



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

PERFIL DE PUÉRPERAS E DE RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS EM MATERNIDADE DE HOSPITAL TERCIÁRIO¹

Lissandra Gluszczak², Carina Andressa Dick³, Ivana Lindemann⁴, Silvane
Nenê Portela⁵

¹ Trabalho de Conclusão de Curso

² Professora Doutora em Ciências Biológicas, Docente Curso de Medicina (Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS), lissandra.gluszczak@uffs.edu.br.

³ Aluno do Curso de Medicina (Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS), carinad208@gmail.com.

⁴ Professora Co-orientadora, Doutora em Ciências da Saúde, Docente Curso de Medicina (Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS), ivana.lindemann@uffs.edu.br.

⁵ Professora Orientadora, Mestre em Ciências da Saúde, Docente Curso de Medicina (Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS), silvane.portela@uffs.edu.br.

Resumo:

Introdução: Conhecer a realidade de um serviço e o perfil dos pacientes atendidos é essencial à qualificação da atenção em saúde. **Objetivo:** Descrever características de puérperas/recém-nascidos atendidos em hospital terciário. **Resultados:** Amostra constituída por 1.106 puérperas e 1.132 recém-nascidos, sendo a média de idade das puérperas 26,7 anos (DP 6,8). Maioria primigesta, com cônjuge, cor da pele branca, ensino médio, atividade rentável e procedente da cidade local. Destaca-se a prevalência de tabagismo na gestação (11,9%), doença hipertensiva (15%), hipotireoidismo (12,7%), infecção urinária (10,9%) e diabetes (7,1%). Nos maternidade, 3,8% das puérperas foram reagentes para sífilis e 0,8% para HIV. A principal via de parto foi cesárea (56%), sendo 18,6% dos nascimentos pré-termo e 17,6% com baixo peso. **Conclusão:** Os resultados sugerem necessidade de maior qualificação na assistência pré-natal, visando diminuir morbimortalidade materno-infantil.

Palavras-chave: Epidemiologia; Obstetrícia; Pediatria.

Introdução

Durante a gestação, o binômio materno-fetal está predisposto a intercorrências obstétricas e neonatais. As taxas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil ainda são consideradas excessivas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo, em muitas situações, associadas à intercorrências obstétricas potencialmente evitáveis (PEREIRA; BACHION, 2005).

Com o conhecimento sobre o perfil das puérperas e dos recém-nascidos atendidos em uma instituição e a identificação dos fatores de risco e intercorrências, pode-se intervir nessas condições, a fim de modificar os desfechos (SPINDOLA; PENA; PROGIANTI, 2006). Sendo assim, essa caracterização constitui-se em ferramenta útil ao planejamento de ações, propiciando uma



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

assistência integral, objetivando diminuir a morbimortalidade materno-infantil.

O presente estudo tem como objetivo descrever características de puérperas e de recém-nascidos atendidos em uma maternidade de hospital terciário.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal, com puérperas e seus recém-nascidos na maternidade do Hospital São Vicente de Paulo, localizado em Passo Fundo, RS. A amostra foi selecionada por conveniência e incluiu puérperas e recém-nascidos admitidos na maternidade no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2017.

Os participantes foram identificados pelo sistema de informações e prontuário médico do hospital e os dados coletados do prontuário eletrônico e do registro de nascimentos hospitalar. Das puérperas, foram coletadas em prontuário eletrônico: idade, situação conjugal, cor da pele, escolaridade, ocupação, município de procedência, número de gestações, partos vaginais, cesáreas, abortos, tabagismo, morbidades, número de consultas de pré-natal, resultado de exames de HIV e sífilis (realizados na admissão obstétrica) e tipo de parto. O número de consultas de pré-natal também foi consultado no registro de nascimentos da instituição. Referentes aos recém-nascidos foram coletados do prontuário eletrônico: número de recém-nascidos, idade gestacional ao nascer, sexo, peso, índice de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida e necessidade imediata de Centro de Terapia Intensiva (CTI) neonatal.

A estatística descritiva foi realizada no programa PSPP (distribuição livre), com distribuição absoluta e relativa da frequência das variáveis categóricas e média e desvio padrão das variáveis numéricas.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição proponente (número do parecer: 2.634.164).

Resultados

Foram analisados prontuários de 1.106 puérperas e de seus recém-nascidos (n=1.132). Conforme a Tabela 1, observou-se nas puérperas predomínio de 19-29 anos (59%), sendo a média de idade 26,7 (DP 6,8), a mínima 13 e a máxima de 46 anos. A maioria (83,3%) tinha cônjuge, cor da pele branca (81,3%), ensino médio (46,8%) e exercia atividade rentável (53,1%). A maior parte era procedente de municípios pertencentes à 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (92,8%), sendo 71,9% de Passo Fundo. Quando analisada a paridade das pacientes, destaca-se que 37,5% eram primigestas, 36,8% tiveram parto vaginal prévio, 27,2% cesárea prévia e 14,6% histórico de aborto, sendo o número máximo de 10 gestações e a média de 2,2 (DP 1,4).

