

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**SUZEMIRES MÁRCIA LOPES SOBRAL BARBOSA DA SILVA**

**CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO NA  
DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE  
DA GESTANTE DE ALTO RISCO**

**RECIFE  
2010**

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

S586c Silva, Suzemires Márcia Lopes Sobral Barbosa da.  
Condições de vida, saúde e trabalho da gestante de alto risco: a realidade de uma maternidade pública do Recife, em 2009/ Suzemires Márcia Lopes Sobral Barbosa da Silva. — Recife: S. M. L. S. B. da Silva, 2010.  
107 f.: il.

Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.  
Orientadora: Lia Giraldo da Silva Augusto.

1. Gestantes. 2. Gravidez de Alto Risco. 3. Nível de Saúde. 4. Saúde pública. 5. Condições de trabalho. I. Augusto, Lia Giraldo da Silva. II. Título.

---

CDU 618.2

SUZEMIRES MÁRCIA LOPES SOBRAL BARBOSA DA SILVA

**CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO NA DETERMINAÇÃO SOCIAL  
DA SAÚDE DA GESTANTE DE ALTO RISCO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de mestre em ciências.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Lia Giraldo da Silva  
Augusto

Recife  
2010

SUZEMIRES MÁRCIA LOPES SOBRAL BARBOSA DA SILVA

**CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO NA DETERMINAÇÃO SOCIAL  
DA SAÚDE DA GESTANTE DE ALTO RISCO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de mestre em ciências.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Lia Giraldo da Silva Augusto

Aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Lia Giraldo da Silva Augusto  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Fiocruz

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Rivaldo Mendes de Albuquerque  
Faculdade de Ciências Médicas – UPE

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por nos proporcionar sua presença constante, concedendo-nos forças nos momentos de tristeza e alegrias nas nossas vidas.

A Marcos, meu esposo que tanto amo, pela coparticipação incondicional em todos os momentos da realização do Mestrado, companheiro que sabe ouvir, confortar e muitas vezes nem falar, mas entendia as minhas angústias e ajudava de todas as formas nas dificuldades encontradas.

A Mateus, Lucas e Pedro, meus filhos, que ansiosamente esperaram a conclusão deste trabalho para ter a mãe integralmente de volta. Que o silêncio solicitado por mim, nos momentos de trabalho, ajude, de certa forma, a educá-los, não só para os estudos, como também para a pesquisa, em que, curiosamente, tiveram interesse no que eu fazia.

A Severina, minha mãe, que na sua paciência e companheirismo das madrugadas de trabalho, me servia chá com torradas, prova de seu amor incondicional.

A Edvaldo (in memoriam), meu Pai, exemplo de vida e fonte de amor eterno, que me incentivou e muito se alegrou quando soube da aprovação do Mestrado e que possivelmente, em algum lugar, está feliz com esta conclusão.

Aos meus irmãos, Suzete, Gisélia, Socorro, Edvaldo Filho e Edmilton, que com sua presença, tão perto e tão longe, mas sempre tão forte, de alguma forma contribuíram para a conclusão de mais uma etapa da minha vida.

A Giselda, minha irmã, que nas horas de sufoco me substituíra, de forma excepcional, nas tarefas de mãe e do lar, doando o tempo de sua vida para prestar a verdadeira solidariedade.

A Paula Fabiana, minha sobrinha, que na sua experiência de Mestra, muitas e muitas vezes, com seu jeito doce, deixou suas atividades para me prestar apoio.

A Fábio, meu sobrinho, “o homem do socorro tecnológico”, sempre gentilmente me prestando seus serviços, com alto grau de qualidade e competência.

A cada um dos familiares, cunhados, sobrinhos, sogro, sogra e amigos que registraram minhas ausências nas nossas jornadas de intensa convivência, durante os dois anos do Mestrado.

Às minhas amigas de trabalho: Sandra, Fátima e Paloma, que com muito companheirismo, contribuíram na esfera da burocracia junto ao Cisam, para a realização dessa pesquisa.

Aos companheiros e companheiras de trabalho, em especial Maria Helena e Aildes, que com muita competência e amizade, nas horas de intensa dedicação ao Mestrado me substituíram na Gerência de Controle e Avaliação do Cisam.

A Dr<sup>a</sup>. Fátima Maia, Diretora do Cisam, pelo apoio para a conclusão deste curso e incentivo em busca do profissionalismo, não me deixando esquecer que a pesquisa e o ensino caminham lado a lado, em busca da melhoria da assistência prestada à população.

A Dr. Givaldo Barbosa que sempre acreditou na possibilidade de meu crescimento profissional e me incentivou, com suas palavras de valorização do papel da mulher na transformação do mundo.

Às gestantes participantes da pesquisa, que permitiram divulgar a história de suas vidas e muito me emocionaram ao revelar seus sentimentos, suas alegrias e tristezas.

A todos que compõem a Secretaria de Pós-graduação, pela atenção dispensada a mim, de forma tão gentil, frente às minhas solicitações;

Ao professor George que na sua precisão e competência, gentilmente ajudou-me na estatística dos dados da minha pesquisa;

À Banca Examinadora, em especial a orientadora Lia Giraldo: mais do que convidados, seus membros constituem referências na dedicação do fazer profissional e acadêmico. Obrigada pelo tempo dispensado e pelas contribuições que este momento oportuniza.

SILVA, S.M.L.S.B. **Condições de vida e trabalho na determinação social da saúde da gestante de alto risco.** 2010. 107 f. Dissertação (Mestrado acadêmico em Saúde Pública)- Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2010.

## RESUMO

A gravidez é um evento essencialmente psicobiológico na vida da mulher, requer adequada assistência pré-natal e acompanhamento especializado para as gestantes de alto risco. O objetivo desta pesquisa foi estudar mulheres que tinham gestação de alto risco, e suas condições de vida e trabalho, através de determinantes sociais, seguindo o modelo de Dahlgren e Whitehead. O estudo do corte transversal descritivo, foi realizado com uma amostra de 154 puérperas de alto risco, atendidas na maternidade do Cisam/UPE, no período de março a abril de 2010. Os resultados relacionadas à coesão social revelaram que as puérperas tinham, em média, 29 anos, 79,2% em convívio conjugal há mais de 5 anos, morando com ou próximo de sua mãe ou sogra. Quanto ao estilo de vida, grande parte das puérperas faziam 3 refeições diárias, não sendo tabagistas e nem etilistas. As práticas de exercício físico e leitura eram mínimas e, para o lazer, televisão, visitas e igreja eram os preferidos. O tempo de sono das entrevistadas foi satisfatório. Nas variáveis das redes sociais e comunitárias, a participação foi baixa, sendo a reunião religiosa a mais citada. Em relação às condições de vida e trabalho, a maioria morava em casa com até 7 cômodos, água encanada e sem rede de esgoto público. Grande parte declarou-se alfabetizada. Na vida reprodutiva, tiveram de 1 a 3 gestações e o aborto correspondeu a 26,6%. A violência física e ou social foi identificada em 8,4% das entrevistadas. A quase totalidade realizou pré-natal e 50,6% submeteram-se ao parto normal. A informalidade no trabalho destacou-se, com jornada de 6 a 12 horas diárias, sendo relatados apenas cinco casos de acidente de trabalho. Nas variáveis dos macrodeterminantes, mais da metade das puérperas nasceram e permanecem morando no Recife. As famílias apresentaram renda de um a dois salários-mínimos. Estes achados demonstram a necessidade de uma melhoria na assistência à gestante de alto risco de forma equânime e com um olhar amplo para o trinômio saúde, vida e trabalho. Os resultados servem também, de instrumento para o gestor no planejamento e avaliação das ações implantadas na instituição.

Palavras-chaves: gestantes; condições de saúde; saúde pública; condições de trabalho.

SILVA, S.M.L.S.B. **Living and working in the social determinants of health of pregnant women at high risk.** 2010. 107 f. Thesis (Academic Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation. Recife, 2010.

### ABSTRACT

Pregnancy is a psychobiological event essentially a woman's life, requires adequate prenatal care and specialized treatment for women at high risk. The objective of this research was to study women who had high risk pregnancies, and their living conditions and employment through social determinants, the model of Dahlgren and Whitehead. The cross-sectional descriptive study was conducted with a sample of 154 postpartum women at high risk maternity care at the Cisam / UPE in the period March-April 2010. The results related to social cohesion revealed that the mothers had, on average, 29 years, 79.2% in marital cohabitation for more than five years, living with or near his mother or mother in law. As to lifestyle, most mothers were three daily meals, not smoking and not being alcoholics. The practices of reading and physical exercise were minimal and, for leisure, television, and church visits were preferred. The sleeping time of the interviewees was satisfactory. In the variables of social networks and community participation was low, thus meeting the more religious references. For conditions of life and work, the majority lived at home with up to seven rooms, without running water and public sewer network. Much declared himself literate. Reproductive life, had 1-3 pregnancies and abortion accounted for 26.6%. Physical violence and social or was identified in 8.4% of subjects. Almost all attend antenatal and 50.6% underwent vaginal delivery. Informality at work stood out, with day 6 to 12 hours a day, with only five reported cases of occupational accident. In the macrodeterminants variables, more than half of the women born and still living in Recife. The families had an income of two minimum wages. These findings demonstrate the need for an improvement in prenatal care of high risk equitably and with a broad outlook for the trinomial health, life and job results serve also as a tool for managers in planning and evaluation of action implemented in institution.

Keywords: pregnant women, health conditions, public health, working conditions.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Benfam	Bem estar familiar do Brasil
CBO	Código Brasileiro de Ocupação
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CF	Constituição Federal
CERESTs	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
Cipa	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
Cisam	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
Cist	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CpqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
CUT	Central Única dos Trabalhadores
Dieese	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DSS	Determinação Social da Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
Figo	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Geisat	Grupo Executivo Interministerial sobre Saúde e Trabalho
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
Nesc	Núcleo de estudos em Saúde Coletiva
NR-5	Norma Regulamentadora N°5
OIT	Organização internacional do trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan Americana de Saúde

PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEA	População Economicamente Ativa
PED	Pesquisa de Emprego e Desemprego
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PMI	Programa Nacional de Saúde Materno Infantil
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PST	Programa de Saúde do Trabalhador
Rais	Relação Anual de Informações Sociais
Renast	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém Nascido
SAT	Seguro de Acidentes do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
UPE	Universidade de Pernambuco
WHO	World Health Report

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	17
<b>2.1 A saúde como resultante da determinação social</b> .....	17
2.1.1 Condições de vida e saúde .....	17
2.1.2 Condições de trabalho .....	22
2.1.2.1 <i>Trabalho: conceito, evolução e regulação</i> .....	22
2.1.2.2 <i>Saúde do trabalhador</i> .....	24
<b>2.2 Saúde da mulher e trabalho</b> .....	28
2.2.1 Alguns aspectos históricos dos programas de atenção à saúde da mulher .....	28
2.2.2 A mulher no mercado de trabalho: históricas desigualdades de gênero .....	31
<b>2.3 A vulnerabilidade da gestante frente a situações de risco no contexto de vida e trabalho</b> .....	35
<b>2.4 Gestante de alto risco, uma problemática de saúde pública ainda negligenciada</b> .....	38
2.4.1 Gestante de alto risco .....	38
2.4.2 Gestante adolescente .....	40
2.4.3 Gestante e a violência .....	43
2.4.4 Mortalidade materna .....	45
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	49
<b>3.1 Objetivo geral</b> .....	49
<b>3.2 Objetivos específicos</b> .....	49
<b>4 MÉTODO</b> .....	51
<b>4.1 Desenho do estudo</b> .....	51
<b>4.2 Local do estudo</b> .....	51
<b>4.3 População do estudo</b> .....	51
<b>4.4 Amostra e seleção</b> .....	52
<b>4.5 Fonte de dados</b> .....	52
4.5.1 Instrumento de coleta de dados .....	53
4.5.2 Processo de coleta de dados .....	53
<b>4.6 Controle de vies</b> .....	53
<b>4.7 Análise estatística</b> .....	54

<b>4.8 Plano de análise de dados .....</b>	<b>54</b>
<b>4.9 Aspectos éticos .....</b>	<b>55</b>
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>61</b>
<b>7 CONCLUSÕES .....</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>86</b>
<b>Apêndice A - Instrumento de coleta dos dados.....</b>	<b>87</b>
<b>Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>94</b>
<b>Apêndice C - Tabelas.....</b>	<b>95</b>

# 1 INTRODUÇÃO

*"Sentir, amar, sofrer, devotar-se,  
será sempre o texto da vida das  
mulheres."*

Honoré de Balzac

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento essencialmente psicobiológico na vida da mulher, que se caracteriza por provocar variadas alterações físicas e emocionais que requerem adequada assistência pré-natal e acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, especialmente para as gestantes de alto risco (DOURADO, 2005), considerando a repercussão dessa gestação na sua vida cotidiana.

Na complexidade das vivências do ciclo grávido-puerperal, é importante considerar vários elementos, como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, o contexto dessa gravidez com relação à sua idade e vínculo com o parceiro, características da gravidez, ou seja, se é normal ou de risco, oferecendo perigo de vida para o feto ou para a mulher, o contexto da assistência pré-natal, se oferece qualidade ou não (MALDONADO, 1997), além de outros aspectos relacionados ao modo de vida.

Com referência às características da gravidez, o que acontece com a gestação de alto risco é que a grávida, estando numa situação vulnerável, apresentará dificuldades de adaptações emocionais intensificadas e se considerará uma gestante diferente daquela que está dentro da normalidade esperada (TEDESCO, 2000).

A Secretaria Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) avalia que existem cerca de 1,5 bilhões de pessoas, em todo o planeta, vivendo abaixo da linha de extrema pobreza, com o equivalente a um dólar ou menos, por dia. Desse total, 70% são mulheres, fenômeno identificado como a “feminização da pobreza”. Essa situação não só impede as mulheres de viverem plenamente seus direitos de cidadania como também dificulta sua capacidade de reagir. Com isso, forma-se um círculo vicioso que piora cada vez mais a qualidade de vida de milhões de mulheres, em todo o mundo, e, conseqüentemente, de seus filhos. Quebrar esse círculo vicioso é uma das condições para modificar esse contexto. E um dos meios de atingir esse objetivo é o fortalecimento da mulher, ampliando seus espaços de trabalho e garantindo a igualdade de oportunidades para ambos os sexos, tanto no interior das organizações quanto no conjunto dos espaços sociais (MARANDOLA JÚNIOR, 2007). Vale a pena lembrar “...que a relação entre saúde e qualidade de vida parece óbvia: o próprio senso comum nos diz que ter saúde é a primeira e essencial condição para que alguém possa qualificar sua vida” (SILVA; MARCHI, 1997).

Para falar da situação das mulheres, é importante contextualizá-la. Em linhas gerais, o Relatório sobre Desenvolvimento Humano da ONU, versão 1999, apontou que 26 milhões

de brasileiros viviam à margem do desenvolvimento humano, sem condições mínimas de saúde, educação, saneamento básico ou serviços essenciais. O Brasil é o campeão mundial em concentração da riqueza: enquanto os 20% mais ricos acumulam bens e capital, 18% da população detém a miséria absoluta, numa diferença de 32 vezes entre os opostos (BUGLIONE; FEIX, 2000).

As mulheres constituem a maioria da população brasileira. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dos 192.912.564 brasileiros, 55,01% são mulheres, e 44,99%, homens. Vários estudos têm buscado traçar o perfil desses brasileiros quanto à sua condição social, educação e mercado de trabalho (INSTITUTO ETHOS, 2004).

No Brasil, durante os últimos cinco anos, a mulher tem comemorado várias conquistas, no sentido de afirmar e efetivar direitos assegurados na legislação brasileira, com o intuito de implantar políticas públicas, avançando na busca pelas relações de igualdade entre gêneros. A exemplo, serão citados alguns eventos: a implantação da Secretaria Especial de Política para as Mulheres (2003); a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (2004); o Conselho Nacional de Direitos das Mulheres; a Secretaria Especial de Política de Promoção da Igualdade Racial; a “LEI MARIA DA PENHA”; as ações dos Programas de combate à Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS); Mortalidade Materna, Planejamento Familiar e muitas outras. Na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, em 2007, foram levantadas questões salutares a serem pontuadas, como: a luta por autonomia e igualdade no mundo do trabalho e por educação inclusiva e não sexista; pela saúde das mulheres, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos e contra a situação da violência. Com essas questões, será ampliado o debate pelas mulheres no espaço de poder, desenvolvimento sustentável e na Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

O foco deste estudo está centrado em caracterizar as condições de vida e trabalho de gestantes de alto risco. A gravidez de alto risco é, em si, uma questão complexa e que precisa ser compreendida. Os aspectos do macro contexto relacionados às variáveis sociodemográficas e econômicas, e de micro contexto, referentes à vida e às condições de trabalho, parecem ser fundamentais para essa caracterização. Outros aspectos que envolvem o processo saúde-doença da gestante de alto risco são os condicionantes de gênero na divisão das atividades laborativas que podem estar na origem das cargas e dos desgastes para a sua saúde.

Como enfermeira voltada à assistência materno-infantil de uma instituição hospitalar de referência e especializada para alto risco, tenho observado, com frequência, que essas parturientes recebem dos profissionais de saúde um olhar restrito para os procedimentos

obstétricos. Por tudo que foi exposto, consideramos a hipótese de que o contexto social é condicionante da gestação de alto risco.

Clínica e psicologicamente essas pacientes requerem cuidados de urgência, mas suas histórias de vida e de trabalho precisam ser observadas para ações de promoção de saúde, como estratégias de prevenção desses agravos. Na circunstância da urgência, elas levam consigo as cargas da vida e do trabalho por que fazem parte do contexto de suas vidas.

A alegria da maternidade, com frequência, não é vivenciada pela mulher que está imersa em situações de carência e vulnerabilidade sócio-econômicas e entre outras que requerem suporte. A insegurança que sente em relação ao impacto de abandonar seu trabalho, ou suas atividades e seus compromissos familiares, deixam a mulher susceptível ao estresse e as patologias, podendo alterar as condições de gestação.



## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

*Quase sempre as mulheres fingem  
desprezar o que mais vivamente  
desejam."*

William Shakespeare

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 A saúde como resultante da determinação social

#### 2.1.1 Condições de vida e saúde

Na década de 40, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. A Constituição Federal de 1988, artigo 196, afirma que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Este é o princípio que norteou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL, 2003, art.198).

Para Caponi (1997), a saúde não pode ser concebida como um conceito científico e, sim, popular, ou seja, ao alcance de todos. E isto porque a saúde implica uma experiência subjetiva vivenciada pelo sujeito, que não pode ser totalmente apreendida pelo conhecimento científico nem se pretender um conceito de valor universal.

Com isso, Georges Canguilhem (1995) nos apresenta a possibilidade e a necessidade de tratar a questão da saúde incluindo a participação de todos os atores, que vivenciam a experiência do processo saúde/doença, abrangendo também o conhecimento e as intervenções sobre este processo.

Assim, na perspectiva desta visão mais abrangente, as ações em saúde poderiam se orientar no sentido de ampliar ao máximo as possibilidades dos indivíduos para lidar com as “infidelidades do meio”. “Podemos falar de saúde quando temos os meios para enfrentar nossas dificuldades e nossos compromissos” (CANGUILHEM, 1995 apud CAPONI, 1997, p.306).

Este novo enfoque, que parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença, aponta para os determinantes múltiplos da saúde e para a intersectorialidade, considerando que os requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BUSS, 2000).

Para Anand e Sen (2000) e Therborn (2001), a saúde é definida pela qualidade de vida e pela capacidade de ser e agir de mulheres e homens; e a desigualdade social, pelas

diferenças produzidas socialmente, é moralmente injusta. Assim, a desigualdade social em saúde se refere às diferenças produzidas socialmente na qualidade de vida e na capacidade de ser e agir dos grupos sociais e dos indivíduos. A desigualdade crucial na perspectiva de Anand e Sen (2000) é a falta de liberdade, na forma de privações de capacidades.

Diversas formas de desigualdade social, particularmente aquelas relacionadas às dimensões socioeconômica, geográfico-territorial, de faixa etária, de gênero e de etnia têm sido identificadas como determinantes de iniquidade em saúde na população. A dimensão socioeconômica das desigualdades sociais tem sido abordada principalmente através do conceito de classe social, que se refere aos modos de inserção do indivíduo no processo produtivo.

Diferenças de classe são as principais produtoras de desigualdade social. A partir das pesquisas suecas e escandinavas sobre o padrão de vida (HELSET, 1993), também se pode produzir uma lista empiricamente manejável de desigualdades, com dez componentes: nutrição, saúde e acesso aos serviços de saúde, emprego e condições de trabalho, recursos econômicos, conhecimento e acesso à educação, relações familiares e sociais, habitação e serviços locais, recreação e cultura, segurança da vida e da propriedade, recursos políticos.

