçar o uso do preservativo.
- Além de o exame deve ser reforçado o tratamento adequado para combater alguma doença que porventura ocorrer.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 5

- Sim tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Em primeiro lugar, que as DST podem ter efeitos graves para a gestante, concepto e parceiro resultando algumas vezes em abortamento, morte fetal intra útero, más formações congênitas, trabalho de parto prematuro entre outras.
- Em segundo lugar a gravidez não confere imunidade contra nenhuma DST, pelo contrário, existem alterações imunológicas durante a gestação que podem acarretar um risco maior para as gestantes.
- Vale ressaltar que muitas pacientes deixam de usar método de barreira pelo sim tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal pelo fato de já estarem grávidas, expondo-se mais às DST.
- Por fim o pré-natal é uma excelente oportunidade para tratamento e educação sobre DST.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 6

- Sim tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Toda gestante tem que saber que a possibilidade de contrair uma DST é a mesma de uma não gestante, tendo o agravante que na gestação a mulher fica mais suscetível as infecções devido a fatores fisiológicos que diminuem os mecanismos de defesa. O cuidado deve ser redobrado.
- Lembrando que uma DST pode antecipar o parto.
- A informação de que o bebê pode adquirir alguma doença ainda no útero ou durante a passagem no canal do parto deve ser lembrado sempre.
- A realização de exames durante o pré-natal deve ser rigorosamente lembrada e no caso de algum positivo iniciar o tratamento assim tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal que possível.
- O uso de preservativo deve ser estimulado sempre.
- A informação e educação é sempre a melhor forma de prevenção.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 7

- Não. Não tenho oportunidade.
- De que mesmo estando grávida a gestante deve continuar usando preservativo e continuar tonando todos os cuidados para não adquirir nenhuma doença sexualmente transmitida e de alguma delas podem passar a barreira placentária prejudicando o desenvolvimento do feto ou dependendo do trimestre de gestação algumas sequelas permanentes e até mesmo aborto.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 8

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Realizar os exames de pré-natal que detectam DST e com isso iniciar tratamento para ela e seu bebê.
- Orientar sobre a sua prevenção com o uso de preservativos.
- Caso a gestante seja usuária de drogas encaminhá-la ao pré-natal de alto risco e ao serviço especializado no tratamento desses casos.
- Realizar sempre o Papanicolau sempre no início do pré-natal para a detecção de lesões como HPV, assim tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal como tratar lesões já existentes.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 9

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Como atuo no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) nós solicitamos os exames de HIV, VDRL, Hepatite B, Hepatite C e Clamídia. Orientamos sobre a janela imunológica.
- Estimulamos que o parceiro também realize os exames.
- Agendamos retorno para que a paciente realize dois ou três exames até o final da gestação
- Investigamos sobre a presença de feridas, bolhas ou corrimento e se positivo encaminhamos para o ambulatório de DST.
- Na presença de exames positivo para HIV, VDRL, Hepatite B, Hepatite C e Clamídia, encaminhamos para o ambulatório de DST.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 10

- Não tenho oportunidade.
- Apesar de ser difícil convencer sobre o uso de preservativo, penso que deva ser abordado este assunto com a gestante e explicado sobre as doenças que pode ser transmitida ao bebê caso adquira uma DST e também deve ser reforçada da importância das consultas e exames pré-natal para detectar e tratar algumas DST podendo trazer danos a esse bebê.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 11

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Orientações sobre o modo de transmissibilidade e maneiras de realizar a prevenção.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 12

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Orientações sobre DST mais frequentes, riscos maternos e fetais, coletas de exames de rotina e procurar o profissional em caso de qualquer anormalidade.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 13

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- As orientações de conscientização das gestantes sobre todas as doenças contagiosa de como se dá cada contágio, quem pode ser contaminado (seu parceiro, o conceito, etc...) e todas as consequências desta transmissão.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 14

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Entre elas a importância de prevenção, do uso de preservativo, da necessidade de abstinência sexual em alguns casos, a importância de realizar os exames diagnósticos e de tratamento, os riscos de transmissão perinatal, a importância de realização de exames diagnósticos e tratamento para DST nos parceiro.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 15

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Quais são as DST mais comuns.
- Via de transmissão da DST.
- Prevenção.
- Aconselhamento pré-teste HIV.
- Orientação sobre o uso de preservativos.
- Esclarecimento de possíveis dúvidas.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 16

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Deveria primeiramente saber um pouco sobre o que é e quais são as DST, como se pode adquirir e quais as maneiras/métodos de prevenção.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 17

- Não tenho oportunidade.

- Inicialmente a utilização de preservativo, pois durante a gestação existe uma maior suscetibilidade para aquisição de DST devido a diminuição fisiológica dos mecanismos de defesa.
- As DST podem causar partos prematuros, doenças inflamatórias pélvicas câncer de colo uterino.
- Existe inclusive o risco de transmissão vertical de doenças como HIV, sífilis etc...
- Deve-se evidenciar a importância dos exames de pré-natal.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 18

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Explicar a gestante que a gestação não confere nenhuma barreira de proteção em relação a DST, por isso é necessário que a gestante faça o pré-natal e realize os exames de detecção de DST no início da gestação.
- Se alguma DST for diagnosticada explicar a necessidade de tratamento tanto para a gestante quanto para o parceiro e em alguns casos a necessidade de uso do preservativo.
- Enfatizar a necessidade de tratamento devido as possíveis consequências como parto prematuro, doença inflamatória pélvica, ruptura prematura de membranas , além de inúmeras consequências diretas ao bebê como mal formações retardo mental e até aborto.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 19

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Importância da realização de exames diagnósticos.
- Tratamento das doenças da mulher e do parceiro.
- Uso de preservativo nas relações sexuais.
- Possibilidade de mal formações fetal e alterações maternas.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 20

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Utilização de preservativo como preconiza o ministério da Saúde durante a gestação.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 21

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Meios de transmissão.
- Meios de controle e métodos de evitar.