Tabela 1. Caracterização de uma amostra de puérperas atendidas em maternidade de hospital terciário. Passo Fundo, RS, 2017 (n=1.106).



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Variáveis	n	%
Idade da puérpera (anos completos) (n=1.105)		
≤ 18	73	6,6
19-29	652	59,0
30-39	338	30,6
≥ 40	42	3,8
Situação Conjugal (n=1.100)		
Com cônjuge	921	83,7
Sem cônjuge	179	16,3
Cor da pele (n=1.104)		
Branca	898	81,3
Outras	206	18,7
Escolaridade (n=1.099)		
Ensino fundamental	448	40,8
Ensino médio	515	46,8
Ensino superior	136	12,4
Ocupação (n=1.104)		
Atividade rentável	586	53,1
Donas-de-casa	458	41,5
Outras	60	5,4
Município de procedência (n=1.104)		
Da 6ª CRS*	1.025	92,8
De outra CRS*	79	7,2
Número de gestações (n=1.100)		
Uma	413	37,5
Duas	342	31,1
Três ou mais	345	31,4
Número de partos vaginais prévios (n=1.100)		
Nenhum	695	63,2
Um	221	20,1
Dois	92	8,3
Três ou mais	92	8,4
Número de cesáreas prévias (n=1.100)		
Nenhuma	801	72,8
Uma	198	18,0



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Duas	78	7,1
Três ou mais	23	2,1
Número de abortos/gestações ectópicas prévias (n=1.100)		
Nenhum	939	85,4
Um	134	12,1
Dois ou mais	27	2,5

*CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

Na Tabela 2, estão apresentadas as informações relativas à morbidade das puérperas, pré-natal e sorologias. Destaca-se que 11,9% declararam ter fumado durante a gestação, 7,1% apresentavam diabetes, 15% doença hipertensiva, 10,9% tiveram infecção do trato urinário e 4,2% sífilis na gestação. A maioria das gestantes (78%) realizou pré-natal adequado, conforme recomendação do Ministério da Saúde (MS), com média de 7,4 consultas (DP 2,7). Porém 1,8% das gestantes não realizaram nenhuma consulta. Em relação aos testes sorológicos realizados na admissão da maternidade, 0,8% foram reagentes para HIV e 3,8% para sífilis.

Tabela 2. Caracterização de uma amostra de puérperas em relação à morbidade, pré-natal e sorologias na maternidade de hospital terciário. Passo Fundo, RS, 2017 (n=1.106).

Variáveis	n	%
Tabagismo (n=1.105)		
Nunca fumou	957	86,6
Ex-tabagista	17	1,5
Durante toda gestação	105	9,5
Durante parte da gestação	26	2,4
Morbidades na gestante		
Diabetes mellitus	79	7,1
Tipo 1 ou 2	7	0,6
Gestacional	72	6,5
Hipertensão arterial sistêmica		
Prévia	55	5,0
Gestacional	67	6,1
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia	43	3,9
Hipotireoidismo	140	12,7
Infecção do trato urinário	121	10,9
Trabalho de parto pré-termo prévio e/ou atual	43	3,9



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Crescimento intrauterino restrito do feto	53	4,8
Sífilis	47	4,2
Oligodrâmnio	33	3,0
Ruptura prematura de membranas	22	2,2
Asma	13	1,2
Síndrome de HELLP*	7	0,6
Outras	191	17,3
Consultas de pré-natal (n=1.100)		
Nenhuma	20	1,8
1-5	222	20,2
6 ou mais	858	78,0
Teste rápido HIV** na admissão obstétrica (n=1.105)		
Reagente	9	0,8
Não-reagente	1.096	99,2
Teste não treponêmico/Teste rápido para sífilis na admissão obstétrica (n=1.105)		
Reagente	42	3,8
Não-reagente	1.063	96,2

* Síndrome HELLP - Hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas. Do inglês: Hemolytic anemia; Elevated Liver enzymes; Low Platelet count.

** HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana. Do inglês: Human Immunodeficiency Virus.

Na tabela 3, estão demonstradas características em relação ao tipo de parto. A proporção de cesariana foi de 56,1%. As principais indicações para sua realização, registradas em prontuário médico, foram: iteratividade (10%), cardiocografia não-tranquilizadora (6,1%), cesárea prévia (6%), desproporção cefalopélvica (5,7%) e centralização hemodinâmica fetal (4%). Dos partos vaginais, 11,9% foram com episiotomia e 1,2% com auxílio de fórceps e/ou episiotomia.

Tabela 3. Caracterização de uma amostra de puérperas em relação ao tipo de parto em maternidade de hospital terciário. Passo Fundo, RS, 2017 (n=1.106).