Embora diferenças bioconstitucionais sejam incorporadas à explicação das desigualdades sociais, as evidências da importância dos fatores estruturais têm crescido. Sociedades com melhores condições de trabalho, menor desigualdade de rendimentos e menor variação nas condições de moradia apresentam menos desigualdades em saúde entre os grupos socioeconômicos (ABEL- SMITH, 1994; DRACHLER et al., 2002).

As características bioconstitucionais, como a idade, a cor da pele e o sexo, predis põem aos desfechos em saúde, mas não são seus principais determinantes. Construções sociais dessas características afetam fortemente a saúde, na medida em que associam a certas faixas etárias, gêneros e etnias representações sociais sobrevalorizadas ou estigmatizadas.

Constroem-se também imagens sociais pejorativas sobre o trabalhador manual, os moradores de favelas e o pobre. Tais representações determinam desigualdades de oportunidades, estabelecem interdições formais e informais, impõem maneiras de agir, estilos de vida e comportamentos pessoais, os quais afetam a saúde diretamente e modificam os efeitos das características bioconstitucionais. Afetam ainda a natureza das relações sociais dos indivíduos no contexto imediato (com amigos, na família, na escola, no trabalho e na comunidade), influenciando suas condições de vida, na medida em que implicam em oportunidades desiguais de ocupação no mercado de trabalho, de remuneração, de acesso à

educação, à moradia adequada e aos serviços de saúde de boa qualidade (DRACHLER, 2003).

A concepção multidimensional do processo saúde-doença implica em dar maior prioridade a medidas que possam produzir maior variedade e quantidade de consequências socialmente positivas. Esse é o caso de políticas que aumentem o acesso à educação e repercutam positivamente na renda familiar em geral, de programas para garantir renda mínima e ações de atenção à saúde de gestantes, mães e crianças (ACHESON, 1998; DRACHLER et al., 2002).

Para Tanaka (2000), a preocupação e os cuidados com os eventos que ocorrem durante a gravidez revelam o respeito à cidadania feminina, refletindo assim o grau de desenvolvimento de uma sociedade. A autora complementa dizendo que a doença não somente tem relação causal com a situação econômica e social dos membros de determinada população, como também os cuidados médicos oferecidos refletem a estrutura desta coletividade, em particular, sua estratificação de classes, o que é claramente refletido nos serviços de saúde brasileiros.

Nesse momento, torna-se pertinente mencionar Ximenes Neto et al. (2008), que afirmam ser importante conhecer as condições de vida e de trabalho das gestantes em situação de alto risco, para o planejamento de ações de promoção, proteção e cuidados no pré-natal, garantindo medidas preventivas precoces e, portanto, mais efetivas; e, ao mesmo tempo, buscando o aprimoramento das políticas nacionais de atenção à saúde materno infantil. A investigação da história da gestante é fundamental para proporcionar uma assistência de qualidade, que visa manter íntegras as condições de saúde materna e fetal, cujos resultados serão avaliados ao longo de toda a gestação, resultando na formação de pessoas física e intelectualmente úteis e produtivas à sociedade (XIMENES NETO et AL., 2008).

As condições de vida e saúde têm tido grandes avanços, como mostram os relatórios sobre a saúde mundial (WHO, 1998) e a da região das Américas (OPAS, 1998), que são conclusivos a respeito. Há um longo debate sobre a qualidade das condições de vida e saúde, tanto no Brasil quanto na América Latina. Paim (1997) em excelente artigo de revisão analisa os estudos que relacionam as condições de vida e saúde nas últimas décadas, no âmbito da medicina e da epidemiologia social. O autor destaca os trabalhos pioneiros de Josué de Castro, Samuel Pessoa, Hugo Bemh (Chile), e outros mais recentes, como os de Breilh e Gandra, no Equador; Laurell, no México; e Monteiro, Possas, Arouca e dele próprio, no Brasil, todos de cunho teórico-conceitual ou que demonstram as mencionadas relações através de trabalhos empíricos. Duas revisões, publicadas simultaneamente (MINAYO, 1995;

MONTEIRO, 1995), exploram diversas dimensões do tema saúde e qualidade de vida, no Brasil (BUSS, 2000).

Em um amplo estudo sobre as tendências da situação de saúde na região das Américas, a Organização Pan Americana de Saúde (1998) também demonstra, de forma inequívoca, que os diferenciais econômicos entre os países são determinantes para as variações nas tendências dos indicadores básicos de saúde e desenvolvimento humanos. A redução na mortalidade infantil, o aumento na esperança de vida, o acesso à água e ao saneamento básico, o gasto em saúde, a fecundidade global e o incremento na alfabetização de adultos foram consequências diretas do Produto Nacional Bruto dos países (BUSS, 2000).

Nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como internacional, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (ALMEIDA FILHO, 2003). Esse avanço é particularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 2000).

Segundo Nancy Adler (2006), é possível identificar três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde. A primeira geração se dedicou a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda, aborda os gradientes de saúde, de acordo com vários critérios de estratificação, estudos dos mecanismos de produção das iniquidades ou, para usar a expressão de Adler, está dedicada a responder à pergunta: Como a estratificação econômico - social consegue “entrar” no corpo humano?

Ao tentar responder todas as indagações de Adler, alguns modelos foram sendo elaborados, com o objetivo de identificar pontos para intervenções de políticas públicas, no sentido de minimizar os diferenciais dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), tão bem conceituados por Tarlov (1996), como sendo: “As condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou as características sociais dentro das quais a vida transcorre”, originados pela posição social dos indivíduos e grupos.

Os diversos estudos sobre os DSS e as iniquidades em saúde permitiram a construção de modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. Entre estes modelos, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) resolveu adotar o de Dahlgren e Whitehead (1991). Apesar da existência de outros modelos mais complexos, que buscam explicar, com maiores detalhes, as relações e mediações entre os diversos níveis de DSS e a gênese das iniquidades,

a escolha do modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) se justifica, por sua simplicidade, sua fácil compreensão para vários tipos de público e clara visualização gráfica dos diversos DSS ( Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde, abril, 2008).

Estas características definiram a decisão de utilizar como base nesta pesquisa, o modelo lógico de compreensão de Dahlgren e Whitehead (1991), que será adaptado à disposição dos determinantes identificados nas mulheres que tiveram gestação de alto risco, através da aplicação de questionário. Para isso, há necessidade de ampliar o conhecimento sobre o modelo proposto.

O modelo de Dahlgren e Whitehead, apresentado na **figura1**, inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, na qual se situam os macrodeterminantes. Apesar da facilidade da visualização gráfica dos DSS e sua distribuição em camadas, segundo seu nível de abrangência, o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades (BUSS, 2007).



**Figura 1 – Determinantes sociais: Modelo Dahlgren e Whitehead**  
**Fonte: Buss (2007).**

Como se pode ver na figura 1, os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada que se segue aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc. (BUSS, 2000).

## 2.1.2 Condições de trabalho

### 2.1.2.1 *Trabalho: Conceito, evolução e regulamentação*

O termo trabalho se refere a uma atividade própria do ser humano. Também outros seres atuam dirigindo suas energias coordenadamente e com uma finalidade determinada. Entretanto, o trabalho propriamente dito, entendido como um processo entre a natureza e o homem, é exclusivamente humano. Nesse processo, o homem se enfrenta como um poder natural, em palavras de Karl Marx, com a matéria da natureza. O trabalho, em sentido econômico, é toda a atividade desenvolvida pelo homem sobre uma matéria-prima, geralmente com a ajuda de instrumentos, com a finalidade de produzir bens e serviços (HEITZMANN, 2007).

O trabalho também pode ser definido como a atividade coordenada desenvolvida por homens e mulheres para conseguir o que, na produção, não pode ser obtido pela estrita execução prescrita do trabalho (DAVEZIES, 1993).

Os sentidos atribuídos ao trabalho são diferentes em um mesmo momento histórico (na Grécia antiga, não se encontra um vocábulo designando o trabalho em geral, mas: *ergon*, *scholè*, *techné*, *ponos*, *práxis*, *poièsis*) e se modificam com o tempo: nos séculos 9 e 10, seu sentido predominante (cristão) era de pena/penitência e sofrimento (*tripalium*); no século 13, de exercício de um ofício, no século 18 essa noção passa a ser correlacionada às atividades produtivas (em uma deriva produtivista), que se desenvolvem sob as relações sociais

dominantes (capitalistas) e assim são glorificadas. Além disso, em função da diversidade de práticas existentes, o que é considerado trabalho varia de uma sociedade a outra, o que implica a inclusão ou exclusão de certas atividades desta noção, segundo os critérios que a definem (TERSSAC; MAGGI, 2004).

Em nossa sociedade, o trabalho foi elevado a elemento estruturante da organização econômica, política e social. “Ele estrutura não somente a nossa relação com o mundo mas também as nossas relações sociais. Ele é a relação social fundamental. Está, além disso, no centro da visão de mundo que é a nossa [...]” (MÉDA, 1995). O trabalho é a roda que gira a economia e a sociedade. Uma vez que o trabalho é colocado no centro da sociedade, esta passa a se identificar como sociedade do trabalho, na qual este é o seu fundamento (LANGER, 2004).

Analisando a situação dos trabalhadores no Brasil, verifica-se que, em 2001, a População Economicamente Ativa (PEA), segundo estimativa do IBGE (2003), era de 83.243.239 pessoas, das quais 75.458.172 eram consideradas ocupadas. Os trabalhadores remunerados representavam 66.840.515 pessoas, sendo 5.891.227 em atividades domésticas e 60.949.288 na produção de bens e serviços. Destes, 40.932.487 estavam empregados, 16.832.995 trabalhavam por conta própria, e 3.183.746 eram empregadores. Entre os empregados, apenas 22.179.855 trabalhavam com carteira assinada, com a cobertura da legislação trabalhista e do Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT) da Previdência Social. Os demais eram servidores públicos ou tinham outro tipo de vínculo.

A economia informal no Brasil, assim como em muitos outros países, é de grande magnitude e composta por um conjunto complexo e heterogêneo de situações de trabalho. Dela fazem parte os trabalhadores autônomos, que não contribuem para o sistema previdenciário, trabalhadores assalariados, sem carteira de trabalho assinada, e trabalhadores familiares não remunerados (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2009). Ainda que tenham ocorrido importantes avanços na redução da informalidade nos últimos cinco anos, no Brasil, mais de 50% da força de trabalho do país está atuando na economia informal, sem acesso à proteção social, aos direitos do trabalho e, frequentemente, às formas de organização ou negociação coletiva.

A OIT reconhece a diversidade da economia informal e considera que políticas que podem contribuir para sua superação deveriam ser formuladas e implementadas, considerando essa heterogeneidade de situações. A transição para a formalidade pressupõe a existência de um conjunto de políticas que combinem a promoção do dinamismo econômico, a geração de mais e melhores oportunidades do emprego, a criação de empresas, a ampliação da proteção



social e a aplicação efetiva dos direitos no trabalho (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2009).

A previdência foi estabelecida no país, em 1923, quando o Congresso Nacional criou a Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de empresas ferroviárias. Junto com os familiares, eles passaram a ter direito à assistência médica, a remédios subsidiados, à aposentadoria e a pensões.

Em 1930, Getúlio Vargas reestruturou a Previdência Social, incorporando praticamente todas as categorias de trabalhadores urbanos. São criados seis grandes institutos nacionais de previdência, e o financiamento dos benefícios é repartido entre os trabalhadores, os empregadores e o governo federal. No mesmo período, surgiu a expressão "seguridade social", inspirada na legislação previdenciária social dos Estados Unidos, como uma nova concepção de seguro social total que procura abranger toda a população na luta contra a miséria e as necessidades.

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) foi criada através do Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas, unificando toda legislação trabalhista então existente no Brasil. Seu objetivo principal era o de regulamentar as relações individuais e coletivas do trabalho nela previstas.

Com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960, a previdência social, organizada em cinco grandes institutos e uma caixa, elevada também à condição de instituto, passou a abranger quase a totalidade dos trabalhadores urbanos brasileiros. Em 1966, todas as instituições previdenciárias foram unificadas no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em 1974, o Ministério do Trabalho e Previdência Social foi desdobrado e criou-se o Ministério da Previdência e Assistência Social, que passou a ter todas as atribuições referentes à previdência social. O INPS ficou responsável pela concessão de benefícios, assim como pela readaptação profissional e amparo aos idosos (APOSENTADORIA..., 2009).

#### 2.1.2.2 *Saúde do trabalhador*

Em 1988, o povo brasileiro conquistou, após quase 500 anos de história, o direito universal à saúde, disposto na Constituição da República Federativa do Brasil, em seu Art.196, como “um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas

sociais e econômicas [...]”. O texto da Carta Magna, em seu artigo 198, afirma ainda que “[...] As ações e os serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]” e, em seu artigo 200, está definido que “... ao Sistema Único de Saúde compete... executar as ações de saúde do trabalhador...”, assim como “... colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho [...]” (BRASIL, 2003b). A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90), em seu artigo 6º, parágrafo 3º, regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador (BRASIL, 1990).

Dessa forma, a configuração da Saúde do Trabalhador acontece diretamente no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS. Devido à abrangência de seu campo de ação, apresenta caráter intra-setorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e inter-setorial (Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados às políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem interdisciplinar e com a gestão participativa dos trabalhadores. As ações em Saúde do Trabalhador, no entanto, no âmbito do SUS, ainda têm se desenvolvido de forma isolada e fragmentada das demais ações de saúde, apesar do progresso que as ações vêm acontecendo, culminando que, antes da década de 80, era um campo exclusivo do setor previdenciário e trabalhista. Essas ações atualmente são desenvolvidas de modo ainda desigual, nos estados e municípios. Esse atraso no cumprimento constitucional das ações em Saúde do Trabalhador, por parte do SUS, tem-se refletido em alguns indicadores de mortalidade de elevada gravidade.

Em sua regulamentação, através da Lei 8080/90, fica claramente definido, no artigo 6º, que ao SUS caberá atuar na Saúde do Trabalhador, tanto na assistência, na vigilância e no controle dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, como na promoção da saúde. Com a realização da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), em março de 1994, essas atribuições ficarem melhor demarcadas, do ponto de vista político.

As décadas de 80 e 90 marcam o período da implantação de Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs), na rede de saúde pública, cujos objetivos são os de promover as ações de prevenção, de assistência, de recuperação e de promoção à saúde dos trabalhadores (DIAS, 1994; SPEDO, 1998). Marcantes foram as iniciativas locais bem sucedidas desenvolvidas em algumas localidades, em especial em São Paulo (AUGUSTO, 2009).

Abordar as questões de Saúde do Trabalhador nessa perspectiva significa ampliar o olhar para além do processo laboral, considerando os reflexos do trabalho e nas condições de vida dos indivíduos e das famílias, envolvendo uma abordagem integral do sujeito, a “resolutividade”, a responsabilização, o acolhimento e a integralidade. Nesse sentido, as ações

de Saúde do Trabalhador são espaços privilegiados para o cuidado integral à saúde, assim como as demais ações da Atenção Básica são oportunidades para identificação, tratamento, acompanhamento e monitoramento das necessidades de saúde relacionadas ou não ao trabalho (BRASIL, 2003b).

Dejours (1987) afirma que a saúde do corpo é função das condições de trabalho, enquanto o sofrimento mental resulta da organização do trabalho, embora, evidentemente, não sejam componentes isolados. Por condição de trabalho entende-se: o ambiente físico, químico e biológico, as condições de higiene e segurança, as características antropométricas do posto de trabalho. Já a organização do trabalho refere-se à divisão do trabalho, ao conteúdo da tarefa, ao sistema hierárquico, às modalidades de comando e às relações de poder, às questões ligadas à responsabilidade etc. Relações de trabalho seriam, portanto, “todos os laços humanos criados pela organização do trabalho: relação com a hierarquia, com as chefias, com a supervisão, com outros trabalhadores [...]” (DEJOURS, 1987).

A saúde do trabalhador é uma área de conhecimento e práxis da saúde coletiva. Caracteriza-se como uma vertente que introduz a discussão das relações entre trabalho/saúde/doença no campo das políticas públicas do setor saúde (LACAZ, 1996; MINAYO, 1997). Segundo os autores, um dos pressupostos centrais dessa vertente é o da participação do trabalhador como um sujeito ativo nas transformações do processo saúde-doença relacionado com o trabalho.

A atenção integral à saúde dos trabalhadores compreende a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis; o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho; a assistência integral à saúde. Pressupõe a adequação e ampliação da capacidade institucional, de modo a permitir que esse conjunto de ações seja desenvolvido com competência e resolutividade pela rede de serviços de saúde. E deverá ser prestada em toda a rede de serviços de saúde, tendo por base a hierarquização do atendimento e a integração efetiva dos níveis de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, além do programa de urgência e emergência, de modo articulado entre os setores público e privado.

O processo de construção da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), através da Portaria do Ministério da Saúde (MS) N°1679/02, do SUS, representou o aprofundamento da institucionalização e a possibilidade de fortalecimento da saúde do trabalhador, em nosso país, reunindo as condições objetivas para o estabelecimento de uma política de estado e os meios para sua execução, articulando as redes regionalizadas, que são os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests), localizados em cada

uma das capitais, regiões metropolitanas e municípios-sedes de pólos de assistência, com a coordenação nacional. A atribuição de cada Centro é oferecer suporte técnico e científico às intervenções do SUS no campo da saúde do trabalhador. Conseqüentemente, os centros ditam as diretrizes para o desencadeamento de políticas estaduais, que nortearão o processo de elaboração de um Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, alocando recursos novos, fundo a fundo, para os estados e municípios.

As leis que trazem avanços para a área laboral e da saúde do trabalhador vêm sendo politicamente melhor demarcadas, prova da intensa luta da sociedade civil pelos seus direitos e deveres bem definidos. Por esse motivo, conhecer as condições de vida e de trabalho e os cenários de situação de risco vinculados é uma ação importante para os gestores das políticas públicas, na busca de medidas preventivas precoces e, portanto, mais efetivas.

É muito importante refletir sobre as questões de saúde do trabalhador, e saber que não é uma prática nova, quando se fala no diagnóstico das condições de trabalho e saúde e se elege prioridades no sentido de eliminar os determinantes e condicionantes dos problemas deste setor. Estas questões passaram a ser objeto de análises e reflexões, no nível local, a partir da década de 80, especialmente no sudeste (AUGUSTO, 2009).

A clara explicitação em uma proposta de atuação, a partir do conhecimento dos trabalhadores, é encontrada no Modelo Operário Italiano, difundido no Brasil, na área sindical e nos serviços públicos de saúde, tendo inspirado, recentemente, a portaria nº 5, de 20 de agosto de 1992, do Ministério do Trabalho, sobre a obrigatoriedade de elaboração do Mapa de Riscos Ambientais pelas Cipas (SATO, 1993), obrigatoriedade esta agora inserida na portaria nº 1.315/1994. Os riscos no ambiente laboral também são classificados em cinco tipos, de acordo com a Portaria nº. 3.214, do Ministério do Trabalho, no ano de 1978. Esta Portaria contém uma série de normas regulamentadoras que consolidam a legislação trabalhista, relativas à segurança e medicina do trabalho.

A legislação existe e seu cumprimento é esperado, mas a realidade aponta ainda grandes dificuldades. O Conselho Nacional da Saúde, da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist), tem alertado sobre os acidentes de trabalho no Brasil. Os números alarmantes chamam a atenção, na busca de planejar ações mais eficazes, a fim de preservar a vida dos trabalhadores. Acidentes e doenças do trabalho, que em princípio poderiam ser evitados, têm se tornado um grave problema de saúde pública no Brasil, para o qual são necessárias providências urgentes, tanto para a assistência às vítimas, como para as ações de vigilância e promoção.

Os números do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que na primeira versão de seu anuário de 1996 apontou 5.538 óbitos por acidentes de trabalho, somente naquele ano.

Dados mais atuais mostram que a mortalidade por acidentes de trabalho, no ano de 2005, caiu 4,61% em relação a 2004, isto é, diminuiu de 2.839 óbitos para 2.708. Em relação à área mais atingida, o setor industrial é o que apresenta o maior número de acidentes de trabalho; em segundo lugar, está o setor de serviço e, em terceiro, a Agricultura.

As leis que regulamentam a intervenção em saúde e segurança no trabalho são dispersas e antagônicas, como concluiu a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist), acrescentando que os Ministérios da Saúde, Trabalho e Previdência Social apresentam normas legais próprias que, muitas vezes, são dispares. A comissão recomenda ao Grupo Executivo Interministerial sobre Saúde e Trabalho (Geisat) e toda a regulamentação sobre saúde e segurança no trabalho seja elaborada e publicada.