- Principais riscos e reinfecções.
- Cuidados e orientações com parceiro.
- Risco para os recém-nascidos.
- Consequência pós-parto.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 22

- Não, não tenho oportunidade.
- Orientar a gestante primeiramente que a gestação não confere proteção contra DST, ao contrário, pode tornar a mulher mais suscetível à doenças.
- Realizar pré-natal adequadamente bem como realizar seus exames de rotina.
- Fazer uso de preservativo.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 23

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Todas pertinentes ao tema como:
- Exames: quais e objetivo de detecção precoce.
- Realização de pré-aconselhamento sobre DST para futuros exames e pós- aconselhamento.
- Especificar e detalhar as mais comuns e/ou necessárias: sífilis, HIV. Hepatite C, Hepatite B, Clamídia.
- Explicações específicas e evolutivas de acordo com a evolução da gestação.
- Uso de preservativo.
- Coleta de Citopatológico de colo uterino.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 24

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Fazer o pré-natal e seguir as orientações médicas e de enfermagem.
- Realizar as consultas de enfermagem.
- Fazer o Citopatológico e o exame de mamas.
- Tratar infecções vaginais, cervicais e outras DST segundo protocolos padronizados.
- Orientar sobre o uso de preservativo que é um método que evita a transmissão das DST.
- Realizar os exames pedidos pelo médico no pré-natal.
- Selecionar os parceiros e tratar os mesmos caso esteja com uma DST.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 25

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Orientação sobre sintomas, causas e consequências da DST.
- Orientação sobre exames para diagnóstico de algumas DST.
- Métodos de transmissão e prevenção.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 26

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- A gestante deveria receber orientação e educação sexual no período pré-natal sendo esclarecida sobre todas as DST, sobre prevenção e sobre os cuidados para evitar a contaminação no período gestacional.
- Nas pacientes já contaminadas devemos oferecer um tratamento eficaz e reforçar as orientações prévias.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 27

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Orientar como se dá a contaminação e como se faz a prevenção.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 28

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- O profissional deveria aproveitar a consulta de pré-natal para orientar: sobre o câncer de colo uterino explicando que esta doença está relacionada a um vírus que é sexualmente transmissível; explicar da importância do uso do preservativo mesmo ela estando grávida, pois este o proteja do vírus do câncer do colo uterino e também a protege de adquirir outras DST que podem prejudicar sua gestação, por exemplo: infecções vaginais como a clamídia, tricomonas e gonorréia podem fazer trabalho de parto prematuro e até infecção respiratória no recém-nascido.
- Se ela pega HIV ou herpes durante a gestação isso aumenta o risco de passar estas doenças para o feto.
- E por fim enfatizar que ela deve aproveitar este conhecimento adquirido na gestação para seguir usando preservativo e realizar o citopatológico anualmente.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 29

- Não, não tenho oportunidade.
- Deve ser orientada no sentido de usar métodos de proteção.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 30

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Incluir o parceiro na consulta.
- Adesão ao tratamento do casal.
- Explicar o risco de transmissão vertical.
- Os riscos de uma nova reexposição com nova infecção.
- O uso do preservativo.
- Reforçar sempre os cuidados básicos de higiene, a importância de limitar o número de parceiros.
- Praticar sexo seguro.
- As vacinas da mãe devem estar em dia.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 31

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Orientar quanto uso de preservativo na relação sexual durante a gestação.
- Orientação com o parceiro acerca da necessidade da presença do mesmo nas consultas.
- Realização de exames de rotina como as sorologias com a finalidade de prevenir instalação de doenças sexuais e promover o possível tratamento de forma eficaz.
- Orientar quanto a redução do número de parceiros ou mesmo evitar relações sexuais com pessoas possivelmente contaminadas caso o uso do preservativo não seja aceito.
- Necessidade de higiene adequada e alimentação correta para favorecer o sistema imune.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 32

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Todas as gestantes devem ser informadas à respeito das DST (sífilis, Herpes, HIV, gonorréia...), assim tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal como seus sinais e sintomas. Além disso, deve ser orientado o uso da camisinha assim tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal como se deve orientar a respeito da realização de testes durante o pré-natal e também próximo ao parto.
- No caso de resultado positivo, a gestante deve ser devidamente informada e dependendo do caso deve ser programada a cesárea.
- Nos casos de HIV deve ser conscientizada sobre a não amamentação.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 33

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Esclarecer todos os riscos sobre sua saúde e filho e como evitar DST.
- Orientar para o uso de camisinha para evitar o contágio.
- Estimular o acompanhamento médico pré-natal periodicamente com realização dos respectivos exames.
- Falar dos possíveis riscos do HIV, sífilis, hepatites, clamídia, gonorréia e outras.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 34

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Orientação sobre o uso de preservativo (sexo seguro).
- Questionar sobre sintomas de DST (leucorréia, úlceras e verrugas genitais).
- Se for realizado algum tratamento para DST, orientar e prescrever tratamento para o parceiro.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 35

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Os mesmos cuidados orientações “reforçados” sobre cuidados preventivos quanto a DST, que deveriam ser antes da gravidez, inclusive o retorno do uso da camisinha após sabe-se que está grávida.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 36

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- A primeira orientação que a gestante deve receber é que o uso do preservativo deve ser continuado durante a gestação, pois não é somente um método contraceptivo e que as DSTs podem afetar o bebê.
- Ainda que elas podem ser infectadas durante a gestação.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 37

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- O preservativo deve ser utilizado em toda a relação sexual, mesmo que algum outro método contraceptivo também esteja sendo usado, ele previne DST.
- Reduzir o número de parceiros sexuais.
- Realizar consultas periódicas.

- Realizar coleta do preventivo do câncer.
- Realizar auto inspeção frequente da genitália assim tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal como observar aspecto do muco vaginal e presença de secreção, coloração, odor, prurido etc...
- Adotar comportamento seletivo no caso de troca de parceiro buscando conhecer sua condição sorológica para sífilis, HIV e Hepatite C.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 38

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Todas as DST deverão ser descritas e colocadas a paciente.
- Me preocupo com HIV- pacientes com teste (-) geralmente ou quase sempre não usam camisinha comprometendo o recém-nascido e as vezes a grande surpresa na hora do parto. Deixo bem claro o período de janela.
- VDRL a mesma preocupação.
- Hepatite B + C – alguns autores fazem referência, outros acham o risco bem pequeno, porém alerta sempre a paciente principalmente por práticas sexuais onde há laceração de paredes vaginais ou anal.
- Lembro também das vaginites causadas por clamídia, tricomonas e gardnerella e quanto ao uso de medicação oral e vaginal. Não esquecer do HPV e do Herpes.
- Para todas, a única prevenção é o preservativo.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 39

- Não, não tenho oportunidade.
- Embora não assista a gestante no pré-natal, acho que orientações sobre cuidar do corpo com respeito, isto é proteção.
- Procurar parceiros que também respeitem seu corpo e com isso diminuir a promiscuidade já é o principal.
- As DST e AIDS devem ser abordados sempre que suspeitar de falta de informação da gestante.
- Promover palestras na comunidade para todas, devia ser o caminho para esclarecer/informar sobre o assunto.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 40

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.

- Sugestão de uso de preservativo durante a gestação.
- Exames de pré-natal.

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 41

- Sim, tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- Durante o pré-natal o profissional deve orientar exames para detecção de DST, no início da gestação devem ser solicitados: sífilis, HIV, Hepatites e outras como gonorréia, clamídia, tricomonas....
- Algumas doenças podem ser curadas com antibiótico durante a gestação e para outras não há cura e sim tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal uma resolução dos sintomas.
- Temos que ressaltar a importância da prevenção que será assegurada com relação duradoura, um só parceiro.
- Importante ressaltar uso preservativo não só para prevenir gestação como também DST.
- Enfatizar que quando o preservativo é usado corretamente é eficiente na prevenção de HIV e outras DST.
- Toda grávida precisa saber que fica mais suscetível a infecção pois ocorre diminuição dos mecanismos de defesa.
- Tem que ser orientada os tratamentos são limitados pelos efeitos nocivos para o feto, daí a importância da prevenção das DST.
- Precisa ser esclarecida das consequências para si e para o recém-nascido de algumas DST como:
 - para a gestante – parto prematuro, ruptura prematura de membranas, doença inflamatória pélvica, hepatite crônica, câncer do colo uterino, infertilidade etc...
 - para o bebê – transmissão vertical de várias DST durante a gestação e parto. O HIV e a sífilis podem infectar o feto ainda no útero, pois podem atravessar a barreira placentária e outras durante a passagem no canal do parto trazendo várias consequências graves como: pneumonia, conjuntivite, sepses, cegueira, meningite, surdez, hepatite, baixo peso ao nascer, morte etc.....

DEPOIMENTO PROFISSIONAL 42

- Sim tenho oportunidade de orientar gestantes durante o pré-natal.
- O profissional deve orientar quanto a necessidade de proteção contra aquisição de uma DST
- como também deve orientar quanto aos sinais e sintomas que as DST podem causar

para que a gestante fique atenta e relate ao seu médico.

- O profissional deve alertar sobre as consequências de uma DST tanto para a mãe como para o feto como infecções em ferida operatória e risco de más formações para o bebê.

Anexo X – Depoimentos das gestantes.

ACÁCIA

O que é DST? *Acho que AIDS, tudo derivado de uma relação sexual sem proteção ou derivado de ter vários parceiros, não se cuida, não tomar nenhum cuidado, não usar camisinha.*

Como se previne DST? Creio que só com camisinha.

Como a mulher pode saber que está com uma DST? Acho que por sintomas tipo corrimento, ardência, ferida, algo diferente nas partes genitais, vermelhidão, feridinha...

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou (x) usam ocasionalmente () uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? Eu não uso camisinha porque eu confio no meu parceiro, eu usava com medo de engravidar, porque eu tinha perdido uma gestação e usava para não engravidar

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? Quatro. Por mim ... só se ele me traísse. Eu não tenho coragem de trair ele. Pode ser que eu esteja enganada. A gente nunca sabe né... Pode ser que eu esteja enganada.

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? Sim a amiga da minha sogra teve HPV (crista de galo) uma verruga feia que doía e sangrava...

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? Não, ele não bebê e não fuma.

Quais as consequências das DST para a gestante? Creio eu, no meu pensar, deve ter problema muito grande. Se a criança está dentro de ti e vai passar no teu canal, e, se lá, ela pode pegar uma doença se for muito grave. Pode ter rico até de aborto, dependendo da doença.

E para bebê? Não sei bem. Não sei se poderia pegar na pele, se for uma ferida pode pegar no bebê.

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Não fui orientada.*

Quais meios ou quem informou? *Na escola sim. A gente estudava bastante. Apresentava em telão, fazia slides sobre doença. Nunca se estudava profundamente. Era só para apresentar. Era só por causa da nota e tinha que fazer*

AÇUCENA

O que é DST? *Doença causada pela relação sexual.*

Como se previne DST? *Camisinha.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Fazendo exame.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou () usam ocasionalmente (x) uso consistente no início do relacionamento.

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Não uso porque o esposo não gosta.*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Um.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *Tenho uma prima que tem Aids.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Não.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Não sei os riscos para a mulher.*

E para bebê? *Acho que deve ter sim. A minha prima tem Aids e ela teve bebê e o parto dela foi todo diferente para o bebê não ter contato com sangue dela. Deve ter algum problema né ?*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Não.*

Quais meios ou quem informou? *A gente ouve falar.... Acho que na TV.*

ALECRIM

O que é DST? *Não sei*

Como se previne DST? *Não sei.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Porque tem alguma coisa que escorre. Tem corrimento.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo (x) nunca usou () **usam** ocasionalmente () **uso consistente**

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () **usam** ocasionalmente () **uso consistente**

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Não uso camisinha durante a gestação porque está com uma pessoa fixa. A gente confia um no outro.*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Risco um.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *Tenho um irmão que morreu agora com AIDS. Ele não morava com a gente.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Não. Nós não usamos drogas e nem bebêmos.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Não.*

E para bebê? *Não sei.*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Nenhuma.*

Quais meios ou quem informou? *Eu não sei ler então eu não leio.*

ALFAZEMA

O que é DST? *Doença que se pega no sexo quando não se usa camisinha. Também quando usa seringa, agulha contaminada.*

Como se previne DST? *Usando camisinha.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Acho que deve ter um monte de sintomas, dor na vagina dor para urinar...*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou (x) usam ocasionalmente () uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam ocasionalmente () uso consistente *“ Tô ” grávida mesmo...*

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Eu não gosto de usar camisinha e ele também não gosta de usar. Agora que eu to grávida mesmo é que eu não uso.*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Risco um. Ele fez exames e eu também. Tenho uma filha com ele e estou grávida do segundo. A gente só namora, não moramos juntos. Eu “ ando ” só com ele. A minha filha mamou e ficou tudo bem. Quando tem problema o nenê não mama. Por isso que eu acho que o risco é baixo.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *A minha mãe tem HIV, meu irmão morreu e a minha irmã morreu quando “teve” a minha sobrinha. Faz nove anos. Eu e meu pai que cuidamos da minha sobrinha. Ela não pode mamar. Na rádio foi*

feito campanha para arrecadar NAN. Ela tomou xarope para o HIV e no primeiro exame deu positivo, mas com três anos deu negativo e agora ela está com nove anos.