Torna-se importante lembrar, que os acidentes de trabalho encontram-se intrinsecamente ligado ao problema da violência vivido hoje pela sociedade brasileira nos centros urbanos. As relações entre trabalho e violência têm sido enfocadas em múltiplos aspectos: a violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, traduzida pelos acidentes e doenças do trabalho; a violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e envolvendo crianças; a violência ligada às relações de gênero e o assédio moral, caracterizado pelas agressões entre pares, chefias e subordinados (BRASIL, 2003b).

## **2.2 Saúde da mulher e trabalho**

### **2.2.1 Alguns aspectos históricos dos programas de atenção à saúde da mulher**

Durante muitas décadas, as políticas de saúde da mulher no Brasil enfocaram, exclusivamente, o atendimento às demandas decorrentes da gestação e do parto, restringindo a atenção ao processo reprodutivo (BRASIL, 2002). O Ministério da Saúde reforça esta afirmação ao expor os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, que traduziam uma visão restrita sobre a mulher. Baseavam-se na especificidade biológica feminina e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidados com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004a).

Na reconstrução histórica dos Programas de Saúde voltados para as mulheres, criados no Brasil no século XX, Osís (1994) demonstra que as abordagens sobre o corpo das mulheres resumiam-se à área da reprodução. O enfoque era para o tratamento e as estratégias, de forma exclusiva, de intervenção sobre o corpo das mulheres-mães, com o intuito de assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de construção de uma nação forte e sadia.

Na Conferência Nacional de Saúde de 1974, foi lançada a base para formulação e implementação do Programa Nacional de Saúde Materno-infantil (PMI), que abordava a atenção à saúde da mulher restrita às ações voltadas para o ciclo gravídico-puerperal, visando a formação de indivíduos hígidos. A mulher era considerada como mero instrumento intermediador do processo biológico de formação da espécie (NASCIMENTO, 1992).

Até o final da década de 70, a “saúde da mulher” ainda estava associada aos problemas de saúde das gestantes, visando principalmente a proteção da saúde do feto. Entretanto, nos anos 80, com a emergência da Aids e as mudanças no padrão pro criativo, aspectos como sexualidade e contracepção ganharam relevância em relação à contracepção, à gravidez e ao parto (BRASIL, 2002).

A década de 1980 foi marcada como um período de transição democrática, no qual o crescente sentimento de democratização tomou conta do país, fazendo despontar a organização de vários movimentos sociais, dentre eles o movimento feminista. As mulheres passaram a reivindicar direitos relacionados à saúde reprodutiva, como o planejamento familiar, a sexualidade, a democratização da informação em saúde, além de outras medidas compreendidas na esfera da saúde pública e não mais na esfera biomédica (MOURA; RODRIGUES, 2003).

Nesse período, houve uma ruptura com o paradigma anterior e a saúde feminina passou a ser considerada de forma mais ampla. As propostas do movimento feminista e do movimento sanitário brasileiro convergiram e originaram o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, que trouxe o conceito de saúde integral à mulher e o direito à opção de exercer ou não a maternidade (NASCIMENTO, 1992).

A criação do PAISM representou um marco histórico, pois foi construído com base em vários programas desenvolvidos no Brasil desde os anos 60, tanto pelo MS como por outras instituições, e incluía a saúde da mulher durante seu ciclo vital, atendendo a todos os aspectos (GALVÃO; DIAZ, 1999). O programa se propunha ser um instrumento de mudanças, rompendo com as formas tradicionais de atendimento, com a dicotomia entre a

prevenção e a cura e com o autoritarismo nas atividades educativas (BONADIO; TSUNECHIRO, 2003).

O PAISM apontou como metas, a ampliação dos problemas a serem tratados pelo setor, a função educativa dos serviços de saúde e a adoção de uma nova perspectiva de atenção a cada mulher, situando-a em seu contexto social, com vistas à promoção do seu autoconhecimento e da sua autoestima (BRASIL, 2002; MOURA; RODRIGUES, 2003).

O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doença sexualmente transmissível (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades, identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004a; GALVÃO; DIAZ, 1999).

Com as mudanças, surgiu a dificuldade de como abordar a saúde da mulher de forma integral. Neste sentido, o MS, a partir de 1998, direcionou as ações para identificar os maiores problemas e as formas de como alterar a realidade constatada. A exemplo, temos: diminuição das taxas de mortalidade por causas evitáveis, condições de decisão sobre o direito reprodutivo e garantia de assistência integral e humanizada, formas de fortalecer as ações preventivas e de promoção à saúde (BRASIL, 2002).

Outro esforço por parte do MS, no que se segue à adoção de medidas a serem implementadas na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, por intermédio dos projetos de Maternidade Segura, foi a publicação de normas técnicas atualizadas de atendimento durante o pré-natal, gestação e parto. Uma dessas publicações foi o Guia Prático para Assistência ao Parto Normal, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), e lançado no Brasil para que os profissionais de saúde discutissem as práticas obstétricas vigentes e as recomendadas pelo guia, com a intenção de promover melhora na qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança.

Atualmente, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo MS através da Portaria/GM n. 569, de 01/06/2000, são baseados na análise das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no parto. O intuito desse programa é reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, através da adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento no pré-natal, parto, puerpério e neonatal, e ampliar as ações já adotadas com relação à gestação de alto risco, por meio de investimentos nas unidades hospitalares integrantes nas redes estaduais de assistência e para o incremento do custeio de procedimentos específicos (BRASIL, 2000 d).

Para Tyrrell e Araújo (2003), nas últimas décadas do século XX, o Estado abordou a saúde materno-infantil de forma tradicional e conservadora. Para que inovações sejam promovidas, é necessário que o Estado e as escolas de formação de recursos humanos elaborem propostas de modelos de assistência à saúde da mulher que abordem a questão de gênero, saúde e direitos reprodutivos e, também, temas emergentes, como violência, processo de trabalho e sexualidade. Por isso torna-se importante a discussão das relações entre e mulher e o trabalho, com o direito de ter suas representações consideradas e respeitadas.

### 2.2.2 A mulher no mercado de trabalho: históricas desigualdades de gênero

Gênero é uma categoria de análise utilizada para demonstrar a carga de socialização e cultura que atua de forma relacional, sobre homens e mulheres. A sociedade brasileira é marcada por uma assimetria de gênero, sendo nessa lógica o gênero masculino o “polo hegemônico”. Histórica e culturalmente, os indivíduos de sexo masculino ocuparam, na sociedade brasileira e em outras, a cena pública (como a rua, o trabalho etc.), e às mulheres era reservado o espaço do privado (a casa, as emoções, os sentimentos etc.). Quando combinada a outras dimensões, como classe social, raça, escolaridade e faixa etária, gênero é uma categoria explicativa para comportamentos de grupo que são, em última instância, aprendizado social, mediado por várias agências socializadoras, como a família, a escola, os amigos, a igreja, a mídia etc. (SABROZA et al., 2004).

A questão do gênero no mercado de trabalho ainda é um ponto importante, porém muito frágil, no debate que envolve a responsabilidade social corporativa. Pesquisas recentes sobre o desempenho da mulher no mercado de trabalho indicam alguns avanços no Brasil, mas os resultados ainda estão distantes do ideal (PASCOWITCH, 2009).

Dados mais recentes de áreas urbanas de baixa renda, no Brasil, mostram que, devido à dificuldade crescente dos homens garantirem uma renda familiar adequada, ou mesmo manter um trabalho minimamente estável, está ocorrendo uma "transição de gênero", em que as mulheres não somente "ajudam", como também começam a ser responsabilizadas, e a se considerarem responsáveis, pela provisão de renda, mesmo (ou, principalmente) tendo filhos menores, (GIFFIN, 1994; LUZ, 1987; SCOTT, 1990; SIMÕES-BARBOSA, 2001). Essa atualização ideológica dos gêneros, na figura da "nova mulher independente", que controla sua fecundidade, trabalha fora e tem seu dinheiro "próprio", permite o ocultamento



do aprofundamento da dupla jornada, da exploração e da forma em que estas estratégias contribuem para a reprodução da desigualdade em nível de gênero e de classe social.

Construir a autonomia feminina e promover a equidade entre homens e mulheres foi um dos consensos estabelecidos na Cúpula do Milênio, evento promovido pela Organização das Nações Unidas (ONU), em setembro de 2000 – o maior encontro de dirigentes mundiais já realizado, que contou com a participação de 147 chefes de Estado. O resultado da reunião foi expresso na Declaração do Milênio, documento referendado por 191 países, que estabelece um consenso sobre os graves problemas atuais de nosso planeta e o compromisso de enfrentá-los (MARANDOLA JÚNIOR, 2007).

A questão da desigualdade salarial não é uma mancha que afeta apenas a reputação de países em desenvolvimento, como o Brasil. A União Europeia, que adotou a igualdade salarial como preceito há mais de cinquenta anos, já deu início a uma campanha com o lema: "remuneração igual para o trabalho de igual valor". A campanha teve início após a divulgação de uma pesquisa recente, que mostra as diferenças salariais entre gêneros, nos países que constituem o bloco (PASCOWITCH, 2009).

Na comparação entre homens e mulheres, a grande maioria da população feminina é assalariada, com carteira assinada, e está ocupada no setor público, nas regiões metropolitanas analisadas pela PED - Pesquisa de Emprego e Desemprego, abrangendo Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, São Paulo e Distrito Federal, enquanto aos homens são reservados os empregos no setor privado, com e sem carteira de trabalho (INSTITUTO ETHOS, 2004).

As mulheres representam a maioria da força de trabalho. No entanto, continuam a receber salários inferiores aos dos homens. Pesquisas revelam que elas têm mais oportunidades de empregos. Porém, a remuneração da mulher é, em média, 82,3% da remuneração do homem. A mulher depara-se com as velhas e novas formas de discriminação. É importante enfatizar a necessidade de discussão sobre a renda dessas mulheres; em 2006, o número de trabalhadoras que receberam remunerações equivalentes até um salário mínimo somava 2,208 milhões de mulheres, correspondendo a 31,0% das ocupadas no mercado de trabalho metropolitano avaliado pela PED. Desse modo, quase um terço das mulheres que trabalhavam nesta economia urbana, o faziam por remunerações diminutas (RAIS/2002).

Além das diferenças salariais, há os obstáculos ao seu acesso aos cargos mais elevados e qualificados do ponto de vista da valorização do trabalho e/ou cargos de chefia, em que estão presentes a concentração do poder e os melhores salários. Muitas vezes, quando as mulheres ocupam esses cargos, o posto de trabalho tende a ser menos valorizado. Além disso,

existem as discriminações diretas e indiretas, como o estabelecimento de critérios para contratação que eliminam mulheres casadas e com filhos. O acesso e a permanência no emprego continuam vinculados à comprovação de não gravidez, limite de idade, experiência profissional e, em muitos casos, à religião, nacionalidade, etnia. No emprego, o assédio sexual e moral no ambiente de trabalho se intensificam. E, de forma generalizada, nota-se as limitações para conciliar o trabalho com as responsabilidades com a família e a casa, devido à permanência da divisão desigual entre os gêneros (INSTITUTTO ETHOS, 2004).

Os trabalhos remunerados aos quais a maioria das mulheres têm acesso são, em geral, relacionados às suas habilidades "domésticas", desvalorizado e mal-pago (BRITO, 2000). No Brasil, a ocupação mais comum entre a população feminina é o emprego em serviços domésticos, que representa de 19,5% da participação feminina na força de trabalho (BRUSCHINI, 2000). A "dupla jornada" não é fonte de independência financeira e nem mesmo de estabilidade familiar. Ao contrário, embora necessária à sobrevivência e manutenção dos filhos, é intimamente relacionada à desestruturação do provedor masculino no contexto de desemprego e salários inadequados à manutenção de uma família. Este "fracasso" masculino pode resultar em "comportamentos masculinos de desistência, pânico e fuga" (AGIER, 1990), ou mesmo na "expulsão" do homem do lar (SCOTT, 1990).

Apesar do desejo e de repetidas tentativas de "constituir família", as "chefiadas por mulheres" representaram 20% das famílias brasileiras em 1996. O aumento da fragmentação dos laços familiares em condições de pobreza é evidenciado em dados regionais: 21% das crianças abaixo de 15 anos na Região Sul e 34% na Região Nordeste vivem em famílias em que falta, pelo menos, um dos pais (Bem estar familiar do Brasil, 1996).

As mudanças na composição das famílias, tradicionalmente chefiadas por homens, contribuíram para esse comportamento. O crescimento de famílias com chefia feminina, seja pela dissolução do casamento, seja pela morte do marido ou, ainda, pela simples opção de viverem sozinha, também impeliu a mulher para o mercado de trabalho.

No entanto, justificar a presença da mulher na força de trabalho por motivos meramente econômicos significa reduzir as conquistas que ela alcançou. Essa inserção se deve, igualmente, ao movimento de emancipação feminina e à busca de direitos iguais na sociedade.

Apesar de crescente, a participação feminina no mercado de trabalho tem sido marcada por uma série de adversidades que se somam às decorrentes da difícil situação socioeconômica que o país tem atravessado, nas últimas décadas.

Uma dessas adversidades é o desemprego, fenômeno que penaliza a todos e se constituiu no problema central do país, na última década. Este fenômeno adquiriu feições femininas. Historicamente, as taxas de desemprego sempre foram mais elevadas entre as mulheres, em comparação com as verificadas entre os homens, independentemente do ritmo de crescimento da economia. No entanto, foi durante os anos 90, uma situação que permanece até hoje, que as mulheres ultrapassaram a marca dos 50% do contingente de desempregadas, em grande parte das regiões metropolitanas estudadas pela PED.

O caminho em busca da igualdade mostra-se bastante longo: há vários obstáculos a vencer até que as mesmas oportunidades, condições e reconhecimento estejam asseguradas a todos, desaparecidas todas as formas de discriminação. É necessário lembrar que, dentre todas, as mulheres negras sofrem a mais pesada carga de discriminação, vivendo uma situação de dupla diferenciação: de sexo e racial.

Dentre todas, as mulheres negras são as que vivenciam as piores condições de vida, trabalho e remuneração. No estudo "Mulher Negra: dupla discriminação nos mercados de trabalho metropolitanos", o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) mostra que as mulheres negras recebiam, no biênio 2001-2003, somente 53% dos rendimentos dos homens não negros na Região Metropolitana de Belo Horizonte e apenas 35,% na mesma comparação, em Salvador. Quanto à educação, vale salientar que dois terços dos analfabetos do mundo são mulheres, e 80% dos refugiados são mulheres e crianças. Superar as disparidades gritantes entre meninos e meninas no acesso à escolarização formal poderá contribuir com um dos alicerces para capacitar as mulheres a ocupar papéis cada vez mais ativos na economia e na política de seus países.

O Censo Sindical do IBGE, realizado em 2001, indicou uma baixa participação das mulheres, que acontece tanto na composição do quadro de associados quanto nas diretorias sindicais. Mesmo quando fazem parte das diretorias, as mulheres geralmente não ocupam os cargos considerados mais importantes: a presidência, a secretaria geral e a tesouraria (IBGE, 2001).

Em publicação lançada pela Central Única dos Trabalhadores (CUT), organizada pela então Comissão Nacional sobre a Mulher Trabalhadora (hoje transformada em Secretaria, na estrutura da Central), as mulheres apelam por uma reflexão sobre a vivência dos sindicatos, pois, segundo o texto, "para se ocupar este lugar com um olhar voltado para a democracia, paga-se um preço muito alto devido à forma como está organizado o espaço público; um lugar pensado para os homens e construído com base na ideologia patriarcal".

É por essa razão que as organizações das mulheres, especialmente no movimento sindical, sempre se reuniram em torno da idéia da igualdade para todos. É preciso investir na negociação coletiva para assegurar melhores condições de trabalho para todos e criar mecanismos para impedir a discriminação (SANCHES; GEBRIM, 2003).

A luta pela igualdade para todos não impede um olhar diferenciado para a saúde da mulher, que envolve diversas áreas, como família, trabalho e estresse. As características do ambiente de trabalho estão intimamente relacionadas aos desconfortos apresentados por este grupo, especialmente durante o período gestacional (CHENG et al., 2006; MUNHALL, FITZSIMONS, 1995; TAPP, 2000).

### **2.3 A vulnerabilidade da gestante frente a situações de risco no contexto de vida e trabalho**

A gravidez é sinônimo de diversas mudanças. Durante os nove meses de gestação, a futura mãe passará por mudanças hormonais, circulatórias, digestivas, metabólicas, musculares e outras, com o objetivo de se adaptar e permitir o desenvolvimento normal do feto (CUNNINGHAM et al., 2000; GUYTON, 1998; MANTLE, 2000; MONTENEGRO, 2000; POLDEN; REZENDE;).

As mulheres têm participado cada vez mais do mercado de trabalho, e muitas delas se tornaram responsáveis pelo sustento de sua família. Por isso, muitas dessas mulheres precisam trabalhar, mesmo durante a gestação, e assim enfrentam muitas dificuldades relacionadas às alterações comuns ao período gestacional, como o ganho de peso e alterações posturais (IBGE, 2000; TAPP, 2000).

A gestante está exposta a riscos no ambiente de trabalho, não apenas em relação a produtos químicos; os riscos ergonômicos são menos evidentes, porém tão prejudiciais quanto os demais. A manutenção da mesma postura, posturas inadequadas, carregamento de peso, poucos períodos de descanso, mudanças de turno e movimentos repetitivos são alguns dos fatores que podem levar ao desconforto, especialmente durante o período gestacional (GUENDELMAN, 2006; MCDONALD, 2004; ZHU et al., 2006).

Segundo Peloso (1999), a gestação é uma condição fisiológica e o pré-natal uma prática preventiva. Ao tornar-se gestante, a mulher tem o direito de ser informada, a conhecer o próprio corpo, aprender seus deveres de gestante e mãe e viver para criar o filho. Acrescenta-se ainda que o direito à informação e à orientação da mulher não se restringe somente ao período gravídico, mas deveria acontecer em todas as fases do seu ciclo vital, em especial quando ela apresenta patologias que podem interferir em uma gestação.

Todos os direitos mencionados pelo autor, na sua totalidade, não são garantidos. Os programas de atenção à saúde da mulher nunca devem perder o olhar da mulher trabalhadora, em cuja vida, em suas várias fases, o trabalho sempre estará presente, com todos os riscos inerentes. As políticas e programas voltados para a proteção e recuperação da saúde podem ser considerados como ações de gestão de riscos (SPINK, 2001).

As abordagens tradicionais de saúde ocupacional já foram objeto de críticas oriundas de várias disciplinas, que ressaltam a insuficiência de sua prática e dos modelos teóricos diante das determinações sociais do processo saúde-doença (AROUCA; BREILH, 1991; LAURELL; NORIEGA, 1989; TAMBELLINI, 1978).

Tambellini (2003) propõe um modelo de intervenção no processo saúde-doença no qual o ambiente é visto com um sistema socioecológico complexo, constituído por diversos componentes (sociais, culturais, históricos, políticos, econômicos, biológicos, físicos, químicos, ecológicos) hierarquicamente organizados. O ser humano tem um forte componente sociopolítico, no qual está presente um fluxo de relações sociais.

No caso das mulheres, importam não apenas os impactos específicos sobre o ciclo reprodutivo e menstrual. Adicionalmente, a exposição a fatores de risco mecânicos e ambientais específicos é, ainda, agravada pelos recursos materiais insuficientes e inadequados, que ocasionam condições inseguras no trabalho (ALVES, 1987).

Os estudos sobre condições de saúde desse grupo ocupacional são razoavelmente freqüentes em outros países. No Brasil, todavia, são raros e inespecíficos (PITTA, 1991; POSSO, 1988; VALTORTA; SIDI; BIACHI, 1985). Os existentes, em geral, referem-se aos riscos potenciais de insalubridade ou ao absenteísmo, por motivos de saúde, do pessoal que trabalha em hospitais. Em outras ocupações, é imperioso estimar a magnitude de problemas, sabidamente relacionados ao trabalho, como as queixas de varizes, infecções urinárias, problemas de coluna e distúrbios psicoemocionais, em bancárias e comerciárias; ou as alergias respiratórias e dermatológicas, calos nas cordas vocais e distúrbios da voz, em

professoras. Dessa forma, será possível a proposição de medidas de proteção à saúde das trabalhadoras (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995).