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Não bebemos e não usamos drogas.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Risco de passar para o nenê. Dependendo da doença se tem risco de perder o bebê e de até morrer.*

E para bebê? *O bebê pode nascer com alguma coisa, problemas.*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *“ Me falam” para eu usar camisinha (amigas e meu pai). O médico até agora não me falou.*

Quais meios ou quem informou? *Amigas e meu pai.*

AMOR-PERFEITO

O que é DST? *Doença transmitida pelo sexo.*

Como se previne DST? *Usando preservativo.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *No homem pode ter feridinha. Sai caldo, corrimento branco.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou (x) usam ocasionalmente () uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Quando eu casei parei de usar. Tenho segurança, nunca peguei nada. Eu confio nele.*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? Na relação 01, mas tem outras formas de pegar que aí eu não sei.

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? Não conheço pessoa com DST

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? Não uso drogas ou bebidas.

Quais as consequências das DST para a gestante? A criança pode nascer com problema e até abortar.

E para bebê? A criança pode ter problema.

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? Não

Quais meios ou quem informou? Na escola, no ensino médio recebi várias palestras e na própria biologia tinha no conteúdo da escola.

ANIS

O que é DST? Doença que pega na relação sexual.

Como se previne DST? Com camisinha.

Como a mulher pode saber que está com uma DST? Sintomas que eu não sei bem quais.

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou (x) usam ocasionalmente () uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo?

Nunca usei antes.

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? Risco um.

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? O marido de uma tia tinha hepatite C.

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? Não.

Quais as consequências das DST para a gestante? Não tenho ideia.

E para bebê? Não sei.

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? Não recebi orientações.

Quais meios ou quem informou? No colégio davam palestras de DST.

AZÁLEA BRANCA

O que é DST? Já ouvi falar, é tipo gonorréia, são tantas... mas são difíceis de falar o nome. Já ouvi, mas não sei o nome das novas, tipo HIV.

Como se previne DST? Só usando camisinha.

Como a mulher pode saber que está com uma DST? Se for alguma doença que nunca teve tipo ardência, coceira, principalmente depois de ter um parceiro novo... Principalmente se tu não conhece a pessoa. Mas se tu vive com a pessoa fica mais fácil de confiar ...

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou () usam ocasionalmente (x) uso consistente.

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo?

Agora eu não uso porque não estou tendo relações.

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? Acho que uns cinco se voltasse com o marido pois ele já tem outra.

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? Sim uma amiga tem HIV pegada pelo sexo.

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? Sim bebida alcoólica.

Quais as consequências das DST para a gestante? Não sei acho que sérios problemas. Tipo ficar muito tempo no hospital. Complicaria muito a minha vida porque eu não tenho com quem deixar meu filho.

E para bebê? Não gosto de pensar. Muita coisa porque são tão indefesos. Pode afetar a formação do bebê, visão, audição. Acho que complicações sérias para o bebê.

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? Nunca tive orientações durante a gestação.

Quais meios ou quem informou? Já vi em livro de ciências, na TV, amigas. Conheço um rapaz que tem doença no pênis e que nunca foi no médico.

BEGÓNIA

O que é DST? Doença transmitida pelo sexo. Fácil de pegar quando a mulher tem um número de parceiros sexuais e também marido que tem outras mulheres na rua. É tipo cândida, sífilis, gonorréia, AIDS . Tem mais, mais não lembro. São várias.

Como se previne DST? Usando preservativo. Não é a única mas é a mais comum.

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Acho que sintomas no corpo tipo ferida, manchas, corrimento pela vagina, feridas na genital, lesão tipo verruga.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou (x) usam ocasionalmente () **uso consistente**

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () **usam na ocasionalmente** () **uso consistente**

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Acho que não tem necessidade. Eu sou limpinha e ele também. As cuecas dele são limpas...*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Acho que seis.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *Uma amiga tem AIDS. Ela tinha muitos parceiros.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Não.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Pode acontecer muita coisa. A mulher fica mais vulnerável, grávida altera todo o organismo....*

E para bebê? *Tem bebês que nascem com problema de pele, visual, vários órgãos podem ser afetados, a coordenação motora...*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Não recebi nenhuma.*

Quais meios ou quem informou? *Na escola, na aula de biologia davam até livros. TV com reportagens e documentários.*

BRINCO-DE-PRINCESA

O que é DST? *Doença da transa. Exemplo HIV.*

Como se previne DST? Camisinha.

Como a mulher pode saber que está com uma DST? Quando o corpo não vai bem. Até desconfiança. Acredito que pode colocar alguma coisa pela vagina, mal cheiro.

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou () usam ocasionalmente (x) uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? Pode ser errado ou não. Eu conheço o meu parceiro e eu sei que ele não tem outra. Eu confio nele.

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? Risco de dois. Eu sou tranquila, não saio muito. Os meus relacionamentos são longos. Fui casada durante 14 anos.

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? Uma conhecida tem AIDS

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? Sim, bebida alcoólica.. Não usamos drogas.

Quais as consequências das DST para a gestante? Não sei dos riscos.

E para bebê? Pode nascer prematuro, pouco peso, nascer doente com alguma complicação.

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? Por enquanto não.

Quais meios ou quem informou? Palestra no Posto Quatro.