Identificar e reduzir riscos tornou-se um objetivo central da saúde pública. A gestão de riscos é nuclear ao discurso de promoção da saúde, que busca reorientar as estratégias de intervenção na área da saúde. Na definição da Carta de Ottawa, promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para que ela própria possa participar e controlar ações para a melhoria da sua qualidade de vida e saúde. Este processo de capacitação, que enfatiza a autonomia dos sujeitos e grupos sociais na gestão da saúde e na luta coletiva por direitos sociais, é baseado no conhecimento científico dos riscos à saúde (CZERESNIA, 2004).

O controle de riscos é um componente importante do esforço progressivo de buscar proteção contra as ameaças à vida humana, um dos elementos centrais do processo civilizador. Em “O Mal Estar na Civilização 20”, Freud afirma que tudo o que se busca com o fim de proteção contra ameaças de sofrimento humano faz parte da civilização. Essas ameaças são provenientes de três principais fontes: o mundo externo, o próprio corpo e as relações entre os homens (CZERESNIA, 2004).

O risco não surge da presença de um perigo localizado em um indivíduo ou grupo concreto. O objetivo não é enfrentar uma situação concreta de perigo, mas evitar todas as formas prováveis de irrupção do perigo. Dissolve-se ainda mais a noção de sujeito ou de indivíduo concreto, substituindo-a por uma combinatória de "fatores de risco". O componente essencial das intervenções deixa de ser uma relação direta face a face entre profissional (cuidador) e cliente (cuidado). Torna-se a prevenção da frequência de ocorrência, na população, de comportamentos indesejáveis que produzem risco em geral (CASTEL, 1991).

Considerando a legislação brasileira em relação ao trabalho da mulher, no momento da gestação, verifica-se que ela não permanece protegida e resguardada, mas leva uma vida normal, com todas as implicações do ritmo de vida da mulher contemporânea. Especialmente no seu ambiente de trabalho, muitas vezes ela não encontra condições ideais, adequadas a essa nova etapa do seu ciclo vital.

Neste sentido, a Constituição do Brasil, de 1988, trouxe mudanças na legislação, ampliando direitos da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), no que diz respeito à mãe trabalhadora formal: a licença-maternidade passou de 84 para 120 dias, criou-se a licença-paternidade (5 dias), ampliou-se os anos de direito à creche (embora isto não tenha sido ainda regulamentado) e estendeu-se os direitos às trabalhadoras domésticas e rurais (BRASIL. Constituição, 1988).

A Lei 9.799, de 26 de maio de 1999, acrescentou ao parágrafo 4º do artigo 392 da Consolidação das Leis do Trabalho o inciso II, que garante à empregada, durante a gravidez, sem prejuízo do salário, dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares (SANCHES; GEBRIM, 2003).

Em 15 de abril de 2002, posteriormente, portanto, ao período aqui analisado, a Lei 10.421 estende às mães adotantes o direito à licença-maternidade e ao salário maternidade, assegurando em 120 dias a licença às adotantes de crianças de até um ano; em sessenta dias às de um a quatro anos e em trinta dias às de quatro a oito anos. Essa cláusula foi retirada do contrato de trabalho da categoria, em 1999 (SANCHES; GEBRIM, 2003).

## **2.4 Gestante de alto risco, uma problemática de saúde pública ainda negligenciada**

### 2.4.1 Gestante de alto risco

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos, sem intercorrências. Não obstante, uma pequena parcela de gestantes, por suas características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco" (BRASIL, 2000c). Pode-se então conceituar como gravidez de alto risco "aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada" (CALDEYRO-BARCIA apud BRASIL, 2000a).

O interesse pela gestação de alto risco data da década de 60 e, como seria de se esperar, despertou a atenção de inúmeros estudiosos, no mundo inteiro. Para a generalização dos conhecimentos, o primeiro passo será identificação, em determinada população, das gestantes com fatores de risco. Assim, surgiram inúmeras tabelas e escores, na literatura mundial, diferentes entre si, por relatarem realidades de países ou mesmo de regiões diferentes (BRASIL, 2000a).

Diante disto, são enumerados, pelo MS, 35 fatores de risco considerados como os mais comuns, agrupados em quatro grandes grupos (BRASIL, 2000b): 1. **Características comuns, individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:** idade menor que 17 e maior que

35 anos; ocupação relacionada a esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse; situação conjugal insegura; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; altura menor que 1,45 m; peso menor que 45 kg e maior que 75 kg; dependência de drogas lícitas ou ilícitas. **2. História reprodutiva anterior:** morte perinatal explicada e inexplicada; recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado; abortamento habitual; esterilidade / infertilidade; intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; nuliparidade e multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva; cirurgia uterina anterior. **3. Doença obstétrica na gravidez atual:** desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ganho ponderal inadequado; pré-eclampsia e eclampsia; diabetes gestacional; amniorrexe prematura; hemorragias da gestação; aloimunização; óbito fetal. **4. Intercorrências clínicas:** hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas.

As gestações de alto risco comprometem a mãe e o conceito, sendo que 10 a 20% das grávidas podem ser consideradas de alto risco e responsáveis por 50% da mortalidade fetal anteparto (BRASIL, 1988, REZENDE; MONTENEGRO, 1999; TEDESCO, 2000). As hemorragias estão presentes em 10% a 15% das gestações e a mesma frequência é estimada para os desvios do crescimento fetal (BRASIL, 2000c). Já a hipertensão incide em quase 10% de todas as gestações e é a intercorrência clínica mais importante da obstetrícia atual, em consequência de sua influência nos índices de mortalidade materna e fetal. A toxemia gravídica, juntamente com as infecções e as hemorragias, são as três principais causas de morte materna, no Brasil (REZENDE; MONTENEGRO, 1999).

Sabendo-se que algumas patologias obstétricas podem se instalar precocemente, a realização do pré-natal desde a confirmação da gravidez poderia minimizar esses riscos. Apesar de existirem tantos recursos tecnológicos de fácil aplicabilidade, ainda existe precariedade na Atenção Obstétrica.

Para atender as necessidades de saúde desse grupo de alto risco é necessária a adoção de técnicas mais especializadas. Com base nessas necessidades, em 1998, o MS criou mecanismos de apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco. Esse tipo de gestante é, assim, contemplado pelo princípio da equidade do SUS, segundo o qual cada pessoa deve ter atendimento de acordo com suas necessidades específicas. A intenção é a de estimular e apoiar a organização e/ou



consolidação de Sistemas de Referência na área hospitalar, em todos os estados do país, para o atendimento às gestantes de alto risco (BRASIL, 2001).

A preocupação do governo nas questões que comprometem a qualidade de vida das mulheres é responsável pela implantação do Pacto pela Saúde, através da adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que estabelece metas e compromissos para cada ente da Federação, sendo renovado anualmente. Dentre as prioridades definidas, incluí-se a redução da mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2006).

Uma das ações importantes, sobretudo na prevenção de uma gestação de alto risco, é prestar uma assistência pré-natal de boa qualidade, realizada por uma equipe multiprofissional qualificada e comprometida com os problemas enfrentados no dia-a-dia. Para Penna et al. (1999), o pré-natal é constituído por um conjunto de cuidados, condutas e procedimentos em favor da mulher grávida e do conceito, durante a gestação. Baruffi (2004) infere que o pré-natal é a denominação de um conjunto de medidas e atividades realizadas pelos profissionais de saúde com as mulheres, durante a gravidez e no preparo para o parto.

A assistência pré-natal adequada e de qualidade tem preocupado instituições como a OMS, a OPAS, bem como o sistema de saúde brasileiro, por intermédio do MS, pois consideram reais as possibilidades de diagnóstico e tratamento da maioria das situações patológicas, podendo repercutir favoravelmente em resultados maternos e em melhores condições dos recém-nascidos (FERREIRA, 2002). Há, ainda, uma preocupação adicional, no caso da gestação na adolescência, considerada de alto risco pela OMS, e que requer um olhar mais apurado, aliado a uma assistência multidisciplinar.

#### 2.4.2 Gestante adolescente

A adolescência pode ser definida como o período entre as idades de 10 a 20 anos, segundo define a OMS. É a fase de transição entre a infância e a idade adulta, quando o desenvolvimento da sexualidade reveste-se de fundamental importância para o crescimento do indivíduo em direção à sua identidade adulta, determinando sua autoestima, relações afetivas e inserção na estrutura social (HERCOWITZ, 2002). Esta etapa da vida é caracterizada por um complexo processo de desenvolvimento biológico, psicológico e social. Além disso, um conjunto de experiências marca a vida do adolescente: o desenvolvimento do autoconhecimento, que dá origem aos sentimentos de autoestima e de questionamento dos valores dos pais e dos adultos em geral; os impulsos sexuais ganham uma expressão mais

efetiva, em função da maturação física e a percepção do início da potencialidade de procriação (RUZANY, 2000). Entretanto, esse processo se dá de forma diferenciada, de acordo com a história de vida de cada adolescente e do grupo socioeconômico em que está inserido (KAHHALE, 1998).

A precocidade do início das atividades sexuais, aliada à desinformação quanto ao uso adequado dos contraceptivos e à deficiência de programas de assistência ao adolescente são alguns dos fatores referidos como responsáveis pelo aumento da gravidez, abortamento e doenças sexualmente transmissíveis na adolescência. Também a idade da menarca, que vem se antecipando ao longo dos últimos anos, é um importante contribuinte na precocidade das gestações (TREFFERS et al., 2001).

Estima-se que, no Brasil, um milhão de adolescentes dá à luz a cada ano, o que corresponde a 20% do total de nascidos vivos. As estatísticas também comprovam que, a cada década, cresce o número de partos de meninas cada vez mais jovens, em todo o mundo (SANTOS; SILVA, 2000). Para Rocha (1991), a gravidez na adolescência é um fato presente nos serviços de saúde. Em 2000, foram realizados 2,6 milhões de partos pelo SUS. Desses, 679 mil, ou 27,13%, foram de jovens de 10 a 19 anos. No Recife, em uma amostra de 5.940 recém-nascidos vivos de baixo nível socioeconômico, 24,5% eram de mães adolescentes, sendo que as menores de 15 anos representavam 0,5% do total e as de 15 a 19 anos 23,9%; as mães menores de 15 anos também obtiveram percentuais maiores em população estudada em São Paulo, confirmando assim que a gravidez na adolescência está aumentando às custas, inclusive, das gestantes mais jovens.

Estes dados são ainda mais preocupantes quando se considera o significado econômico, social e psicobiológico da gravidez na adolescência, nos dias atuais. Em relação ao primeiro, verifica-se que, diante da modernização ocorrida nas últimas décadas, criou-se uma expectativa de redução da maternidade, durante a adolescência, como uma consequência do papel social da mulher, que passou a ser não apenas mãe e dona de casa, mas também obteve uma inserção mais efetiva na força de trabalho (NEVES, 2001).

É fato que a experiência da maternidade nos primeiros anos da adolescência influencia, negativamente, na vivência e nos efeitos da gravidez, que repercutem sobre a mãe e o conceito. Por este motivo, esta gestação é considerada de alto risco, pela Organização Mundial de Saúde (1977, 1978). Contudo, atualmente se considera que o risco é mais social do que biológico. Existem relatos de que complicações obstétricas ocorrem em maior proporção nas adolescentes, principalmente nas de faixa etária mais baixa. As complicações mais frequentes vão desde anemia, ganho de peso insuficiente, hipertensão, infecção urinária,

DST, desproporção céfalo-pélvica, até complicações puerperais (BLACK; DEBLASSIE, 1985; RUBIO et al., 1981; SISMONDI; VOLANTE; GIAI, 1984; STEVENS-SIMON; WUHITE, 1991; ZHANG; CHAN, 1991).

A gravidez na adolescência tem sérias implicações biológicas, familiares, emocionais e econômicas, além das jurídico-sociais, que atingem o indivíduo isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade. O fato de a adolescente vir a ultrapassar etapas importantes, do ponto de vista do desenvolvimento, em função de uma gestação nesse período, constitui uma experiência emocionalmente difícil. Sempre haverá um enfrentamento de questões importantes, como, por exemplo, no tocante à educação: a interrupção, temporária ou definitiva, do processo de educação formal, acarretará prejuízo na qualidade de vida e nas oportunidades futuras. E, não raro, com a conivência do grupamento familiar e social, a adolescente se afasta da escola, frente à gravidez indesejada, quer por vergonha, quer por medo da reação de seus pares (ALIAGA et al., 1985; FERNANDEZ et al., 1998; MCGOLDRICH, 1985; SOUZA, 1999).

A responsabilidade precoce imposta pela gravidez, paralela a um processo de amadurecimento ainda em curso, resulta em uma adolescente mal preparada para assumir as responsabilidades psicológicas, sociais e econômicas que a maternidade envolve (MOTTA; PINTO E SILVA, 1994; SILVA, 1987). A instabilidade das relações conjugais também acaba por contribuir para a ocorrência de prejuízos emocionais e até mesmo de transtornos de ordem afetiva (MONTESSORO; BLIXEN, 1996; PERRIN; MCDERMONTT, 1997), muitas vezes agravados por um ambiente familiar pouco acolhedor e muito mobilizado pela notícia da gestação. Está também comprovado que o risco dos filhos serem vítimas de maus-tratos é maior (CONGER; PETERSEN, 1984), especialmente nos casos em que a gravidez foi indesejada (AZEVEDO, 1985).

Para a saúde pública, a prática do sexo seguro entre adolescentes ainda está bem longe dos níveis ideais. Além de alguns dados disponíveis sobre o uso de preservativos por jovens revelarem a necessidade constante de trabalho educativo junto a essa população, há um número elevado de jovens grávidas, situação que, inevitavelmente, revela práticas sexuais desprotegidas (BRASIL, 2003a). A situação apresentada leva a ressaltar a importância do desenvolvimento de políticas públicas que privilegiem a educação sexual como forma de adiar a ocorrência da gestação. Essas medidas, certamente, possibilitarão o desenvolvimento de todo o potencial psíquico da adolescente, bem como a ampliação de oportunidades de vida

que venham a garantir uma melhor condição social futura para as gerações subsequentes (SABROZA et al., 2004).

Outro problema grave que compromete muito a qualidade de vida da mulher e da adolescente, estando ela ou não no período gestacional, é a violência física e verbal, as formas mais evidentes de violência. Dentre os tipos específicos de violência, pode ser citado o assédio sexual, tão frequente entre as secretárias e as empregadas domésticas, e os constrangimentos de controle da reprodução, com testes de gravidez nos exames admissionais e periódicos (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995).

#### 2.4.3 Gestante e violência

A Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1993, reconheceu como violência contra a mulher qualquer ato de violência de gênero que resulte em sofrimento, incluindo também a ameaça de praticar tais atos, a coerção e a privação da liberdade, tanto em público como na vida privada.

No Brasil, como na maior parte do mundo civilizado, a conscientização de que a violência contra a mulher é absurda e deve ser erradicada começou a partir da luta das feministas, que saíram às ruas, principalmente nas décadas de 70 e 80, gritando contra a impunidade dos agressores, nos denominados "crimes da paixão" (CHESNAIS, 1981; AZEVEDO, 1985; BEISSMAN, 1994).

Esse trabalho de conscientização junto aos meios de comunicação e à sociedade em geral carregou consigo a abordagem de que os espancamentos de mulheres devem ser percebidos como um problema social e de saúde pública, não apenas por suas proporções numéricas, mas também pela gravidade de suas conseqüências psicofísicas. Com isto se conseguiu, junto ao Estado, a criação de órgãos específicos no combate a este tipo de crime, como as Comissões de Defesa dos Direitos da Mulher, os Conselhos da Condição Feminina e o pioneirismo na criação das Delegacias Especializadas em atendimento de mulheres agredidas (AZEVEDO, 1985; SILVA, 1992; BEISSMAN, 1994).

A Organização Mundial da Saúde, concorda que a violência representa um problema de saúde pública de graves dimensões, amplamente disseminado em todos os países do mundo. Sob essa óptica, a violência contra a mulher assume especial relevância, estimando-se que pelo menos um quinto da população feminina mundial já tenha sofrido violência física ou sexual, em algum momento de suas vidas.

O estudo da OMS, realizado em vários países, sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica, verificou que as mulheres em situação de violência no Brasil, Japão e Peru têm até duas vezes mais probabilidade de considerar seu estado de saúde atual como ruim ou péssimo.

Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados, com maior frequência, os pais biológicos, padrastos, maridos, namorados ou ex-companheiros, irmãos, parentes próximos e conhecidos. O respeito à mulher que sofreu violência sexual nem sempre acontece na prática, seja na recepção de denúncias em delegacias não especializadas, seja nos atendimentos dos serviços de saúde. Devido ao caráter multifatorial de sua determinação, a implementação de uma política voltada para a redução da violência sexual e doméstica deve contemplar ações inter-setoriais, devendo-se salientar que a promoção da saúde, assim como a redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência implicam o desenvolvimento de parcerias efetivas, principalmente com a justiça e a segurança pública (BRASIL, 2003c).

De acordo com a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos, priorizando a organização de redes integradas de atenção às mulheres em situações de violência, assim como promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.

A violência, seja ela física, sexual, psicológica ou emocional, torna-se ainda mais séria quando a mulher se encontra grávida, pois traz consequências significativas para a saúde da díade mãe-filho, tais como baixo peso ao nascer, aborto, parto e nascimento prematuro e até mortes materna e fetal, conforme dados revelados pela Organização Mundial da Saúde, no Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde.

Para a gestante, a violência vivenciada é de difícil abordagem nas relações pessoais e profissionais. As mulheres que vivenciam essas situações sentem-se coibidas em declarar as agressões de parceiros e familiares, e, ainda, alguns atos de violência não são reconhecidos por eles, nem por essas mulheres, e nem mesmo por profissionais de saúde.

As diversas formas de violência que acometem as gestantes no seu dia-a-dia repercutem de maneira significativa na sua saúde física e mental. Para minimizar seus consequentes agravos, é necessário um olhar criterioso e profundo, principalmente pela equipe de saúde, voltado para a atenção à saúde com uma abordagem integral, individual e contextualizada, levando em consideração o conjunto de aspectos socioeconômicos e psicossociais presentes na vida da gestante.

As consequências da violência podem se expressar num aumento da estatística da mortalidade materna; daí a necessidade de que os profissionais de saúde valorizem as situações de violência vivenciadas pelas gestantes, encaminhando-as para uma assistência especializada, com a maior brevidade, quando identificado o problema.

#### 2.4.4 Mortalidade materna

A Organização Mundial da Saúde (1998), segundo a Classificação Internacional de Doenças-CID10, define morte materna como:

A morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. As mortes com mais de 42 dias e até um ano depois do término da gravidez foram consideradas como morte materna tardia.

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) recomenda que sejam consideradas como mortes maternas “todas as mortes, independentemente da causa, que ocorram até 42 dias após o término da gestação, e todas as mortes em que tenha sido possível identificar como desencadeante da causa o processo gestacional, até um ano pós-parto”.

Considera-se que a Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldade de acesso a serviços de saúde de boa qualidade (BRASIL, 2004a).

No relatório da Conferência Internacional sobre Maternidade Saudável, realizada em Nairobi, Quênia, em 1987, a atenção estava voltada para os dados sobre as mulheres que vivem na África subsaariana, que apresentam um risco de morrer, durante o ciclo gravídico-puerperal, de 1:16 (de 1 por 16 nascidos vivos). No mundo industrializado, este risco é de 1:2800 e, nos EUA, é de 1:3700. A RMM mundial é de 400 mortes/100.000 Nascidos Vivos (NV). Na distribuição segundo a região, a África apresenta uma RMM de 830/100.000, a América Latina e o Caribe, 190/100.000, e os países industrializados, 20/100.000; treze países em desenvolvimento registram 70% de todas as mortes maternas. O maior número de mortes maternas é encontrado na Índia (136.000 por ano), seguida da Nigéria (37.000 por ano).

Nas capitais brasileiras, para o ano de 2001, a RMM corrigida foi de 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, por problemas relacionados à gravidez, parto ou aborto (BRASIL, 2004a). Os resultados apresentados por Costa et al.(2002) mostraram uma elevada Razão de Mortalidade Materna (RMM) na cidade do Recife, em torno de 75 por 100.000

nascidos vivos, muito acima das recomendações da OMS, que considera aceitável uma RMM abaixo de 20, em 100.000 nascidos vivos. Observa-se, ainda, frequência alta de subregistro (aproximadamente 28%) nas declarações de óbito, implicando na constatação de que, se apenas as informações oficiais fossem utilizadas, quase um terço das mortes maternas não seriam identificadas.

As principais causas da mortalidade materna são: a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis (BRASIL, 2004a). A redução da mortalidade materna e neonatal, no Brasil, é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas de mortalidade se configuram como uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais.