CACTO

O que é DST? *É falta de cuidado total. Tem que saber com quem está. Ter relação só com uma pessoa. É AIDS.*

Como se previne DST? *Preservativo, principalmente. Informação sobre o assunto. Único parceiro.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Escuto falar ... tipo sangramento, dores. Se o parceiro está com alguma coisa. Eu conheço pessoas que saem com pessoas que nem conhecem....*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou () usam ocasionalmente (x) uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Eu confio no meu marido.*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Risco 01.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *Sim, primo.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Não.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Acho que não pode usar alguns remédios, risco no parto tipo hemorragia.*

E para bebê? *Para o bebê pode ter problema de aprendizagem.*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Nada. Estou no início.*

Quais meios ou quem informou? *Na internet, na escola e no pré-natal anterior.*

CAMÉLIA BRANCA

O que é DST? *Eu acho que é uma doença que a gente pega durante a relação sexual. Durante o não uso do preservativo. A gente não sabe o que o companheiro tem, né...A gente sabe o que a gente tem mas não sabe o que ele tem. Ele pode transmitir uma doença. Não diz na testa.....*

Como se previne DST? *Pelo uso da camisinha. Eu acho que é a única forma de prevenir. È o método mais seguro. Eu acho que é a única forma de prevenir. È o método mais seguro hoje em dia.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Eu acho que quando começa a sentir alguma coisa. Vai no espelho e olha. Vai tomar banho e olha no espelho e vê se tem alguma verruguinha na vagina e ai ela começa a desconfiar que ela “tem” alguma doença sexual. Acho que ela pode ter sintomas como ardência, coceira, febre eu acho que não dá.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou (x) usam ocasionalmente () uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Com o meu parceiro atual eu usava camisinha no início e ai quando eu fiz engravidar, ai não usava mais. Eu não uso camisinha durante a gravidez porque eu já estou grávida. Eu já não usava desde quando resolvi ter filho.*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Risco um. Agora eu não estou com ele. Eu já fiz exames e tá tudo negativo.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *Eu conheço um moço que morava perto da minha casa e tem AIDS.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Sim antes de engravidar eu ia para festa e aí eu bebia. Já era maior de idade, mas nunca usei nenhum tipo de droga.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Complicado na hora do parto para o nenê e para a mãe. Acho que pode complicar a passagem da criança.*

E para bebê? *Acho que pode levar até a morte.*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Não recebi.*

Quais meios ou quem informou? *No segundo ano a gente já tinha uma ideia do que era uma relação sexual e a gente recebia informação no colégio. E eu ia bastante em posto de saúde pagava panfleto e aí eu lia, tinha palestra com as enfermeira e era bastante interessante.*

COPO-DE-LEITE

O que é DST? *Eu acredito que é uma doença que as pessoas pegam se relacionando com vários parceiros, várias relações sexuais com vários parceiros sem saber se aquela pessoa é infectada ou não. Também tem outros meios como se alguém tocar em uma ferida, sangramento ou um corte em alguém que não tenha certeza de que tá contaminado. Sem usar luvas.*

Como se previne DST? *Eu creio que em primeiro lugar as pessoas usando camisinha e em segundo lugar tendo um pouco mais de moral. As pessoas estão “muito vulgar”.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Assim, os sintomas exatamente eu não sei. Mas emagrecimento demais. Sintomas exatamente eu não sei porque eu nunca ouvi alguém falar.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou () usam ocasionalmente (x) uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo?

Durante a gravidez eu não uso camisinha. Eu creio que até seria uma proteção contra o meu parceiro. Mas é que ele não gosta de usar. Por mim eu usava.

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? Nenhum. Eu confio no meu marido.

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? No momento não conheço porque a pessoa não vive mais.

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? Não uso drogas ou álcool.

Quais as consequências das DST para a gestante? Eu creio que o feto também vai ser infectado e vai nascer com o mesmo vírus. Olha eu nunca ouvi falar, mas acho que pode levar até a morte, mas eu não ouvi falar quais as consequências.

E para bebê? Não sei o que pode acontecer com o bebê. Acho que vai ter que fazer tratamento quando for HIV o nenê tem que fazer tratamento. Como eu não tenho contato com ninguém que tenha ai a gente fica por fora.

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? Durante o pré-natal ainda não.

Quais meios ou quem informou? Na escola, mas já faz tanto tempo que a gente esquece.

CRAVO AMARELO

O que é DST? Eu não faço nem ideia. Acredito que se tiver relação sem preservativo aí corre risco.

Como se previne DST? Com preservativo.

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Acredito que através de um corrimento e do pré-câncer.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo *nunca usou* **usam** *ocasionalmente* **uso consistente**

Usa de preservativo agora durante a gestação *nunca usou* **usam na** *ocasionalmente* **uso consistente**

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Eu sou casada e eu “tô” grávida e “tõ” casada há 10 anos. Confiança.*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Acredito que 01.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *A minha mãe faleceu por HIV e adquiriu com o parceiro.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Beber é normal. Ele tem costume de beber.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Não sei.*

E para bebê? *Também não sei.*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Não recebi.*

Quais meios ou quem informou? *Eu leio nos postos de saúde . Tem cartaz e ai eu leio e na TV também.*

CRISÂNTEMO AMARELO

O que é DST? *Eu para mim eu conheço como AIDS, sim é a mais comum. Também hepatite que a gente houve falar.*

Como se previne DST? *Previne com preservativo. Se tem, pelo menos eu não conheço.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Eu acho que se sentindo diferente em seu organismo. De repente um corrimento ou uma ardência.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou () usam ocasionalmente (x) uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Com os outros parceiros e no início com meu parceiro atual eu usava camisinha. E com outros parceiros eu sempre usei. Durante a gestação eu não uso e nem é porque eu estou grávida é porque quando eu estava tentando eu não usava e segui no mesmo ritmo.*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Risco 05. É difícil de responder. Eu não sei se posso ter risco. Em mim eu confio, mas hoje em dia o mundo está muito.... Eu não boto a mão 100% no fogo pelo meu esposo. Eu tenho relação com ele sem preservativo, mas é difícil confiar 100%.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *Meu irmão tem HIV.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Nunca. Eu nunca usei álcool e também não gosto de cigarro. Ele gosta de beber.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Acho que muda tudo. É meio difícil de explicar, mas eu acho que a grávida muda. Tem que ter um tratamento especial para o bebê ou feto.*

E para bebê? *Não sei. Talvez pode dar algum problema e ele pode até falecer.*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Não recebi orientação no pré-natal.*

Quais meios ou quem informou? *É assim. A gente vê mais na TV. Mas meu irmão tem HIV que pegou da namorada, só que a filha dele não tem. Ele é o caso mais próximo. E o da hepatite que a gente vê falar, vê na TV e só.*

DÁLIA ROSA

O que é DST? *No caso é transar sem camisinha sabendo que tem que prevenir. A gente não sabe das doenças. Mesmo explicando, assim, a gente é irresponsável de não transar de camisinha, mesmo sabendo que a gente com risco de engravidar e pôr a vida da criança em risco. Assim eu tenho um conhecido que tinha um gurizinho. A mãe dele passou para ele. Ai eu fiquei assim né, meio alerta. Depois na minha gravidez graças a Deus não deu nada. Vou me prevenir direito.*

Como se previne DST? *Eu acho que a camisinha não tem muita prevenção. Eu preferiria que tivesse outro método de prevenção, mas para mim Po enquanto, a maneira de prevenir é a camisinha. A camisinha é assim não muito falado, mas muita gente já engravidou com camisinha, já pegou doença com camisinha porque estourou ou alguma coisa assim. Já “taria” na hora de inventarem alguma coisa mais criativa porque já não tá bem assim.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Sei eu. Os hormônios dela, o funcionamento dela é diferente. Ah, ela deve sentir algum sintoma ou de repente não sente, mas sente alguma coisa diferente dentro dela que ai ela não percebe que tá com alguma coisa, que tá com a doença e quando ela percebe a doença já tá bem avançada. Muda a “coisa” dela por dentro muda. Eu acho que ela pode sentir coceira, inchada com peso, uma alergia que não sabe porque, do nada.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou () usam ocasionalmente (x) uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo?

Depois que engravidei não tive mais relação.

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? Acho que um porque eu estou com corrimento e coceira.

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? Só AIDS. Um vizinho da outra rua.

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? A gente ficou só três meses. Antes eu bebia e fumava cigarro normal.

Com ele não bebia.

Quais as consequências das DST para a gestante? Poderia prejudicar o bebê. O bebê poderia nascer com alguma deficiência. Eu poderia estragar meus órgãos por dentro poderia prejudicar e amanhã ou depois poderia precisar de um transplante ou transfusão de sangue. A gente sabe que dependendo da doença é bem grave.

E para bebê? Eu acho que dependendo da doença, o bebê poderia nascer bem doentinho né, que nem o rapaz. Ele tinha além de AIDS outras doenças e o bebê nasceu bem doentinho.

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? Não. Ninguém falou sobre DST.

Quais meios ou quem informou? Pesquisa, trabalho de escola, várias palestras, internet.

FLOR-DE-LIS

O que é DST? São vários vírus que são transmitidos pela relação. Como as pessoas não se cuidam, vão passando de um para o outro. E assim vai se proliferando. Eu lembro de sífilis, gonorréia e HIV.

Como se previne DST? Usando preservativo. Fazendo exames. Sabendo se tem doença. Mas já usando camisinha tá mais que bom.

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Tem vírus que causa ferida, causa dor, causa corrimento e ao a gente vai procurar o médico.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou () usam ocasionalmente (x) uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação () nunca usou () usam na ocasionalmente (x) uso consistente. *Sempre uso camisinha. Tem que prevenir. Vai que ele dá uma pulada de cerca e a gente pega. Não tá escrito na testa como dizia a minha mãe.*

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Uso sempre.*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Risco um.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *Tenho um vizinho com HIV. Teve muita relação sem se cuidar. Até o bebê nasceu com o vírus.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Não, nada.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Pode até ocasionar a perda do bebê.*

E para bebê? *Tem várias situações. Pode resistir ou não quando tratamento. Pode causar morte. Pode ficar uma criança que não pode pegar uma gripe, fica sensível.*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Não.*

Quais meios ou quem informou? *Reunião no posto da Junção para pegar o preservativo. TV e em casa em conserva com parentes.*

O que é DST? *São doenças causada por sexo, sem camisinha. A AIDS, cândida, gonorréia, herpes genital.*

Como se previne DST? *Usando camisinha. É o método mais seguro. Eu acho que é o único método.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Eu acho que ela se sente diferente, dor na barriga, sintomas no organismo. Corrimento, coceira, odor.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo **nunca usou** **usam ocasionalmente** **uso consistente**

Usa de preservativo agora durante a gestação **nunca usou** **usam na ocasionalmente** **uso consistente**

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Não uso e não usava antes e eu queria engravidar. Porque eu só transo com o pai do meu filho e eu já estou grávida. Acho que não tem risco nenhum. Mas agora eu já “to” pensando diferente. Pura ignorância.*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Risco 7.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *Conheço um vizinho que tem AIDS. Acho que ele pegou na relação sexual.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Sim bebida e droga também.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Eu acho que pode ter repercussão para o bebê. A mulher pode sentir mal. Pode ter risco, mas eu não sei quais.*

E para bebê? *Perder a gravidez. Pode ter a doença, falta de peso, mal formação.*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Não.*

Quais meios ou quem informou? *Colégio, palestra, livros e tia.*

GERÂNIO ESCURO

O que é DST? *AIDS né, por não usar camisinha e se o parceiro tiver, passa para a pessoa. Não conheço mais nenhuma.*

Como se previne DST? *Usando camisinha. E o certo é que os dois fizessem exames antes de ter uma relação. Acho que seria a única forma.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Eu pulei esta pergunta, não tem resposta.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo *nunca usou* **usam** *ocasionalmente* **uso consistente**

Usa de preservativo agora durante a gestação *nunca usou* **usam na** *ocasionalmente* **uso consistente**

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Não uso porque acho desconfortável.*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Risco de 01. Porque acredito que meu parceiro seja fiel. Eu não ando com mais ninguém. Acho que por isso.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *A prima dele tem AIDS.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Sim bebia. Droga não.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Passar para a criança, né. Se não tratar pode levar a morte para a mãe, né!!*

E para bebê? *O bebê nasce com a doença e ele tem que tratar porque se não trata pode morrer.*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Agora não. No meu primeiro exame da primeira gravidez no Posto 4 eles explicavam bem em uma reunião , fizeram uma palestra.*

Quais meios ou quem informou? *Palestra no posto 4 na gestação anterior.*

GÉRBERA

O que é DST? *Eu acho que é o vírus HIV, e tem outras como a sífilis. É doença que transmite na relação. Tem mais outras transmitidas, mas eu não me lembro. Tem muito mais, umas quantas....*

Como se previne DST? *Tendo cuidado principalmente usando preservativo. Acho que o cuidado da mulher em si, com ela. No caso se tiver algum corrimento, alguma coisa. Tratar para não transmitir para o homem e ele transmitir de novo para a mulher.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Acho que de várias formas e se sentir ruim. Como um corrimento grande, alguma feridinha que pode surgir.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo **nunca usou** **usam ocasionalmente** **uso consistente.** *A gente usava no início, depois começa a andar junto e aí não usa mais.*

Usa de preservativo agora durante a gestação **nunca usou** **usam na ocasionalmente** **uso consistente**

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Usava com um antigo namorado sempre. Com o atual não uso.*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Nenhum agora. Só tive contato com ele no primeiro mês de gravidez. Só eu não usei camisinha. No primeiro mês eu não usei porque a gente tinha confiança um no outro, e eu “tava” com ele.... Acho que descuido, eu não tenho risco, mas pelo risco dele ... Teria um risco grave no caso uns de 4-5. Tenho medo como qualquer mulher tem..... A gente não bota a mão no fogo, nem por mim....*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? AIDS a minha cunhada.