A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as tendências de saúde de uma população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade (BRASIL, 2004a).

Entendendo que o enfrentamento da problemática da morte materna e neonatal implica no envolvimento de diferentes atores sociais, de forma a garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades locais da população, o MS propôs a adoção do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal (BRASIL, 2004a).

No Brasil, o Plano Nacional de Redução da Mortalidade Materna segue as recomendações da OMS, que incluem a identificação da magnitude e dos fatores determinantes das altas taxas de mortalidade materna, o monitoramento dos índices por meio dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e a proposta de estratégias para sua redução, considerando-se as diferentes necessidades de cada região, estado e município do País. Apesar dos esforços do governo federal, os índices de morte materna registrados no País ainda assustam. Assim, o fundamental para evitá-las é a melhoria dos cuidados de saúde, em particular durante a gravidez, o parto e no período subsequente, considerando que estas intervenções podem ter múltiplos benefícios para as mães, as crianças e suas comunidades, quando são acompanhadas por cuidados continuados que integram a família, a comunidade e os serviços próximos, com acesso a infraestruturas adequadas.

Desde os anos 80, há, no país, comitês de mortes maternas, e o óbito materno foi declarado de notificação compulsória, em 1997. As causas principais dessas mortes são hipertensão, hemorragias, complicações do aborto (ilegal) e infecções puerperais. A taxa em

mães solteiras é quase o dobro da de mães casada, e mais alta nas regiões mais pobres do país (JÁCOME, 2001).

As deficiências da atenção ao parto incluem o número inadequado de leitos. Isso, combinado à falta de transporte, resulta na peregrinação de gestantes na hora do parto, em busca de uma vaga (VALLADARES, 1999). A maioria dessas mortes seria evitável por meio de uma atenção pré-natal adequada, com a garantia de uma assistência de boa qualidade, no parto e pós-parto, prestadas por instituições públicas ou privadas.



### **3 OBJETIVOS**

*“Antes de entrar numa batalha, é preciso acreditar no motivo da luta”.*

Sun Tzu

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Caracterizar as mulheres que tiveram gestação de alto risco, atendidas em uma maternidade pública de Recife-PE, quanto às suas condições de vida e trabalho, importantes elementos da determinação social dessa condição nosológica.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Caracterizar as mulheres que tiveram uma gestação de alto risco em seu contexto de vida e trabalho;
- b) Construir uma concepção modelizante da determinação social da gestação de alto risco, para auxiliar na orientação de ações de promoção e prevenção dessa condição psicológica .

## **4 MÉTODO**

*"E ela não passava de uma  
mulher... inconstante e borboleta."*

Clarice Lispector

## 4 MÉTODO

### 4.1 Desenho do estudo

A modalidade adotada para o estudo é a descritiva, com abordagem epidemiológica, de corte transversal.

### 4.2 Local do estudo

O Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam), fundado em 23 de janeiro de 1947, é um serviço público de saúde da Rede Estadual, integrante do Complexo Hospitalar da Universidade de Pernambuco (UPE). Instituição especializada na assistência à saúde da mulher e da criança, com serviço ambulatorial e hospitalar, que na sua estrutura comporta 104 leitos, ofertados integralmente para o SUS. É referência para o Sistema Estadual de Saúde na assistência à gestação de alto risco, de acordo com a portaria nº454/GM, publicada em 17 de março de 2004. No ano de 2008, pelos registros da súmula estatística, a instituição realizou 5.160 atendimentos às gestantes/parturientes/puérperas de alto risco e se mantém em 2º lugar no número de internamentos e em 3º na realização de procedimentos obstétricos, em comparação aos hospitais especializados na saúde materno-infantil do Recife e Região Metropolitana. Foi esta a motivação para a escolha desta Instituição.

### 4.3 População do estudo

A população do estudo foi constituída por puérperas de alto risco, que foram diagnosticadas e assistidas na emergência da Maternidade Monteiro de Morais, do Cisam, que por indicação médica, através do laudo com registro do diagnóstico, foram internadas para assistência ao parto e pós-parto, no período de março a abril de 2010.

**Critério de inclusão:** Foram incluídas no estudo puérperas que foram assistidas no alto risco, que tinham algum vínculo empregatício, seja trabalho formal ou informal, internadas na Instituição no período de março a abril de 2010, cuja alta hospitalar ocorreu entre a segunda e sexta feira da semana, no período da manhã, e que aguardavam seus familiares e/ou responsáveis para deixar a instituição, e que aceitaram participar da pesquisa.

**Critério de exclusão:** Foram excluídas do estudo as puérperas, que embora tenham sido assistidas no alto risco, eram estudantes ou do lar, sem vínculo empregatício formal ou informal e as puérperas cuja gravidade do estado clínico impossibilitou realizar a entrevista, como também as que não concordaram em participar da entrevista.

#### **4.4 Amostra e seleção**

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizada a prevalência de 19,75% de gestantes/parturientes de alto risco (Cisam/2008) e a prevalência de 24,55% de gestantes/parturientes sem vínculo empregatício. Estas prevalências foram calculadas a partir de uma amostra de mulheres atendidas na Instituição sede deste estudo, no ano de 2008, com um erro de 5% e um intervalo de confiança de 95%.

Considerando que em 2008 foram assistidas no Cisam com um total de 5.160 gestantes /parturientes, e que 24,55% eram gestantes/parturientes se vínculo empregatício, tivemos 1267 gestantes/parturiente nessas condições no ano de 2008. Ao subtrair o total de mulheres sem vínculo empregatício, do total de mulheres assistidas em 2008, conclui-se que neste ano foram assistidas no Cisam 3893 gestantes/parturientes com vínculo empregatício.

Considerando que 19,75% destas gestantes/parturientes foram de alto risco, conclui-se que, em 2008, foram assistidas no Cisam 769 gestantes /parturientes de alto risco, que tinham vínculo empregatício. Portanto, em dois meses foram assistidas nessas condições 128 mulheres.

Considerando a possibilidade de 20% de perdas, e que 20% de 128 corresponde a 26 mulheres, a amostra fica estabelecida em 154 gestantes/parturientes de alto risco, com vínculo empregatício, para aplicação do questionário, num período de dois meses (março e abril, 2010).

#### **4.5 Fonte de dados**

Na pesquisa, foram utilizados dados secundários e primários. Os dados primários foram obtidos através da aplicação de um questionário (Apêndice A-Instrumento de coleta de dados) e a fonte dos dados secundários foi constituída pelos laudos médicos, no momento do atendimento das gestantes/parturientes na Emergência.

#### 4.5.1 Instrumento de coleta de dados

A pesquisa utilizou, como instrumento para coleta de dados primários, um questionário semiestruturado, com um total de 41 (quarenta e uma) questões abertas e fechadas (Apêndice A).

As questões estão apresentadas com base no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), nos quatro níveis de determinação da saúde. São compostas de variáveis demográficas, socioeconômicas, culturais e estilo de vida e condições de vida e trabalho. As variáveis demográficas seguiram o padrão preconizado pelo IBGE.

#### 4.5.2 Processo de coleta de dados

Foram identificadas as puérperas de alto risco, através da análise dos laudos médicos, rotineiramente preenchidos na admissão de todas as pacientes atendidas na Emergência da maternidade. A coleta de dados, através da aplicação do questionário semiestruturado (Apêndice A), foi realizada no período pós-parto, nas enfermarias de obstetrícia (alojamento conjunto).

As pacientes já com alta hospitalar, enquanto aguardavam contato com os familiares ou responsáveis, para deixar a maternidade, eram convidadas pela pesquisadora para participar da pesquisa, após explicação dos objetivos. Neste momento, era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

### **4.6 Controle de viés**

A aplicabilidade do questionário foi verificada através de um plano-piloto, com 10 entrevistas, a fim de corrigir erros e inconsistências na formulação das perguntas.

Para minimizar o viés de informação, houve apenas um entrevistador (a própria pesquisadora), que estava capacitada para a aplicação do questionário em todos os detalhes. Na prevenção do viés de seleção, o tamanho da amostra foi calculado utilizando os dados do Cisam, do ano de 2008, levantando as prevalências da amostra desejada (mulheres com alto risco e com vínculo empregatício). Foi ainda realizada dupla digitação, para dar consistência aos dados, utilizando o programa Epi Info 3.32.

#### 4.7 Análise estatística

Para a análise estatística foi realizada com o Epi Info 3.32, sistema integrado de programas para microcomputadores, voltado para o gerenciamento de dados epidemiológicos (CDC, 2004), por meio do qual foi realizada a representação tabular com frequência absoluta e relativa. Os dados coletados no questionário tiveram suas frequências tabuladas, para permitir uma melhor análise estatística.

#### 4.8 Plano de análise de dados

As variáveis selecionadas para o estudo estão representadas no quadro1 e atendem ao modelo de análise de Dahlgren e Whitehead dos determinantes sociais (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). A apresentação das variáveis mensuradas será feita mediante tabelas ou gráficos, incluindo também o uso de algumas medidas descritivas, como média e desvio padrão.

Variáveis do I nível, relacionadas à coesão social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade</li> <li>• Estado civil.</li> </ul>
Variáveis do II nível, relacionadas ao estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagismo</li> <li>• Alcoolismo</li> <li>• Alimentação</li> <li>• Lazer</li> <li>• Sono</li> <li>• Prática de esportes.</li> </ul>
Variáveis do III nível, relacionadas às redes sociais e comunitárias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação em associação de moradores</li> <li>• Classe trabalhadora</li> <li>• Conselho de saúde e outros.</li> </ul>
Variáveis do IV nível, relacionadas às condições de vida e trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições de moradia em relação a água e esgoto</li> <li>• Escolaridade</li> <li>• Número de gestações, aborto, pré-natal, tipo de parto, idade gestacional, peso do RN, laqueadura tubária, quantidade de filhos, perda de filhos, medicações utilizadas</li> <li>• Violência sexual</li> <li>• Profissão, jornada de trabalho, horas trabalhadas/dia, horas extras, folgas, pausas durante o trabalho, tempo (anos) de trabalho, rotina do trabalho, férias, carteira de trabalho, afastamento, liberação, licença gestação, acidente de trabalho, atendimento médico, doenças relacionadas com o trabalho, riscos e condições de saúde do trabalhador.</li> </ul>
Variáveis do V nível, Macrodeterminantes, Relacionadas às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naturalidade</li> <li>• Território de moradia</li> <li>• Renda familiar.</li> </ul>

Quadro1: Distribuição das variáveis estudadas na pesquisa

#### **4.9 Aspectos éticos (Res.196/1996 – CNS)**

Antecedendo a realização do estudo, foi solicitado o consentimento das participantes, mediante assinatura de documento próprio – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (Apêndice B), que assegura a preservação da privacidade das participantes da pesquisa, diretos e indiretos. E que as informações coletadas serão utilizadas pela pesquisadora para fins acadêmicos e de divulgação da pesquisa, sendo sempre mantido o sigilo da identidade das participantes.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas do Aggeu Magalhães da Fiocruz, sob o registro CEP-CpqAM 43/09, e do CAAE 0041.0.000.095-09, com o parecer número 51/2009, aprovado em 08 de outubro de 2009.



## **5 RESULTADOS**

*“As mulheres, como sonhos, nunca  
são como as imaginamos”*

Pirandello

## 5 RESULTADOS

Quanto às características individuais, as puérperas tinham, em média, 29 anos, variando de 17 a 47 anos (Tabela 1, Apêndice C). Do total das entrevistadas, 79,2% (n=122) viviam com um companheiro, na época da entrevista. Destas, 48,4% (n=59) tinham até cinco anos de convívio conjugal. Um pouco menos da metade (n=75; 48,7%) moravam com ou próxima de sua mãe ou sogra (Tabela 2, Apêndice C).

Quanto ao estilo de vida e hábitos, ao serem questionadas sobre o número de refeições, 88,3% (n=136) responderam que se alimentavam três ou mais vezes por dia. A grande maioria declarou-se não fumante (n=142; 92,2%) e não consumidoras de bebidas alcoólicas (n=123; 79,9%), sendo que apenas 15,6% (n=24) faziam algum exercício físico de rotina. Dentre as atividades de lazer, o hábito de assistir TV, passear, visitar amigos e parentes e frequentar a igreja foram as mais citadas, e apenas 17,5% (n=27) tinham o hábito da leitura (Tabela 3, Apêndice C).

Quanto ao tempo de sono, 90,9% (n=140) responderam que dormiam seis ou mais horas por noite (Tabela 3, Apêndice C).

No que concerne às redes sociais e condições gerais de vida e trabalho, 22,7 % (n=35) participam de algum tipo de rede social e comunitária, sendo a reunião religiosa a mais citada, porém 77,3% (n=119) não frequentavam nenhum tipo de rede social (Tabela 4, Apêndice C).

Suas residências eram constituídas, em sua maioria (n=110; 71,5%), de até 6 cômodos, e 87,6% (n=135) disseram que viviam com 2 a 5 pessoas. Grande parte destas moradias (n=137; 89%) era suprida por água proveniente do abastecimento público e 98,7% (n=152) possuíam banheiros, dos quais somente 1,3% (n=2) situados fora da casa. Menos da metade (n=55; 35,7%) das residências estavam ligadas à rede pública de esgoto (Tabela 5, Apêndice C).

Quanto à escolaridade a maioria significativa declarou-se alfabetizada, sendo que apenas 0,6% (n=1) tinham nível superior completo (Tabela 5 do apêndice C).

Em relação à vida reprodutiva, 80,6% (n=124) engravidou de um a três vezes e 26,6 % (n=41) do total das entrevistadas referiram de um até cinco abortos prévios (Tabela 5, Apêndice C).

As puérperas que referiram já ter sofrido violência do tipo físico e ou sexual constituíram 8,4% (n=13) do total de entrevistadas (Tabela 5, Apêndice C).

Na história da gestação atual, 150 puérperas (97,4%) haviam feito pré-natal e, destas, 124 (80,4%) haviam realizado entre cinco e nove consultas. Quanto ao tipo de parto, cerca de metade (n=78; 50,6%) evoluiu para parto normal e não houve nenhum caso de parto com fórceps. Dentre as 76 (49,4%) mulheres submetidas a operação cesareana, 30 (19,5%) foram submetidas, também, a ligação tubária (Tabela 5, Apêndice C).

Os partos ocorridos antes do 8º mês gestacional completo totalizaram 24 casos (15,6 %). Os recém nascidos, em sua maioria (n=127; 82,5%), pesavam acima de dois quilos (Tabela 5, Apêndice C). Média/Mediana e Desvio Padrão do peso do RN ao nascer.

Quando questionadas sobre o número de filhos, 140 (90,9%) responderam de um a três filhos e sete (4,5%) informaram óbito de algum dos filhos, predominando a morte por causas respiratórias (Tabela 5, Apêndice C).

Quanto às variáveis relacionadas ao trabalho, as ocupações mais citadas foram: doméstica, auxiliar de serviços gerais, vendedora, agricultora, totalizando 58,7% (n=90) das entrevistadas. No entanto, 62,3% (n=96) trabalhavam na informalidade. O tempo de trabalho na atual atividade foi variável, com pouco mais da metade (n=79; 51,3%) trabalhando entre um a cinco anos (Tabela 5, Apêndice C).

A jornada de trabalho que predominou foi a diurna com, 82,5% (n=127) do total das mulheres, 62,7% (n=96) disseram que trabalhavam entre seis a oito horas por dia; e 25,3% (n=39) referiram carga horária extra, variando de uma a 24 horas por semana. Quanto às folgas, 86,4% (n=133) afirmaram ter de uma a duas folgas semanais e as férias eram gozadas durante o ano por 47,4% (n=73) das entrevistadas (Tabela 5, Apêndice C).

No transcorrer da jornada de trabalho, 92,2 % (n=141) tinham direito a pausas, 97,4% (n=150) eram autorizadas a ir ao banheiro sempre que desejassem e 89% (n=137) se alimentavam no local de trabalho (Tabela 5, Apêndice C).

Em relação a consultas do pré-natal, 89% (n=137) eram liberadas e 26,8% (n=41) precisaram se afastar do ambiente de trabalho por até seis vezes, em decorrência de motivos relacionados à gestação, apresentando principalmente hipertensão arterial e infecção urinária. Com o consentimento dos empregadores, o afastamento para o parto ocorreu principalmente após o 6º mês de gravidez (n=103; 67,3%). (Tabela 5, Apêndice C).

Houve relato de cinco (3,3%) casos de acidentes de trabalho no período de gestação. Destes, dois (40%) precisaram de atendimento médico e apenas um (20%) fez a notificação do acidente. Apesar do pequeno percentual de acidentes de trabalho, muitas trabalhadoras relataram exposição a condições adversas, tais como: produtos químicos (n=78; 50,1%),

poeira (n=110; 71,4%), calor (n=125; 81,2%) e posição viciosa (n=124; 80,5%), (Tabela 5, Apêndice C).

Em relação ao local de nascimento, 50,3% (n=77) das puérperas nasceram no Recife e 6 % (n=10) nasceram em outros Estados, como mostra a tabela 6 (Apêndice C).

Quanto ao local de domicílio, 43,7 % (n=67) residem em diversos bairros do Recife, e 92,29 %; (n=142) das puérperas, moravam há mais de um ano no mesmo endereço (Tabela 6, Apêndice C).

A maior concentração da renda total das famílias estava na faixa de um a dois salários mínimos (N=67; 3,8%).

## **6 DISCUSSÃO**

*“Você tem que criar a confusão sistematicamente, isso liberta a criatividade. Tudo o que é contraditório cria vida”.*

Salvador Dali

## 6 DISCUSSÃO

O Cisam tornou-se um hospital de referência através da Portaria N° 454, do Gabinete Ministerial, publicada em 17 de março de 2004. A partir daí, vem desenvolvendo atividades que priorizam a atenção da gestante de alto risco. Outra ação importante é a humanização e qualificação na atenção em saúde, que significa aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica o estabelecimento de relações entre sujeitos iguais, ainda que possam apresentar-se muito distintos, conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero.

Na discussão será apresentado os níveis de determinação social na sequência do modelo adotado. No I nível, que trata da coesão social, foi observado que as gestantes estão mais amparadas na coesão familiar, pela presença do companheiro, como também da mãe e ou sogra.

O estilo de vida, caracterizado pela alimentação e hábitos, não apresentou características de nocividades. A renda média das gestantes é relativamente baixa, com adequada frequência de refeições, explicada talvez pelo fato da maioria (89%) se alimentar no local de trabalho, no entanto a pesquisa não abordou a qualidade das refeições. O American College of Sports Medicine, em conjunto com a American Dietetic Association e Dietitians of Canada, consideram que as necessidades nutricionais serão sempre individuais, estando diretamente relacionadas às condições de saúde/nutrição e ao tipo de atividade desenvolvida durante a gestação.

A atividade física durante a gravidez é pouco praticada, o que pode predispor a alguns agravos. Nas orientações do pré-natal, o MS indica e aprova a prática de exercícios físicos supervisionados.

As leis, quando cumpridas, permitem o amparo das mulheres que decidem ser mãe e que agora, como trabalhadoras gestantes, devem estar conscientes sobre suas condições de vida e de como zelar pelo bem-estar de seu filho, evitando exercícios em excesso, não fumando, não ingerindo bebidas alcoólicas, não se expondo a situações de risco como traumas físicos ou emocionais.

No quesito lazer, especificamente em relação ao hábito de leitura, a constatação se assemelha à do maior estudo já realizado no País sobre o tema, publicado em 2008, que abrangeu um universo de 172 milhões de brasileiros (92% da população), verificando-se que 77 milhões de brasileiros não leram livro algum nos últimos três meses, formando assim o conjunto dos não-leitores do Brasil. Nesse universo estão incluídas as pessoas que não sabem

ler e escrever, boa parte dos mais pobres e dos que têm baixa escolaridade. Hubert Alquéres, presidente da Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, afirma ainda que os dados apresentados pela pesquisa traçam o mais completo perfil do leitor brasileiro, o que faz dela uma ferramenta de fundamental importância para nortear a formulação de políticas públicas visando a formação de leitores e a democratização do livro (AMORIM, 2007).

Os tipos de lazer mais apontados pelas gestantes (Ir à igreja, assistir TV, passear e visitar parentes e amigos), demonstra que, no âmbito das relações familiares e sociais, a visita pode significar, sobretudo, a manutenção da harmonia familiar, como também o fortalecimento da aceitação do novo integrante da família. Mas, é importante mencionar que a manutenção da situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico (BRASIL, 2004a).

Quanto às horas de sono, também foram consideradas satisfatórias para a grande maioria da amostra pesquisada. As grávidas sofrem com perturbações no sono, no entanto falta orientação durante o pré-natal. A literatura registra que o sono insuficiente pode afetar diretamente o trabalho de parto. Pesquisa realizada com mulheres que tiveram menos de oito horas de sono no último trimestre da gravidez, constatou que o parto foi mais prolongado, tendendo até para a necessidade de cesariana. Outro aspecto importante, que afeta as gestantes que trabalham, é a sonolência diurna que pode ocorrer nas pessoas que dormem menos de 6 horas por noite, o que compromete a jornada de trabalho e expõe os profissionais a risco de acidentes, além de interferir no estado de humor (VIDUEDO, 2007).

A participação em redes sociais e comunitárias foi pequena, na amostra estudada. Isso poderia ser justificado, em parte, pela dupla jornada de trabalho que estas mulheres exercem, limitando a disponibilidade de tempo para atividades extra-domiciliares. Há necessidade de priorização destas atividades no pré-natal. Este fato pode também estar associado ao nível cultural e de escolaridade baixos prevalentes na amostra.

As redes sociais constituem um tema da maior atualidade sociológica para se compreender a complexidade da vida social, sobretudo no tempo presente, em que a sociedade civil mundial exige respostas políticas locais, rápidas e eficazes, para assegurar a ampliação dos direitos de gozo da cidadania, respondendo diretamente aos anseios dos setores da sociedade civil, em busca das políticas de inserção e de participação social (MARTINS;

FONTES, 2004). A desvalorização do potencial das gestantes em fazer parte da rede social, buscando conquistar melhorias na sua vida e no seu trabalho foi observada e consiste em importante vulnerabilidade a ser trabalhada visando à saúde integral da mulher.

As condições insatisfatórias de saneamento das residências são compatíveis com os dados da Prefeitura do Recife e expõem as mulheres a um contexto de nocividade, uma vez que elas permanecem maior tempo expostas a estas condições adversas.

Sabemos que a água e o saneamento são dois fatores ambientais básicos para a qualidade da vida humana e interferem diretamente nas condições de saúde e nos riscos a que as pessoas estão expostas, sobretudo as gestantes, consideradas mais vulneráveis no processo saúde doença. No amplo conceito de saúde, devem ser abordados diversos aspectos da vida, como: situação de moradia, saneamento, trabalho, renda, lazer etc. Posto que a promoção da saúde e a proteção do ambiente são indispensáveis, para uma vida saudável (AUGUSTO, 2009).

Apesar da grande maioria das entrevistadas se considerarem alfabetizadas, observou-se poucos anos de estudo. O baixo nível de escolaridade está associado, desfavoravelmente, à precocidade do início do pré-natal, assim como à adesão e à concentração ou número de consultas na atenção ao pré-natal (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001).

A escolaridade está ainda associada ao baixo peso da criança ao nascer, à perimortalidade, neomortalidade e mortalidade infantil, assim como ao aumento do número de partos (ESCOBAR et al., 2002 ;TREVISAN et al., 2002).

O percentual de primíparas observado foi similar ao do estudo de Zampiere (2001) que, ao pesquisar gestantes de alto risco hospitalizadas em um hospital universitário, constatou que 29,5% dessas mulheres estavam vivenciando a gestação pela primeira vez.

O índice de abortamento foi um pouco acima do previsto (26,6%), em comparação a outros trabalhos (REZENDE; MONTENEGRO, 1999), que encontraram 10 – 15% de gestações interrompidas espontaneamente no 1º trimestre, sobretudo por causas cromossômicas ou genéticas. Grande parte dos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento, independentemente da sua política em relação ao aborto induzido, não planeja sistematicamente ou fornece atenção médica de emergência de maneira eficaz, para mulheres que sofrem de complicações relacionadas ao aborto. Como resultado, o tratamento frequentemente é postergado e ineficaz, com graves consequências e riscos à saúde da mulher (JHU, 1997).

As violências físicas e sexuais bem como o assédio sexual estão presentes na vida das mulheres, e corroboram dados do Brasil, o que justifica o interesse do governo em implantar a



Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a mulher, com ações atinentes a: garantir o atendimento integral, humanizado e de qualidade às mulheres em situação de violência; reduzir os índices de violência contra a mulher; garantir o cumprimento dos instrumentos internacionais, além de revisar a legislação brasileira de enfrentamento à violência contra a mulher.

A média de consultas de pré-natal foi similar à encontrada por Dias da Costa et al (2000) que é de 5,3 consultas durante toda a gestação. O MS reconhece o efeito positivo do pré-natal sobre a saúde da mulher e do conceito e preconiza o mínimo de 6 consultas no pré natal para gestantes de baixo risco, mas para gestantes de alto risco este mínimo não é suficiente, sendo o ideal acima de 9 consultas.

A assistência deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, através da utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis. O número de consultas pré-natal durante a gravidez é crescente, ano a ano: em 2003, foram realizadas 8,6 milhões de consultas durante o pré-natal; 19,4 milhões de consultas foram estimadas para 2009. O crescimento pode ser atribuído, principalmente, à ampliação do acesso ao pré-natal e à conscientização acerca da importância do comparecimento às consultas. A captação precoce das grávidas no pré-natal tem sido destacada como fator de extrema importância no resultado perinatal, visto que possibilita a identificação precoce das gestações de risco, assim como as intervenções necessárias (BRASIL, 2000a; DE LORENZI, 1999; DIAS DA COSTA et al., 2000; NOGUEIRA, 1994).

O fato da maioria das gestantes de alto risco serem acompanhadas no pré-natal é um dado positivo, que explica a baixa taxa de prematuridade. A idade gestacional no momento do parto da maioria das mulheres pesquisadas foi a partir do 8º mês, com os recém nascidos pesando, em média, acima de 2,6 quilos de peso. O peso ao nascer é o melhor preditor do padrão de saúde imediato e futuro do recém-nascido. No período peri e neonatal, o baixo peso ao nascer relaciona-se diretamente com a morbidade e mortalidade (GROSS et al., 2001; VICTORA et al., 1990). A frequência do baixo peso também está ligada aos fatores da saúde materna e às condições sociais da família de origem; quanto mais elevada a proporção do baixo peso ao nascer em uma comunidade, maior é a participação dos determinantes sociais na sua ocorrência (LEAL; GAMA; CUNHA, 2006).

O planejamento familiar, influência o número de cesáreas, muitas vezes desnecessárias, realizadas somente para fazer a laqueadura. Assim, há uma relação entre a ligação tubária e o aumento do número de cesáreas (ARRUDA et al., 1987; BARROS et al.,

1991; BERQUÓ, 1993; FAÚNDES et al., 1986; FAÚNDES; CECATTI, 1993; HARDY et al. 1993; VIEIRA, 1994).

Segundo a última pesquisa de base populacional realizada no Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, em 1996, a esterilização feminina foi o método mais prevalente, com aproximadamente 40% das mulheres casadas ou em união consensual, de 15 a 49 anos. Neste contexto, o Brasil se situa na terceira posição, entre os países com maior prevalência de esterilização, no mundo (BENFAM, 1997).

A lei de planejamento familiar autoriza a rede pública de saúde a realizar de graça as cirurgias de esterilização voluntária (vasectomia e ligadura tubária), em homens e mulheres com mais de 25 anos de idade e com, pelo menos, dois filhos vivos (FREITAS, 1996). Trata-se de uma lei inovadora, que representa um avanço nas políticas populacionais do País, mas deve ser cumprida e abranger todas as camadas da população, para que acabe de vez com a prática abusiva de esterilizações. O casal, ao ter acesso a este tipo de serviço, pode realmente planejar sua prole, com a certeza do acesso gratuito à informação e aos métodos anticonceptivos, para então optar pelo mais adequado à sua situação.

Em relação ao número de filhos, a amostra se assemelhou à média nacional de 2,3 filhos, desta forma, se ajustando ao novo perfil demográfico brasileiro, segundo o resumo dos indicadores sociais (2006) do IBGE. Nos Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil (2009) chegamos a um índice próximo ao que chamamos de taxa de reposição, que são dois filhos por mulher. “Essa taxa seria responsável por manter a população próxima da estabilidade”.

A profissão predominante foi a de doméstica e a crescente inserção em atividades fora do ambiente doméstico parece não ter sido seguida de uma desobrigação das antigas funções de cuidados com o lar e os filhos. Mesmo quando as mulheres têm carga horária igual ou superior à de seus companheiros, os cuidados com a casa e os filhos continuam sob sua responsabilidade, majoritariamente, expondo-as a uma sobrecarga de trabalho. Esta responsabilidade leva um grande número de mulheres a optar por jornadas parciais e mesmo interrupções frequentes na vida profissional (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995).

A saúde da mulher trabalhadora é constantemente ameaçada pelos riscos a que se submete no seu ambiente de trabalho. Os riscos mais citados pelas mulheres entrevistadas foram: produtos químicos, poeira, calor e exposição viciosa. O MS chama a atenção quanto ao direito assegurado da trabalhadora gestante, de não se expor a fatores de riscos: químico, físico, biológico ou ergonômico, que possam comprometer sua gestação, parto, puerpério, bem como as condições de vida e sobrevivência do recém-nascido (BRASIL, 2000a).

Nas variáveis relacionadas aos macrodeterminantes, foi constatado que grande parte das mulheres que tiveram gestação de alto risco e foram assistidas na maternidade do Recife sede desta pesquisa nasceram e ainda moram no Recife e, portanto, assumem um perfil social, cultural e econômico que se assemelha às características da cidade, com todas as dificuldades vivenciadas pela população em geral. Por se tratar de uma maternidade referência do Estado para gestante de alto risco foi encontrado também mulheres que moram em vários municípios do Estado, o que comprova a fragilidade desses municípios em atender, adequadamente, a essa clientela, mostrando uma completa ausência do poder de resolutividade, seja desses Municípios ou do Estado.

Quanto à renda das entrevistadas, a falta de equidade em relação ao salário dos homens é sempre um fator questionado, como uma forma de discriminação de gênero: a mulher, mesmo desenvolvendo trabalho igual ou superior ao dos homens, não consegue equiparar o salário.

A situação de pobreza das mulheres, ao entrevistar mais de 120 mil mulheres no Recife, em pesquisa sobre as/os beneficiárias/os da Bolsa Família, descobriu-se que mais da metade (60%) das pessoas que não recebem o benefício vivem em famílias chefiadas por mulheres (IBGE, 2000).

A dificuldade de atendimento pela rede social compromete a mobilidade das mulheres chefes de família, que não têm com quem deixar seus filhos para trabalhar. Falta creche, falta escola em tempo integral, falta uma política habitacional, falta um conjunto de políticas na rede de assistência social que resolvam uma série de outros déficits, além da renda, que aparecem nas famílias monoparentais chefiadas por mulheres.

A aplicação do modelo de Dalgren e Whitehead (1991) de determinantes sociais, com a finalidade de verificar aspectos da vida da gestante de alto risco e as implicações para a sua saúde, pode ser considerada uma ferramenta de grande valia para identificar as vulnerabilidades que interferem na saúde dessas mulheres, e para o planejamento de programas de saúde, com ações de promoção e prevenção que busquem a melhoria da qualidade de vida. Vale mencionar as limitações que marcaram a pesquisa no tangível à profundidade e ampliação das variáveis estudadas conforme o modelo proposto, sem que houvesse comprometimento dos resultados apresentados.

Diante dos resultados apresentado na pesquisa, fomos capazes de construir o modelo proposto, apresentando a modelagem das mulheres assistidas no Cisam. A sua análise minuciosa será de grande valia para ações de planejamento do gestor, em busca de melhoria da qualidade da assistência a essas mulheres.

**Modelo da determinação social de Dahlgren e Whitehead e seus indicadores da gestação de alto risco em mulheres assistidas no Cisam, Recife-PE. 2010.**



Figura 2 Modelo da determinação social de Dahlgren e Whitehead e seus indicadores da gestação de alto risco em mulheres assistidas no Cisam, Recife-PE. 2010.

Fonte: Elaboração da autora baseado no modelo de Dahlgren e Whitehead.

## 7 CONCLUSÕES

*“A nossa vida tem 4 sentidos...  
amar, sofrer, lutar e vencer.  
Ame muito, sofra pouco, lute  
bastante e vença sempre!”*

*Diêgo Lima*

## 7 CONCLUSÕES

A gestante de alto risco deve ser abordada não apenas sob a ótica biológica, e, sim, com uma visão mais integral e abrangente, nas suas características biológicas, psicológicas, culturais e socioeconômicas. O presente estudo ao caracterizar essas mulheres nas suas condições de vida e trabalho, ressalta a importância da realização de mais pesquisas sobre o tema, com o papel de esclarecer as diferenças e dificuldades encontradas.

A falta de estrutura, em suas residências, quanto ao saneamento básico, o acesso à saúde e à educação com qualidade, jornadas de trabalho em empregos seguros e com renda justa, são pontos a serem resolvidos, a fim de que se possa oferecer vida melhor para essas mulheres no seu dia-a-dia.

“Apesar das várias mudanças que a relação entre mulher,  
homem e filhos sofreu no decorrer da história,  
gerar ainda é a contribuição que só as mulheres  
podem dar para o mundo. O como gerar  
é uma contribuição do mundo à mulher”

(RIEHELMANN, 1997).

## REFERÊNCIAS

*“Enquanto há vida a  
esperança nunca morre!”*

Robson Feitosa

## REFERÊNCIAS

ABEL-SMITH B. **An introduction to health. Policy, planning and financing.** Londres: Longman, 1994.

ACHESON, D. **Independent inquiry into inequalities in health – Report.** London: The Stationary Office, 1998.

ADLER, N. **Behavioral and social sciences research contributions.** Palestra proferida no NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health, em 2006, Bethesda, Maryland. Disponível em: <HealthDisparities/presentation.html>. Acesso em: 14 fev.2009.

AGIER, M. O sexo da pobreza: homens, mulheres e famílias numa "avenida" em Salvador da Bahia. **Tempo Social**, São Paulo, v.2, p.35-60, 1990.

ALIAGA, E.M. et al. Experiencia en una unidad de gestantes precoces. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, Santiago, v.50, n.2, p.27-139, 1985.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **American Journal of Public Health**, New York, n.93, p. 2037-2043, 2003.

ALVES, D. B. **Mercado e Condições de Trabalho na Enfermagem.** Salvador: Gráfica Central, 1987.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. American Dietetic Association. Dietitians of Canada. Nutrition and athletic performance. **Medical Sciences Sports Exercise**, Washington, v.32, p. 2130-2145, 2000.

AMORIM, G. (Org.). **Retratos da Leitura no Brasil.** São Paulo: Instituto Pró-livro, 2007.

ANAND, S.; SEN, A. Human development and economic sustainability. **World Development**, Oxford, v.28, n. 12, p. 2029-2049, 2000.

APOSENTADORIA e Previdência Social. Disponível em: <<http://www.renascebrasil.com.br>>. Acesso em: 24 maio 2009.



AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; MARINHO, L. F. B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 281-290, abr/jun., 1995.

AROUCA, S.; TAMBELLINI, A. T. O trabalho e a doença. In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p.95-119.

ARRUDA, J. M. et al., **Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, Brasil, 1986**. Rio de Janeiro: Bemfam, 1987.

AUGUSTO, L. G. S. et al. Saúde: um tema ausente do licenciamento ambiental. In: AUGUSTO, L. G. S. (Org.). **Saúde do Trabalhador e Sustentabilidade do Desenvolvimento Humano Local. Ensaio em Pernambuco**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2009.p.313-329.

AZEVEDO, M. A. **Mulheres espancadas: a violência denunciada**. São Paulo: Cortez, 1985.

BARROS, F. C. et al. Epidemic of caesarean section in Brazil. **The Lancet**, Londres, v.38, p.167-169, 1991.

BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à mulher na gestação**. Passo Fundo: Ed. da UPF, 2004.

BEISSMAN, D. M. **Estudo psicossocial de homens agressores de mulheres notificados na Delegacia da Mulher de Campinas, SP**. 1994. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

BEM ESTAR FAMILIAR DO BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro, 1996.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996**. Rio de Janeiro, 1997.

BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar, anticoncepção e partos cirúrgicos, à espera de uma ação exemplar. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.1, p.366-381, 1993.

BLACK, C.; DEBLASSIE, E. R. Adolescent pregnancy: contributing factors: consequences, treatment and plausible solutions. **Adolescence**, Roslyn Heights, v.20, n.78, p. 281-290, 1985.

BONADIO, I. C.; TSUNECHIRO, M. A. A experiência vivenciada por mulheres grávidas no contexto de um serviço de pré-natal. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 81-91.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Promulgada em 05 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRASIL. Decreto-lei nº 5452, de 1 de maio de 1943. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, 1943. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em: 22 set. 2009.

BRASIL. **Portaria nº 3.214, de 22 de dezembro de 1978**. Brasília, DF, 1978. Disponível em: <[www.mte.gov.br/legislacao/portarias/1978/p\\_19780608\\_3214.pdf](http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/1978/p_19780608_3214.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2009.

BRASIL. Portaria nº 5, de 17 de agosto de 1992. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 31 ago. 1992. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>> Acesso em: 10 set. 2009.

BRASIL. **Portaria nº 1.679, de 18 de setembro de 2002**. Disponível em: <[dtr2001.saude.gov.br/.../PORTARIAS/Port2002/.../GM-1679.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/.../PORTARIAS/Port2002/.../GM-1679.htm)> Acesso em: 20 maio 2009.

BRASIL. Lei nº 9.995, de 25 de julho de 2000. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 26 jul. 2000. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em: 11 ago. 2009.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social, **Anuário estatístico de 1996**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <[http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3\\_090707-44109-347.xls](http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_090707-44109-347.xls)>. Acesso em: 20 maio 2009.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal**. 2. ed. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Gestação de Alto Risco, Manual Técnico**. 3. ed. Brasília, DF, 2000a.

\_\_\_\_\_. **Assistência pré-natal: Manual técnico.** 3 ed. Brasília, DF, 2000b.

\_\_\_\_\_. **Gestação de alto risco, manual técnico.** 4. ed. Brasília, DF, 2000c.

\_\_\_\_\_. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento:** informações para gestores e técnicos. Brasília, DF, 2000d.

\_\_\_\_\_. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico.** Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico.** Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Secretaria Executiva. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres.** Brasília, DF, 2003a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS.** Brasília, DF, 2003b.

\_\_\_\_\_. **Política de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher – Plano Nacional:** diálogos sobre violência doméstica e de gênero. Construindo políticas públicas. Brasília, DF, 2003c.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção de Saúde. Pactos pela Saúde.** Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS),** Brasília, DF, 2008.

BREILH, J. **Epidemiologia:** economia, política e saúde. São Paulo: Unesp: Hucitec, 1991.

BRITO, J. Enfoque de gênero e relação saúde/ trabalho no contexto da reestruturação produtiva e precarização da pobreza. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.16, p.195-204, 2000.

BRUSCHINI, C. Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? In: ROCHA, M. I. B. da (Org.). **Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios**. São Paulo: Ed.34, 2000. p.11-31.

BUGLIONE, S.; FEIX, V. **As mulheres à margem do ano 2000**. Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. Relatórios. Disponível em: <[http://www.social.org.br/relatorio 2000 / relatorio016.htm](http://www.social.org.br/relatorio%2000/relatorio016.htm)>. Acesso em: 20 abr. 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, p.287-307, 1997.

CASTEL, R. From dangerousness to risk. In: BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. (eds.). **The Foucault effect: studies in governmentality**. Chicago: University of Chicago Press; 1991. p. 281-298.

CHENG, P .L. et al. Analysis of self-reported problematic tasks for pregnant women. **Ergonomics**, Buenos Aires, v. 49, n. 3, p. 282-292, 2006.

CHESNAIS, J. C. **Histoire de la violence**. Paris: Robert Laffont, 1981.

CONGER, J. J.; PETERSEN, A. C. **Adolescence and youth: psychological development in a changing world**. New York: Harper & Row, 1984.

COSTA, A.A.R., et al. Mortalidade materna na cidade do Recife. **Revista Brasileira de Ginecologia e obstetrícia**, Ribeirão Preto. v.24, n.7, p.455-462, 2002.

CUNNINGHAM, F. G., et al. **Willians obstetrícia**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, mar./abr. 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 3 jun. 2009.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DAVEZIES, P. Mobilisation de la personnalité et santé au travail. Le travail d'exécution n'existe pas. **Le Mensuel de l'Anact**, Montrouge, v. 187, p. 68, 1993.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho. Estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Oboré, 1987.

DE LORENZI, D. R. S. **Perfil epidemiológico da natimortalidade em Caxias do Sul, 1999**. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

DIAS, E. A. **Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?** 1994. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

DIAS DA COSTA, J. S. et al. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, supl. p. 329-336, 2000.