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? Usava bebida alcoólica só em festa, mas nada exageradamente. Droga não.

Quais as consequências das DST para a gestante? Pode transmitir para o bebê. Acho que emagrecimento no caso da AIDS. Pode causar consequências na hora do parto pode dar problema.

E para bebê? Ele pode no caso ter muito problemas de saúde. No caso ter que ficar em uma incubadora, alguma coisa. Se passa para ele perde peso, nascer pequenininho.

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? Ainda não. Porque é a minha segunda consulta.

Quais meios ou quem informou? No colégio. Na entrega do anticoncepcional no posto onde eu tinha cadastro, antes de engravidar. De alguém conversar comigo, não.

GIRASSOL

O que é DST? É sífilis, AIDS que é uma das piores e gonorréia. São infecciosas que se manifestam de várias maneiras, corrimento, feridas, depende do tipo. Agora não me lembro bem, mas na escola mostram gravuras. A gente vê na escola o que é isso e aquilo.

Como se previne DST? Camisinha sempre. Tanto a feminina quanto a masculina porque as vezes só o homem se previne e a mulher não. Ter cuidado com sexo oral, contato com a saliva, pode pegar herpes, essas coisa..

Como a mulher pode saber que está com uma DST? O corpo muda né!! Os sintomas dependem, pode dar febre e na vagina muda. Pode dar cheiro, de primeira, sente dor, inchaço, alguma coisa assim...

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou (x) usam ocasionalmente () uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *No início eu usei porque eu não conhecia ele, mas depois de cinco anos com ele, não tem perigo... A camisinha machucava. Antes também não usava.*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Risco 01. A chance eu acho que é nenhuma se eu continuar me cuidando como eu me cuido. Eu me cuido, não faço nada de errado. E ele também. Assim a gente confia. A gente não pode confiar muito mas ele está sempre comigo. A gente confia, mas ele está sempre comigo. Ele teve muito poucas parceiras na vida dele e usou camisinha. Se continuar assim, não tem risco nenhum.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *Amiga da minha mãe tinha hepatite C. Separava talheres, se cuidava, tinha maior cuidado.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Eu nunca fui de beber muito. Ele sim tomava umas cervejas. Droga não.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Acho que deve ser bem pior. Pode ficar até mais doente. Deve ser cuidar dobrado. O organismo já fica mais frágil porque já tem um bebê. Eu acho que até para adquirir fica mais fácil. O risco fica maior. A mulher fica mais frágil e tem que ter um acompanhamento mais rigoroso com o médico.*

E para bebê? *Ele pode ficar marcado né!!. Na vida dele, logo no início. Sempre o cuidado vai ser dobrado porque já ficou marcado e fica sensível né!? A medida que ele vai completando os meses de vida até um aninho, muita coisa pode acontecer devido a gestação. O que desenvolvem na gestação. O que desenvolveu na gestação porque tem mulheres que não tem nada e na gestação desenvolvem alguma coisa.*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Não, nunca falaram nada.*

Quais meios ou quem informou? *Escola, Campanhas com cartazes orientando para se cuidar, alertando para fazer exames e palestra na escola.*

HORTÊNSIA

O que é DST? *Doença sexualmente transmitida como AIDS, sífilis, condiloma, clamídia.*

Como se previne DST? *Usando camisinha. É o princípio.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Sintomas como AIDS por exemplo. Acho que pode dar coceira nos órgãos genitais, também pode dar coceira, secreção amarelada com cheiro ruim.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou (x) usou ocasionalmente () uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usou na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Agora eu não uso porque eu faço uma vez lá que outra... Não uso porque ache que eu não vou pegar doença. Claro que todo mundo está propenso né.. Obviamente até os casados .. Isso todo mundo sabe, mas é que eu não uso mesmo. Eu confio no meu marido. Eu posso tá errada né...*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Por mim nenhum, eu não faço nada. Meu marido tá sempre comigo porque a gente tem comércio em casa e a gente tá sempre junto, mas ele pode dar uma escapada... Acho que 20% de risco.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *Uma amiga tem AIDS. Pegou do primeiro namorado com 14 anos. Ela se cuida (trata) mais ou menos. Transa com todo mundo para passar para os outros....*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Não, a gente não era de beber antes da relação. Eu já experimentei maconha. Agora ele não fuma e nem bebe.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Pode passar para o bebê. Se ela não tratar pode piorar.*

E para bebê? *Não sei...*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Não recebi orientações ninguém fala sobre isso.*

Quais meios ou quem informou? *Na internet e na escola.*

ÍRIS AMARELO

O que é DST? *DST é doença sexualmente transmitida com HIV, herpes, não sei outras.*

Como se previne DST? *Camisinha né?! Ter uma pessoa só mas mesmo assim tem risco. A gente não sabe né?!*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Acho que a principal coisa é o corrimento, dor, alguma ferida na genital, algo assim.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo (x) nunca usou () usam ocasionalmente () uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo?

Antes de engravidar nunca usava. Na gestação não uso porque já não usava. Sou casada eu já tenho um parceiro há muitos anos então a gente acaba confiando. Eu até sei, até tem risco, mas nas na verdade eu não tenho motivo para desconfiar, mas a gente nunca sabe...

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Eu acho que 01. Como eu te digo, no caso de vir a ter seria através dele.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *Conhecido que tem AIDS, mas não tenho contato.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Eu sim, mas aquela coisinha leve.*

Quais as conseqüências das DST para a gestante? *Complicações de passar para o bebê, pro parto. Acho independentemente de estar grávida ou não tem risco para a mulher e tanto grávida pior ainda.*

E para bebê? *Eu já ouvi falar em cegueira quando passa infecção, nascer com pouco peso.*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Não.*

Quais meios ou quem informou? *TV, já fiz no posto 4 e tinha uma palestra.*

JASMIM AMARELO

O que é DST? *É doença sexualmente transmitida como HIV, herpes..*

Como se previne DST? *Fazendo exames direitinho. Se cuidando usando prevenindo com preservativo, né?! Ter homem certo. Sabe como é!! A gente pensa que confia né, mas que eu saiba é camisinha. Quando a gente confia no homem, quando a gente tá casada é bem mais difícil quererem usar camisinha...*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Olha eu não sei, acho que começa a sentir dor calafrio, tontura, coceira, ardência, feridinha que nasce e fica vermelha.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou (x) usam ocasionalmente () uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo?