DOURADO, V. G. **Gravidez de alto risco: a vida e a morte entre significados da gestação**. 2005. Dissertação (mestrado)- Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2005.

DRACHLER, M. de L. et al. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 421-470, 2003.

DRACHLER, M.L. et al. The role of socioeconomic in differences in height of pre-school children within and between the Czech Republic and Southern Brazil. **Central European Journal of Public Health**, Prague, v. 10, p. 135-141, 2002.

ESCOBAR, J. A. C. et al. Risk factors for low birthweight in a Cuban hospital, 1997-2000. **Revista Panamericana de la Salud Publica**, Washington, v. 12, p. 180-184, 2002.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. Which policy for caesarian sections in Brazil? An analysis of trends and consequences. **Health Policy and Planning**, Londres, v. 8, p. 33-42, 1993.

FAÚNDES, A. et al. Frequência e adequação no uso de métodos contraceptivos por mulheres de Campinas. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 104, p. 44-46, 1986.

FERNANDÉZ, P. F.; et al. Características sociofamiliares y morbilidad materno-infantil del embarazo en adolescentes. **Boletín Médico del Hospital Infantil de México**, México, v. 55, n. 8, p. 452-457, 1998.

FERREIRA, C. E. **Avaliação de um protocolo de assistência pré-natal de baixo risco no HC – Unicamp**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

FREITAS, S. FHC vota artigo que legalizaria esterilização. **Folha de São Paulo**, São Paulo, p. 3-4, 16 jan. 1996

GALVÃO, L.; DÍAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.

GIFFIN, K. Esfera de reprodução em uma visão masculina: Considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 23-40, 1994.

GROSS, S.J. et al. Impact of family structure and stability on academic outcome in preterm children at 10 years of age. **Journal of Pediatrics**, St. Louis, v.138, n.2, p.169-75, 2001.

GUENDELMAN, S. Utilization of pay-in antenatal leave among working women in Southern California. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 10, n. 1, p. 63-73, 2006.

GUYTON, A. C. **Fisiologia humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.  
HAIDAR, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 1025-1029, 2001.

HARDY, E.; et al. J. A. A laqueadura tubárea precoce e durante a cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 70-76, 1993.

HEITZMAN, M. **O conceito de trabalho**. 2007. Disponível em: <http://pt.shvoong.com/humanities/1155258-conceito-trabalho>>. Acesso em: 2 jun. 2009.

- HELSET, A. Swedish and Scandinavian Level of Living Surveys. **Scandinavian Journal of Public Health**, Prague, v. 21, n. 4, p. 223-226, 1993.
- HERCOWITZ, A. Gravidez na adolescência. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 38, n. 8, p. 392-395, 2002.
- IBGE. **Perfil das mulheres responsáveis por domicílios no Brasil. 2000**. Rio de Janeiro, 2000.
- IBGE. **Censo sindical**. Rio de Janeiro, 2001.
- IBGE. **Pesquisa mensal de emprego**. Rio de Janeiro, 2003.
- IBGE. **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro, 2006.
- IBGE. **Indicadores sociodemográfico e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.
- INSTITUTO ETHOS (São Paulo). **O compromisso das empresas com a valorização da mulher**. São Paulo, 2004.
- JÁCOME, M. As mulheres e o exercício dos direitos reprodutivos: O caso da mortalidade materna. **Jornal Fêmea**, Brasília, v. 9, p. 6-7, 2001.
- JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. Population Information Program. O planejamento da atenção médica para salvar a vida da mulher. **Population Reports**, Baltimore, L, n 10, p. 7-11, 1997.
- KAHHALE, E. M. P. Mecanismos psíquicos da grávida adolescente. In: ZUGAIB, M.; TEDESCO, J. J. A.; QUAYLE, J. (Orgs.). **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1998 .p. 243-251.
- LACAZ, F.A.C. **Saúde do Trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas,1996.

LANGER, A. O conceito de trabalho em André Gorz. **Cadernos IHU em formação**. São Leopoldo, ago. 2004. Disponível em: <[http://vinculando.org/brasil/conceito\\_trabalho/conceito\\_de\\_trabalho.html](http://vinculando.org/brasil/conceito_trabalho/conceito_de_trabalho.html)>. Acesso em: 2 jun. 2009.

LAURELL A.C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades sociodemográficas e suas consequências sobre peso do recém nascido. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 466-473, 2006.

LUZ, M. Identidade masculina-feminina na sociedade brasileira atual: Crise nas representações. In: POIAN, C de (Org.). **Homem, mulher: abordagens psicanalíticas e sociais**. Rio de Janeiro: Taurus, 1987. p. 69-86.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MARANDOLA JÚNIOR, E. Em direção a uma demografia ambiental? Avaliação e tendências dos estudos de População e Ambiente no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 191-223, 2007.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. (Org.). **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

MCDONALD, A. D. et al. Work, leisure-time physical activity, and risk of preeclampsia and gestational hypertension. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 160, n. 8, p. 758-765, 2004.

MCGOLDRICH K. E. Teenage pregnancy. **Journal of the American Medical Women's Association**, Chicago, v. 6, n. 3, p. 216-219, 1985.

MÉDA, D. **Le travail**. Paris: Aubier, 1995.

MINAYO, M. C. S. (Ed.). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: Hucitec, 1995.

\_\_\_\_\_. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMANCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 31-39.



MONTESORO, A.C.; BLIXEN, C. E. Public policy and adolescent pregnancy: a reexamination of the issues. **Nursing Outlook**, St. Louis, v. 44, p. 31-36, 1996.

MOTTA, M. L.; PINTO e SILVA, J. L. Gravidez entre adolescentes muito jovens. **Femina**, São Paulo, v. 22, n.5, p.348-354, 1994.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em Saúde no pré-natal. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 13, p.109-118, 2003.

NASCIMENTO, E. R. Política de atenção à saúde da mulher no Brasil: historicamente a quem se destina? **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 79-86, 1992.

NEVES, D. C. A. **A relação da gravidez com a educação, a profissionalização e a socialização das adolescentes das classes subalternas que freqüentam o Hospital das Clínicas/UFG**. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2001.

NOGUEIRA, M. **Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **La salud en las Américas**. Washington, 1998. v.1.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação de impacto na saúde das ações de saneamento: marco conceitual e estratégia metodológica**. Brasília, DF, 2004b.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Seminário tripartite: “A economia informal no Brasil: Políticas para facilitar a transição para a formalidade”. **Notícias da OIT**, Brasília, 25 maio 2009. Disponível em: < [http://www.oitbrasil.org.br/topic/employment/news/news\\_1.php](http://www.oitbrasil.org.br/topic/employment/news/news_1.php)>. Acesso em: 6 jun. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Necessidades de salud de los adolescentes. Informe de um Comitê de Expertos de la OMS**. Genebra, 1977. (Série de Informes Técnicos, 609).

\_\_\_\_\_. **Risk approach for maternal and child health care**. Geneva, 1978. (WHO Offset Publication, 39).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Saúde materna e neonatal: Unidade de Maternidade Segura - Saúde reprodutiva e da família. Genebra, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID 10. Classificação Internacional da doença**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 1998.v. 2.

OSIS, M. J. D. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção 1994**. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 31-47.

PASCOWITCH, J. **Mulheres no mercado de trabalho: ainda** uma questão delicada. Disponível em: <[http://ultimosegundo.ig.com.br/sustentabilidade/artigos/2009/03/07 /mulheres +no+mercado+de+trabalho+ainda+uma+questao+delicada+4578930.html](http://ultimosegundo.ig.com.br/sustentabilidade/artigos/2009/03/07/mulheres_no_mercado_de_trabalho_ainda_uma_questao_delicada+4578930.html)>. Acesso em: 7 mar.2009.

PENNA, L. H. G. et al. Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 385-391, 1999.

PERRIN, K. M.; MCDERMOTT, R. J. Instruments to measure social support and related constructs in pregnancy adolescents: a review. **Adolescence**, Roslyn Heights v. 22, p. 533-557, 1997.

PITTA, A. **Hospital, dor e morte como “Ofício”**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em obstetrícia e ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000.

POSSO, M. B. S. **As fontes potenciais de riscos físicos e químicos sobre os membros da equipe cirúrgica. 1988**. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

RAIS, **Relação anual de informações sociais**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2002.

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

ROCHA, J. A. Baixo peso, peso insuficiente e peso adequado ao nascer, em 5940 nascidos vivos na cidade do Recife. Associação com algumas variáveis maternas. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 9-10, p. 297-304, 1991.

RUBIO, R. M et al. Reprodución en la adolescência. **Revista Chilena de Obstetricia Gynecología**, Santiago, v. 56, n. 3, p. 112-117, 1981.

RUZANY, M. H. **Mapa da situação de saúde do adolescente no município do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

SABROZA, A. R. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999-2001). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p.130-137, supl.1, 2004.

SABROZA, A. R. et al. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil - 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl.1, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000700012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 abr. 2009.

SANCHES, S.; GEBRIM, V. L. M. O trabalho da mulher e as negociações coletivas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, set./dez. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-4014200300300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-4014200300300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 abr. 2009.

SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. Estou grávida, sou adolescente e agora? - Relato de experiência na consulta de enfermagem. In: RAMOS, F. R. S.; MONTICELI, M.; NITSCHKE, R.G. (Org.). **Projeto Acolher: um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília, DF: ABEn, 2000. p.176-182.

SATO, L. A representação social do trabalho penoso. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p.188-211.

SCOTT, R. P. O homem na matrifocalidade: Gênero, percepção e experiências do domínio doméstico. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 73, p. 38-47, 1990.

SILVA, M.A D.; DE MARCHI, R. **Saúde e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Best Seller, 1997.

SILVA, M. C. S. C. **Hábitos e comportamento do adolescente**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1987.

SILVA, M. V. **Violência contra a Mulher: Quem mete a colher?** São Paulo: Cortez, 1992.

SIMÕES-BARBOSA, R. **Mulheres, reprodução e AIDS: as tramas da ideologia na atenção à saúde das gestantes HIV-positivas**. 2001. Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

SISMONDI, P.; VOLANTE, R.; GIAI, M. El embarazo y el parto en la adolescente. **Revista Chilena de Obstetricia Gynecología**, Santiago, v. 49, n. 1, p. 41-45, 1984.

SOUZA, M. M. C. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos: um retrato da realidade. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 93-105. 1999.

SPEDO, S. M. **Saúde do trabalhador no Brasil: análise do modelo de atenção proposto para o Sistema Único de Saúde (SUS)**. 1998. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, nov./dez. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000600002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 8 jun. 2009.

STEVENS-SIMON, C.; WUHITE, M. M. Adolescent pregnancy. **Pediatric Annals**, New York, v. 20, n. 6, p. 322-331, 1991.

TAMBELLINI, A. T. **Notas introdutórias para pensar a questão das relações entre a saúde e o ambiente**. Palestra proferida no Seminário de Saúde e Ambiente com Controle Social, Brasília,DF: CNS, 2003.

TANAKA, A. C. **Dossiê mortalidade materna**. Rio de Janeiro: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2000.

TAPP, L. M. Pregnancy & ergonomics. **Review of Professional Safety**, Texas, p.29-32, Ago, 2000.

TARLOV, A. Social Determinants of Health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Ed.). **Health and social organization**. London: Routledge, 1996. p. 71–93.

TEDESCO, J. J. A. Gravidez de alto risco – fatores psicossociais. In: \_\_\_\_\_. **A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 29-41.

TERSSAC, G.; MAGGI, B. O trabalho e a abordagem ergonômica. In: DANIELLOU, F. (Org.). **A ergonomia em busca de seus princípios: Debates epistemológicos**. São Paulo: Edgard Blucher, 2004. P.79-104.

THERBORN, G. Globalização e desigualdade: questões de conceituação e esclarecimento. **Sociologias**, Porto Alegre, n.6,p. 122-169, Jul./dez., 2001.

TYRRELL, M. A. R.; ARAÚJO, C. L.F. Qualidade da assistência obstétrica sob o enfoque multiprofissional, **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 217-222, ago. 2003

TREFFERS, P. E.; OLUKOYA, A. A.; FERGUSON, B. J.; LILJESTRAND, J. Care for adolescent pregnancy and childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Limerick, v. 75, p. 111-121, 2001.

TREVISAN, M. R. et al Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 293-299, 2002.

VALLADARES, D. Ações de contracepção e assistência ao parto: a experiência do Rio de Janeiro. In: GIFFIN, K; COSTA, S. (Org.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 357-376.

VICTORA, C. G. et al. Pneumonia, diarrhea, and growth in the first 4 years of life: a longitudinal study of 5914 urban Brazilian children. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 52, n. 2, p. 391-396, 1990.

VIDUEDO, A. F. S. **O ciclo vigília-sono nos trimestres gestacionais**. 2007. Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

VIEIRA, E. M. **Regret after sterilization among low income women in São Paulo, Brazil**. Tese (Doutorado). Faculty of Social Studies, University of Exeter, Exeter, 1994.

VALTORTA, A.; SIDI, E.; BIANCHI, S. C. L. Estudo do absenteísmo médico num hospital geral de grande porte. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.13, p. 55-61, 1985.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Geneva: WHO, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The World Health Report 1998: Life in the 21<sup>st</sup> century: A vision for all**. Genebra, 1998.

XIMENES-NETO, F. R. G. et al. Perfil de gestantes de alto risco de um município do norte cearense/Brasil. **Biblioteca Lascasas**, Granada, v. 4, n. 2, 2008. Disponível em:<<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0327>>. Acesso em: 22 mai. 2009.

ZAMPIERI, M. F. M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n.1, p. 140-166, 2001.

ZHANG, B.; CHAN. A. Teenage pregnancy in South Australia, 1986 - 1988. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Melbourne, v. 31, n. 4, p. 291-298, 1991.

ZHU, J. L et al. Laboratory work and pregnancy outcomes: a study within the national birth cohort in Denmark. **Occupational and Environmental Medicine**, Londres, v. 63, n. 1, p. 53-58, jan. 2006.

## APÊNDICES

*"Por pensarem ansiosamente no futuro, esquecem o presente, de tal forma que acabam por nem viver no presente nem no futuro. Vivem como se nunca fossem morrer e morrem como se nunca tivessem vivido."*

Buda Sidarta Gautama

**APÊNDICE A – Instrumento de coleta dos dados****QUESTIONÁRIO**

Número \_\_\_\_\_

**I) Variáveis do I nível, relacionadas à coesão social**

1. Qual a data do seu nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_

2. Atualmente, você vive com um companheiro (Situação marital)?

(1) Sim (2) Não

Se **Sim**, há quanto tempo?

(1) Menos de um ano

(2) De 1 a menos de 5anos

(3) De 5 a menos de 10anos

(4) 10 anos ou mais.

Se **Não**:

(1) Solteira (2) Separada/ divorciada (3) Viúva

3. A sua mãe ou sogra vivem junto ou próximo?

(1) Sim (2) Não

**II) Variáveis do II nível, relacionadas ao estilo de vida**

4. Você faz quantas refeições por dia?

(1) 1

(2) 2

(3) 3

(4) 4 ou mais

5. Você fuma?

(1) Sim (2) Não

6. Você bebe (bebidas alcoólicas)?



(1) Sim (2) Não

7. Você faz algum exercício físico (esportes)?

(1) Sim (2) Não

8. Qual o seu lazer (diversão)?

(1) Leitura

(2) Festa

(3) Igreja

(4) Televisão

(5) Passeio

(6) Visitar amigos/parentes

(7) Outros

9. Quantas horas você dorme por noite?

(1) menos de 6 horas

(2) De 6 a 8 horas

(3) Mais de 8 horas

### **III) Variáveis do III nível, relacionadas às redes sociais e comunitárias**

10. Você participa de reuniões ou encontros de:

(1) Associação de moradores

(2) Conselho de saúde

(3) Representantes de classes trabalhadoras (Associações ou sindicatos)

(4) Reuniões religiosas

(5) Não participa

### **IV) Variáveis do IV nível, relacionadas às condições de vida e trabalho**

11. Em relação à moradia:

11.1 Quantas pessoas moram na casa? \_\_\_\_\_

11.2 Quantos cômodos tem a casa? \_\_\_\_\_

11.3 Sua casa tem abastecimento de água?

(1) Sim (2) Não

11.4 Sua casa tem banheiro?

(1) Sim (2) Não

Se **Sim**, o banheiro é: ( ) Interno ( ) Externo

11.5 O esgoto do banheiro vai para:

(1) Fossa no quintal

(2) Corre a céu aberto

(3) Vai para fora do terreiro

(4) Está ligado à rede pública de esgoto

12. Você é alfabetizada?

(1) Sim (2) Não

Se **Sim**, até que nível (grau de escolaridade) você estudou :

(1) Fundamental incompleto

(2) Fundamental completo

(3) Médio incompleto(4) Médio completo

(5) Superior incompleto

(6) Superior completo

(7) Não informado

• **Em relação à vida reprodutiva:**

13. Ficou grávida quantas vezes? \_\_\_\_\_

13.1. Teve algum aborto?

(1) Sim (2) Não

Se **Sim**, Quantos? \_\_\_\_\_

14. Já sofreu algum tipo de violência?

(1) Sim (2) Não

Se **Sim**, de que tipo? \_\_\_\_\_

• **As questões de 15 a 19 são referentes à gestação / parto atual**

15. Você fez pré- natal ?

(1) Sim (2) Não

Se **Sim**, quantas consultas fez? \_\_\_\_\_

16. Qual foi o tipo de parto?

(1) Parto normal (2) cesárea (3) Fórceps

17. Quando você pariu, estava com quantos meses de gestação? \_\_\_\_\_

18. Qual o peso do recém-nascido (Kilogramas)?

(1) Menos de 1 (um)

(2) 1 a 1,5

(3) 1,6 a 2

(4) 2,1 a 2,5

(5) 2,6 a 3

(6) 3,1 ou mais

19. Você fez ligação tubária (laqueadura tubária)?

(1) Sim (2) Não

20. Quantos filhos você tem, atualmente?

(1) 1

(2) 2 a 3

(3) 4 ou mais

21. Morreu algum filho seu?

(1) Sim (2) Não

Se **Sim**, Com que idade? \_\_\_\_\_

Se **Sim**, Qual a causa da morte? \_\_\_\_\_

• **Em relação aos dados laborais**

22. Qual a profissão/ocupação que você exerce? \_\_\_\_\_ CBO \_\_\_\_\_

23. Tem carteira assinada (vínculo empregatício)?

(1) Sim (Trabalhador formal) (2) Não (Trabalhador informal)

24. Quantos anos de trabalho você tem, na atual atividade? \_\_\_\_\_

(1) Menos de um ano

(2) 1 a 5 anos

(3) 5 a 10

(4) 10 ou mais

25. Qual sua jornada de trabalho?

(1) Diurno (2) Noturno (3) Turnos alternados

26. Quantas horas você trabalha por dia? \_\_\_\_\_ horas

27. Quantos dias de folga por semana você tem? \_\_\_\_\_

28. Você faz hora extra?

(1) Sim (2) Não

Se **Sim**, Quantas horas extras você faz por semana? \_\_\_\_\_

29. Você tem pausa durante a jornada de trabalho?

(1) Sim (2) Não

30. Tem permissão para ir ao banheiro sempre que desejar?

(1) Sim (2) Não

31. Você come (se alimenta) no trabalho?

(1) Sim (2) Não

32. Você tira férias durante o ano?

(1) Sim (2) Não

33. Você precisou pedir afastamento do trabalho durante a gestação?

(1) Sim (2) Não

Se **Sim**, quantas vezes precisou se afastar? \_\_\_\_\_

33. 1 Qual o motivo do seu afastamento? \_\_\_\_\_

33. 2 Quantas vezes você recebeu permissão para se afastar? \_\_\_\_\_

34. Houve liberação do trabalho para realizar as consultas do pré-natal?

(1) Sim (2) Não

35. Qual o mês gestacional em que você se afastou do trabalho, para o parto? \_\_\_\_\_

36. Você teve algum acidente de trabalho no período da gestação?

(1) Sim (2) Não

Se **Sim**, precisou ter atendimento médico?

(1) Sim (2) Não

37. Fez notificação do acidente de trabalho?

(1) Sim (2) Não

38. Você se expõe a:

(1) Produtos químicos

(2) Ruído

(3) Poeira

(4) Calor

(5) Vibração

(6) Baixa iluminação

(7) Levanta peso

(8) Posição viciosa

(9) Nenhum

**V) Variáveis do V nível, relacionadas aos macrodeterminantes**

39. Você nasceu em que cidade: \_\_\_\_\_

40. Você mora em que cidade: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

40.1 Mora há quanto tempo neste endereço:

(1) Menos de um ano

(2) De 1 ano a menos de 5 anos

(3) De 5 a menos de 10 anos

(4) 10 anos ou mais

41. Somando os salários e ou renda das pessoas que trabalham na família, chega a:

(1) Menos ou igual a um salário mínimo

(2) De um a dois salários mínimos

(3) De dois a cinco salários mínimos

(4) Mais de cinco salários mínimos



## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Título do Projeto: **Condições de vida, saúde e trabalho de gestantes de alto risco: A realidade de uma maternidade pública do Recife, em 2009.** Pesquisador Responsável: **Suzemires Márcia Lopes Sobral Barbosa da Silva.** Telefone para contato: 92324848

A finalidade deste estudo é caracterizar o perfil das gestantes de alto risco, atendidas na emergência da maternidade do Cisam-Recife, e identificar aspectos de sua vida e trabalho, como também os riscos atribuídos a eles.

Você foi selecionada por ter diagnóstico de gestante de alto risco e se encontrar em boas condições clínicas, no momento da alta hospitalar. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário sobre aspectos socioeconômico, culturais e atividades laborais, que terá aproximadamente 30 minutos de duração. Sua participação não traz complicações legais, e não oferece riscos à sua dignidade. Você não terá nenhum benefício direto, entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o perfil de vida e trabalho dessas gestantes, de forma que o conhecimento que será construído possa ser útil a todos órgãos públicos oficiais e não governamentais que direcionam a atenção à saúde da mulher e ao trabalho desenvolvido por elas.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados no meio científico. As informações obtidas serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

\_\_\_\_\_  
**Suzemires Márcia Lopes Sobral Barbosa da Silva**

Nesc/CPqAM/Fiocruz

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa: **“Condições de vida, saúde e trabalho de gestantes de alto risco: A realidade de uma maternidade pública do Recife, em 2009”.**

Fui devidamente informada e esclarecida sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Recife, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n - Cx. Postal 7472 - Fone: 0XX81 2101-2500 - Fax: 0XX81 34531911 - CEP: 50670-420

Recife - PE - Brasil - <http://www.cpqam.fiocruz.br>

## APÊNDICE C – TABELAS

Tabela 1 Distribuição das gestantes de alto risco, segundo a idade (cisam, 2010).

Idade (anos)	Gestantes de Alto Risco (n= 154)	
	Nº	%
17-21	16	10,4
22-30	76	49,4
31-40	56	36,4
41 e mais	6	3,9
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>

Tabela 2- Distribuição do perfil das gestantes de alto risco, segundo as variáveis do I nível, relacionadas à coesão social. (cisam, 2010).

Variáveis do I nível, relacionadas à coesão social	Gestantes de Alto Risco (n=154)	
	Nº	%
<b>Vive com um companheiro atualmente</b>		
Sim	122	79,2
Não	32	20,8
<b>Se sim, há quanto tempo</b>		
Menos de um ano	4	3,3
De 1 a menos de 5 anos	55	45,1
De 5 a menos de 10 anos	37	30,3
10 anos ou mais	26	21,3
<b>Se não, é:</b>		
Solteira	27	84,4
Separada/divorciada	5	15,6
<b>Sua mãe ou sogra vivem junto ou próximo</b>		
Sim	75	48,7
Não	79	51,3



Tabela 3 Distribuição do perfil das gestantes de alto risco, segundo as variáveis do II nível, relacionadas ao estilo de vida (cisam, 2010).

Variáveis do II nível, relacionadas ao estilo de vida.	Gestantes de Alto Risco (n=154)	
	Nº	%
<b>Você faz quantas refeições por dia</b>		
Duas	18	11,7
Três	97	63,0
Quatro ou mais	39	25,3
<b>Você fuma</b>		
Sim	12	7,8
Não	142	92,2
<b>Você bebe (bebidas alcoólicas)</b>		
Sim	31	20,1
Não	123	79,9
<b>Você faz algum exercício físico</b>		
Sim	24	15,6
Não	130	84,4
<b>Qual o seu lazer:</b>		
<b>Leitura</b>		
Sim	27	17,5
Não	127	82,5
<b>Festa</b>		
Sim	55	35,7
Não	99	64,3
<b>Igreja</b>		
Sim	88	57,1
Não	66	42,9
<b>Televisão</b>		
Sim	100	64,9
Não	54	35,1
<b>Passeio</b>		
Sim	103	66,9
Não	51	33,1
<b>Visitar amigos/parentes</b>		
Sim	95	61,7
Não	59	38,3
<b>Outros</b>		
Sim	5	3,2
Não	149	96,8
<b>Quantas horas você dorme por noite</b>		
Menos de 6 horas	14	9,1
De 6 a 8 horas	104	67,5
Mais de 8 horas	36	23,4

Tabela 4 - Distribuição do perfil das gestantes de alto risco, segundo as variáveis do III nível, relacionadas às redes sociais e comunitárias (cisam, 2010).

Variáveis do III nível relacionadas às redes sociais e comunitárias	Gestantes de Alto Risco (n=154)	
	Nº	%
<b>Participação em reuniões ou encontros</b>		
<b>Associação de moradores</b>		
Sim	10	6,5
Não	144	93,5
<b>Conselho de saúde</b>		
Sim	7	4,5
Não	147	95,5
<b>Representante de Classe</b>		
Sim	6	3,9
Não	148	96,1
<b>Reunião religiosa</b>		
Sim	24	15,6
Não	130	84,4
<b>Não participa</b>		
Sim	119	77,3
Não	35	22,7

Tabela 5- Distribuição do perfil das gestantes de alto risco, segundo as variáveis do IV nível, relacionadas às condições de vida e trabalho (cisam, 2010).

Variáveis do IV nível relacionadas a condições de vida e trabalho	Gestantes de Alto Risco (n=154)	
	Nº	%
<b>Quantas pessoas moram na sua casa</b>		
Duas	6	3,9
Três	49	31,9
Quatro	55	35,7
Cinco	25	16,2
Seis ou mais	19	12,3
<b>Quantas cômodos tem a casa</b>		
Dois a quatro	34	22,1
Cinco a seis	76	49,4
Sete ou mais	44	28,5
<b>Sua casa tem abastecimento de água</b>		
Sim	137	89,0
Não	17	11,0

Tabela 5- Distribuição do perfil das gestantes de alto risco, segundo variáveis do IV nível, relacionadas a condições de vida e trabalho (cisam, 2010). Continuação.

Variáveis do IV nível relacionadas a condições de vida e trabalho	Gestantes de Alto Risco (n=154)	
	Nº	%
<b>Sua casa tem banheiro</b>		
Sim	152	98,7
Não	2	1,3
<b>Sem sim, o banheiro é:</b>		
Interno	150	98,7
Externo	2	1,3
<b>O esgoto do banheiro vai para:</b>		
<b>Fossa no quintal</b>		
Sim	79	51,3
Não	75	48,7
<b>Corre a céu aberto</b>		
Sim	6	3,9
Não	148	96,1
<b>Vai para fora do terreiro</b>		
Sim	12	7,8
Não	142	92,2
<b>Está ligado à rede pública de esgoto</b>		
Sim	55	35,7
Não	99	64,3
<b>Você é alfabetizada</b>		
Sim	152	98,7
Não	2	1,3
<b>Se sim, até que nível você estudou</b>		
Fundamental incompleto	60	39,2
Fundamental completo	14	9,2
Médio incompleto	17	11,1
Médio completo	58	37,9
Superior incompleto	3	2,0
Superio completo	1	0,6
<b>Ficou grávida quantas vezes</b>		
Uma	48	31,2
Duas	45	29,3
Três	31	20,1
Quatro	16	10,4
Cinco ou mais	14	9,0
<b>Teve algum aborto</b>		
Sim	41	26,6
Não	113	73,4

Tabela 5- Distribuição do perfil das gestantes de alto risco, segundo as variáveis do IV nível, relacionadas às condições de vida e trabalho (cisam, 2010). Continuação.

<b>Variáveis do IV nível relacionadas a condições de vida e trabalho</b>	<b>Gestantes de Alto Risco (n=154)</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Se sim, quantos</b>		
Um	30	73,2
Dois	10	24,4
Cinco	1	2,4
<b>Já sofreu algum tipo de violência</b>		
Sim	13	8,4
Não	141	91,6
<b>Se sim, de que tipo</b>		
Agressão física e sexual	2	15,4
Agressão física	10	76,9
Assédio sexual	1	7,7
<b>Você fez pré-natal</b>		
Sim	150	97,4
Não	4	2,6
<b>Se sim, quantas consultas fez</b>		
Uma a quatro	15	10,0
Cinco a oito	103	68,7
Nove ou mais	32	21,3
<b>Qual foi o tipo de parto</b>		
Parto normal	78	50,6
Cesárea	76	49,4
<b>Quando você pariu, estava com quantos meses de gestação</b>		
Seis	9	5,8
Sete	15	9,8
Oito	48	31,2
Nove	32	53,2
<b>Qual o peso do recém nascido (quilogramas)</b>		
Menos de 1	5	3,2
1 a 1,5	4	2,6
1,6 a 2	18	11,7
2,1 a 2,5	20	13,0
2,6 a 3	38	24,7
3,1 ou mais	69	44,8
<b>Você fez ligação tubária</b>		
Sim	30	19,5
Não	124	80,5
<b>Quantos filhos você tem atualmente</b>		
Um	60	39,0
Dois a três	80	51,9
Quatro ou mais	14	9,1

Tabela 5- Distribuição do Perfil das Gestantes de Alto Risco, segundo Variáveis do IV nível, relacionadas às condições de vida e trabalho (cisam, 2010). Continuação.

Variáveis do IV nível, relacionadas às condições de vida e trabalho	Gestantes de Alto Risco (n=154)	
	Nº	%
<b>Morreu algum filho seu</b>		
Sim	7	4,5
Não	147	95,5
<b>Se sim, com que idade</b>		
Menos de 1 ano	6	85,7
1 ano	1	14,3
<b>Se sim, qual é a causa da morte</b>		
Insuficiência respiratória	4	58,0
Infecção intestinal	2	28,0
Problema cardíaco	1	14,0
<b>Qual a profissão/ocupação que você exerce</b>		
Doméstica	44	28,7
Vendedora	22	14,4
Agricultora	13	8,4
Auxiliar de serviços gerais	11	7,2
Balconista	6	3,9
Professora	5	3,2
Atendente	4	2,6
Recepcionista	4	2,6
Costureira	3	2,0
Operadora de caixa	3	2,0
Babá	2	1,4
Bordadeira	2	1,4
Comerciante	2	1,4
Embaladora	2	1,4
Gerente	2	1,4
Manicure	2	1,4
Recicladora	2	1,4
Técnico de enfermagem	2	1,4
Artesã	1	0,6
Assistente de política	1	0,6
Autônoma	1	0,6
Auxiliar de cozinha	1	0,6
Auxiliar de escritório	1	0,6
Auxiliar de produção	1	0,6
Auxiliar dentista	1	0,6
Auxiliar de enfermagem	1	0,6

Tabela 5- Distribuição do perfil das gestantes de alto risco, segundo variáveis do IV nível, relacionadas às condições de vida e trabalho (cisam, 2010). Continuação.

Variáveis do IV nível relacionadas a condições de vida e trabalho	Gestantes de Alto Risco (n=154)	
	Nº	%
<b>Qual a profissão/ocupação que você exerce</b>		
Barraqueira	1	0,6
Cabelereira	1	0,6
Cambista	1	0,6
Cobradora de transporte alternativo	1	0,6
Digitadora	1	0,6
Fabricação de sorvete	1	0,6
Quituteira	1	0,6
Fiscal de loja	1	0,6
Merendeira	1	0,6
Promotora de eventos	1	0,6
Promotora de vendas	1	0,6
Recreadora	1	0,6
Secretária	1	0,6
Telefonista	1	0,6
Vigilante	1	0,6
<b>Tem carteira assinada</b>		
Sim (Trabalhador formal)	58	37,7
Não (Trabalhador informal)	96	62,3
<b>Quantos anos de trabalho você tem, na atual atividade</b>		
Menos de um ano	26	16,9
1 a 5 anos	79	51,3
5 a 10 anos	27	17,5
10 anos ou mais	22	14,3
<b>Qual a sua jornada de trabalho</b>		
Diurno	127	82,5
Noturno	1	0,6
Turnos alterados	26	16,9
<b>Quantas horas você trabalha por dia</b>		
Uma a cinco	22	14,4
Seis a oito	96	62,7
Nove ou mais	35	22,9
<b>Quantos dias de folga por semana você tem</b>		
Nenhum	6	3,9
Um	68	44,4
Dois	65	42,5
Três	8	5,2
Quatro ou mais	6	4,0

Tabela 5- Distribuição do perfil das gestantes de alto risco, segundo variáveis do IV nível relacionadas às condições de vida e trabalho (cisam, 2010). Continuação.

Variáveis do IV nível relacionadas a condições de vida e trabalho	Gestantes de Alto Risco (n=154)	
	Nº	%
<b>Você faz horas-extras</b>		
Sim	39	25,5
Não	114	74,5
<b>Se sim, quantas horas extra você faz por semana</b>		
Uma a cinco	21	52,5
Seis a onze	11	27,5
Doze ou mais	8	20,0
<b>Você tem pausa durante a jornada de trabalho</b>		
Sim	141	92,2
Não	12	7,8
<b>Tem permissão de ir ao banheiro sempre que desejar</b>		
Sim	150	97,4
Não	4	2,6
<b>Você se alimenta no trabalho</b>		
Sim	137	89,0
Não	17	11,0
<b>Você tira férias durante o ano</b>		
Sim	73	47,4
Não	81	52,6
<b>Precisou pedir afastamento do trabalho durante a gestação</b>		
Sim	41	26,8
Não	112	73,2
<b>Se sim, quantas vezes precisou se afastar</b>		
Uma	21	52,5
Duas	7	17,5
Três	10	25,0
Quatro ou mais	2	5,0
<b>Qual o motivo do seu afastamento</b>		
A gestação	11	27,5
Ameaça de aborto	1	2,5
Cansaço e/ou inchaço	5	12,5
Consultas	1	2,5
Deslocamento de placenta	1	2,5
Doença	1	2,5
Dor e/ou perda de líquido	5	12,5

Tabela 5- Distribuição do perfil das gestantes de alto risco, segundo variáveis do IV nível, relacionadas às condições de vida e trabalho (cisam, 2010). Continuação.

Variáveis do IV nível relacionadas a condições de vida e trabalho	Gestantes de Alto Risco (n=154)	
	Nº	%
<b>Qual o motivo do seu afastamento</b>		
Excesso de peso	1	2,5
Gripe	1	2,5
Hipertensão arterial e/ou Infecção urinária	10	25
Mioma e cálculo renal	1	2,5
Placenta envelhecida	1	2,5
Risco de prematuro	1	2,5
<b>Quantas vezes você recebeu permissão para se afastar</b>		
Uma ou duas	27	69,2
Três ou mais	12	30,8
<b>Houve liberação do trabalho para realizar as consultas do pré-natal</b>		
Sim	137	89,0
Não	17	11,0
<b>Qual o mês gestacional em que você se afastou do trabalho, para o parto</b>		
Primeiro	2	1,3
Segundo	13	8,5
Terceiro	9	5,9
Quarto	8	5,2
Quinto	4	2,6
Sexto	14	9,2
Sétimo	19	12,4
Oitavo	54	35,3
<b>Nono</b>	30	19,6
<b>Teve algum acidente de trabalho no período da gestação</b>		
Sim	5	3,3
Não	148	96,7
<b>Se sim, precisou ter atendimento médico</b>		
Sim	2	40,0
Não	3	60,0
<b>Fez notificação do acidente de trabalho</b>		
Sim	1	20,0
Não	4	80,0



Tabela 5- Distribuição do perfil das gestantes de alto risco, segundo as variáveis do IV nível, relacionadas às condições de vida e trabalho (cisam, 2010). Continuação.

Variáveis do IV nível, relacionadas às condições de vida e trabalho	Gestantes de Alto Risco (n=154)	
	Nº	%
<b>Você se expõe a:</b>		
<b>Produtos químicos</b>		
Sim	78	50,1
Não	76	49,9
<b>Ruído</b>		
Sim	49	31,8
Não	105	68,2
<b>Poeira</b>		
Sim	110	71,4
Não	44	28,6
<b>Calor</b>		
Sim	125	81,2
Não	29	18,8
<b>Vibração</b>		
Sim	23	14,9
Não	131	85,1
<b>Baixa iluminação</b>		
Sim	21	13,6
Não	133	86,4
<b>Levanta peso</b>		
Sim	56	36,4
Não	98	63,6
<b>Posição viciosa</b>		
Sim	124	80,5
Não	30	19,5

Tabela 6 - Distribuição do perfil das gestantes de alto risco, segundo as variáveis do V nível, relacionadas aos macrodeterminantes. Continuação.

Variáveis do V nível, relacionadas aos macrodeterminantes	Gestantes de Alto Risco (n=154)	
	Nº	%
<b>Nasceu em que cidade</b>		
<b>Pernambuco</b>		
Recife	77	50,3
Olinda	11	7,2
Jaboatão	5	3,3
Paulista	5	3,3
Barreiros	3	
Cabo de Santo Agostinho	2	1,4
Camaragibe	2	1,4
Caruaru	2	1,4
Limoeiro	2	1,4
Palmares	2	1,4
Quipapá	2	1,4
Vitória de Santo Antão	2	1,4
Alagoinha	1	0,6
Aliança	1	0,6
Amaragi	1	0,6
Araçoiaba	1	0,6
Buíque	1	0,6
Canhotinho	1	0,6
Catende	1	0,6
Feira Nova	1	0,6
Gameleira	1	0,6
Goiana	1	0,6
Igarassu	1	0,6
Itaíba	1	0,6
Macaparana	1	0,6
Orobó	1	0,6
Panelas de Miranda	1	0,6
Paudalho	1	0,6
Petrolina	1	0,6
Riacho das Almas	1	0,6
Ribeirão	1	0,6
Rio Formoso	1	0,6
São Benedito do Sul	1	0,6
São José do Belmonte	1	0,6
São Lourenço da Mata	1	0,6
Surubim	1	0,6

Tabela 6 - Distribuição do perfil das gestantes de alto risco, segundo variáveis do V nível relacionadas aos macrodeterminantes. Cont.

Variáveis do V nível, relacionadas aos macrodeterminantes	Gestantes de Alto Risco (n=154)	
	Nº	%
Timbaúba	1	0,6
Tracunhaém	1	0,6
Vicência	1	0,6
São Vicente	1	0,6
<b>Nasceu em que cidade</b>		
<b>Outros estados</b>		
João Pessoa - PB	2	1,4
Salvador - BA	2	1,4
São Paulo - SP	2	1,4
Joaquim Gomes - AL	1	0,6
Rio de Janeiro - RJ	1	0,6
São Gonçalo - RJ	1	0,6
<b>Mora em que cidade</b>		
Recife	67	43,7
Olinda	37	24,1
Jaboatão	10	6,5
Paulista	7	4,5
Bom Jardim	2	1,4
Cabo de Santo Agostinho	2	1,4
Camaragibe	2	1,4
Igarassu	2	1,4
Joaquim Nabuco	2	1,4
Passira	2	1,4
Vitória de Santo Antão	2	1,4
Amaragi	1	0,6
Arcoverde	1	0,6
Barreiros	1	0,6
Buíque	1	0,6
Canhotinho	1	0,6
Carpina	1	0,6
Caruaru	1	0,6
Ipojuca	1	0,6
Itaíba	1	0,6
Itapissuma	1	0,6

Tabela 6 - Distribuição do perfil das gestantes de alto risco, segundo as variáveis do V nível, relacionadas aos macrodeterminantes. Continuação.

<b>Variáveis do V nível, relacionadas aos macrodeterminantes</b>	<b>Gestantes de Alto Risco (n=154)</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Limoeiro		
Macaparana	1	0,6
Paudalho	1	0,6
<b>Mora em que cidade</b>		
Pesqueira	1	0,6
Petrolina	1	0,6
Riacho das Almas	1	0,6
Santa Cruz do Capibaribe	1	0,6
Tamandaré	1	0,6
Vicência	1	0,6
<b>Mora há quanto tempo neste endereço</b>		
Menos de um ano	12	7,8
De 1 a menos de 5 anos	44	28,6
De 5 a menos de 10 anos	35	22,7
10 anos ou mais	63	40,9
<b>Somando os salários das pessoas que trabalham na família chega a:</b>		
Menos ou igual a um salário mínimo	56	36,6
De um a dois salários mínimos	67	43,8
De dois a cinco salários mínimos	29	19,0
Mais de cinco salários mínimos	1	0,6