Antes de engravidar eu “tava” usando e ai me relaxei. Não uso porque estou grávida porque usava para me cuidar. Mas depois que eu ganhar eu vou me cuidar.

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? Acho que três. O meu marido também fez exames e é um guri bem limpinho

.

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? Sim, uma tia tem HIV. Ela bebê, usa drogas, deve ter adquirido de algum homem. Tenho outra tia que tá presa e tem HIV. A gente conhece um monte, hoje em dia.....

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? Eu nunca fui de beber muito e ele também não. Mas lá de vez em quando, quando a gente se encontrava. Eventualmente bebida, droga não.

Quais as consequências das DST para a gestante? Não sei, eu acho que pode passar para a criança. Eu acho que a mulher se sente constrangida, se sente com medo de passar para a criança. Algumas doenças não têm cura né?! Mas se procurar o médico, prevenir...

E para bebê? Olha, eu não sei, ele pode pegar doença. Pode ter complicações na criança.

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? Não

.

Quais meios ou quem informou? No colégio, de trabalhos que a gente fazia.

LAVANDA

O que é DST? É tanta coisa... Não lembro de nenhuma.

Como se previne DST? Eu acho que usando preservativo, não andando com qualquer pessoa. É o que eu mais cuido. O meu marido mesmo, ele foi casado por sete anos. Eu usei preservativo com ele durante mais de dois anos. Depois, aí eu fiz os meus exames, ele relaxou e não fez exames. Até porque ele queria que eu ficasse e eu não queria. No começo foi bem difícil.

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Acho que deve ter alguma coisa, dor na relação, coceira, corrimento que não deve ser bom.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou () usam ocasionalmente (x) uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Agora durante a gestação até eu queria usar mas o meu marido diz que não tem mais ninguém e aí para não “tar” brigando.....*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Risco baixo. Um. Porque eu acho que ele não vai me passar doença, né !?. Confiança. Eu sempre fiz todos os exames. Eu não tenho nada.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *Amiga que trabalhava comigo. Ela tinha, teve relacionamento e tem uma filhinha que também tem. O marido dela mente que não tem HIV.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Só bebia quando saia, bebia cerveja, nada demais. Droga não.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Eu acho que é ruim até para o bebê. Se eu tiver eu vou passar para o meu filho. Eu acho que depende, sei lá, mas acho que tem bastante risco.*

E para bebê? *Sei lá. Tudo de ruim. Imagina um bebê com todos os sintomas....Eu não sei quais as complicações.*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Não.*

Quais meios ou quem informou? *Escuto fala e na TV.*

LÍRIO

O que é DST? *É HIV.*

Como se previne DST? *Se pega não prevenindo. Usando camisinha.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Várias coisas.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo (x) nunca usou () **usam**
ocasionalmente () **uso consistente**

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () **usam na** ocasionalmente
() **uso consistente**

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *É meu primeiro namorado. Acho desnecessário. Confio nele.*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Um.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *Não conheço.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Não.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Não sei.*

E para bebê? *Tem risco. O bebê pode pegar da mãe.*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Não recebi agora durante a gestação.*

Quais meios ou quem informou? *A mãe orientou como se cuida. A minha mãe faz "programa".*

LISIANTO

O que é DST? *Só conheço o HIV. Não sei outras.*

Como se previne DST? *Usando camisinha.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Deve ter dor, deve doer, ardência, alguma coisa assim.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo () nunca usou (x) usam ocasionalmente () uso consistente

Usa de preservativo agora durante a gestação (x) nunca usou () usam na ocasionalmente () uso consistente

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo?
Nunca uso porque nunca usei.

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Acho que cinco. A gente não sabe o dia de amanhã.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *Na minha família não tem. Mas uma vizinha pegou porque ela trabalha na noite. Ela tem HIV.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Só cerveja. A gente tomava cervejinha.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Não sei.*

E para bebê? *Não sei.*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? *Tem as palestras que "diz" que tem que se prevenir, usar camisinha sempre. Teve uma palestra com a assistente social Cristina e mais outra. E que o meio mais seguro é usar camisinha e que tem que usar camisinha.*

Quais meios ou quem informou? *No posto. Palestra em junho com assistente social.*

LÓTUS

O que é DST? *É quando não usa camisinha. Passa um para o outro. AIDS.*

Como se previne DST? *Usar camisinha e usar ACO (evita gravidez). Ir no médico, se cuidar e ver se tem doença ou não.*

Como a mulher pode saber que está com uma DST? *Acho que muda o corpo dela, o jeito, sei lá, pode sentir dor, ardência. Só.*

Antes de engravidar a senhora usava preservativo **nunca usou** **usam ocasionalmente** **uso consistente.** *Usei só uma vez.*

Usa de preservativo agora durante a gestação **nunca usou** **usam na ocasionalmente** **uso consistente**

A justificativa para a não utilização da camisinha. Porque não utiliza preservativo? *Só usei uma vez. Durante a gravidez não uso. Mas tem que usar né?! Não uso porque sou relaxada. Não gosto também. Ele gosta mais ou menos de usar camisinha. Ele diz que eu sou a única mulher que ele tem e não usa camisinha. Eu confio nele.*

De 1 a 10 qual o risco da senhora adquirir uma DST? *Risco de dois.*

A senhora conhece alguém (amigo, vizinho ou familiar) que tenha DST? *Eu conheço. O meu pai tem AIDS. Ele se atirou nas drogas.*

A senhora ou o seu parceiro costumam usar bebida alcoólica ou de outras drogas antes das relações sexuais? *Ele só bebe, eu não bebo nada.*

Quais as consequências das DST para a gestante? *Pode passar para o bebê. Até pode matar ele. Com a mulher pode prejudicar ela, até matar.*

E para bebê? *Tem que tratar.*

Quais as orientações que a senhora já recebeu durante o pré-natal sobre como se cuidar para não ter uma DST? Durante o pré-natal, não.

Quais meios ou quem informou? TV, no posto a médica do pré-natal antes de engravidar, ela me falou, mas não falou ainda no pré-natal. Na escola também.