Variáveis	n	%
Tipo de Parto		
Vaginal	485	43,9
Com episiotomia	132	11,9
Sem episiotomia	340	30,7



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Com fórceps e/ou episiotomia	13	1,2
Cesárea	621	56,1
Motivo para indicação de cesárea*		
Iteratividade	111	10,0
Cardiotocografia não-tranquilizadora	68	6,1
Cesárea prévia	66	6,0
Desproporção cefalopélvica	63	5,7
Centralização hemodinâmica fetal	44	4,0
Taquicardia/bradicardia fetal	38	3,4
Oligodrâmnio/anidrâmnio	35	3,2
Crescimento intrauterino restrito	34	3,1
Feto pélvico	34	3,1
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia	30	2,7
Falha de indução do trabalho de parto	29	2,6
Macrossomia fetal	22	2,0
Líquido amniótico meconial	21	1,9
Colo desfavorável	21	1,9
Ruptura prematura de membranas ovulares	10	0,9
Síndrome HELLP**	6	0,5
Placenta prévia	4	0,4
Trabalho de parto prematuro	4	0,4
Outras	201	18,2

* Uma paciente pode ter mais de um motivo para indicação de cesárea.

** Síndrome HELLP - Hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas. Do inglês: *Hemolytic anemia; Elevated Liver enzymes; Low Platelet count.*

Em relação às características dos recém-nascidos, a maioria foi de gestação única (95,5%), a termo (81,3%), com total de 1.132 nascimentos, sendo 53% do sexo masculino. Analisando o peso dos recém-nascidos, 82,4% não apresentaram baixo peso ao nascer. Com relação ao índice de Apgar, a maioria apresentou boa vitalidade no 1º e 5º minuto, com 90,2% e 98,3%, respectivamente, e 6,9% tiveram necessidade imediata de CTI neonatal (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização de recém-nascidos em maternidade de hospital terciário. Passo Fundo, RS, 2017 (n=1.132).

Variáveis	n	%
Número de recém-nascidos		
Gestação única	1.080	95,5
Gestação gemelar	52	4,5
Idade gestacional ao nascimento (n=1.104)		
Termo	897	81,3



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Precoce (37 - 38 semanas e 5 dias)	335	30,3
Tardio (39 - 41 semanas e 5 dias)	562	50,9
Pré-termo	206	18,6
Extremo (<28 semanas)	23	2,1
Intermediário (28 - 31 semanas e 5 dias)	29	2,6
Tardio (32 - 36 semanas e 5 dias)	154	13,9
Pós-termo (≥ 42 semanas)	1	0,1
Sexo (n=1.120)		
Feminino	527	47,0
Masculino	593	53,0
Peso (n=1.113)		
≥ 2.500g	917	82,4
Baixo (< 2.500g)	145	13,0
Muito baixo (< 1.500g)	29	2,6
Extremamente baixo (< 1.000g)	22	2,0
Apgar 1º minuto (n=1.108)		
Normal (≥ 7)	999	90,2
Angústia/asfixia (< 7)	109	9,8
Apgar 5º minuto (n=1.115)		
Normal (≥ 7)	1.096	98,3
Angústia/asfixia (< 7)	19	1,7
Necessidade imediata de CTP* neonatal		
Sim	78	6,9
Não	1.054	93,1

*Centro de Terapia Intensiva

O presente estudo possui como limitação o uso de dados secundários, cuja qualidade depende da precisão do registro feito pela equipe médica.

Discussão

Entre as puérperas foi observado predomínio da faixa etária de 19-29 anos, sendo a média de idade 26,7, compatível com o descrito por Nascimento (2003), que evidenciou que a idade média das gestantes atendidas em São Paulo foi de 24 anos, período de grande fertilidade da vida reprodutiva feminina. A gravidez na adolescência é definida pela OMS como entre 10 e 19 anos, sendo mais prevalente em países em desenvolvimento. Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de 2016 mostraram que o percentual de crianças nascidas de mães adolescentes foi de 17,5% no Brasil, 14% no Rio Grande do Sul de 13,8% em Passo Fundo (BRASIL, 2017a). Neste estudo encontrou-se prevalência de 15,7%, pouco superior à registrada no ano anterior, porém abaixo da média do país. Estudo realizado em 2016 sobre a realidade nacional, demonstrou que, em cada cinco bebês nasce de uma mãe com idade entre 10 e 19 anos, revelando o grande desafio relacionado tanto à garantia ao acesso à educação sexual e reprodutiva, quanto à qualidade no atendimento nos serviços de saúde para essa população (JEJEEBHOY, 2017).

Em relação à maternidade tardia, estudo demonstrou aumento de 8,1% em 1997, para 10,5% em 2010 (BRASIL, 2012). Na casuística estudada, ocorreu prevalência 15,6% das puérperas com idade igual ou superior a 35 anos, considerado fator de risco gestacional, com necessidade de atenção especial durante a realização do pré-natal. É conhecido o aumento de morbimortalidade materna nessa faixa etária, devido ao aumento da prevalência de complicações como hipertensão arterial,



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

diabetes, placenta prévia, ruptura prematura de membranas ovulares e trabalho de parto pré-termo (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

O aumento na frequência da gravidez nos extremos da vida reprodutiva é uma realidade. O fenômeno gravidez na adolescência é considerado um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, com implicações sociais e biológicas. Por outro lado, a gestação em idade avançada tem-se tornado cada vez mais frequente devido ao controle de natalidade, aos avanços na tecnologia da reprodução assistida, ao casamento tardio, aumento da escolaridade e avanços na atenção à saúde (BRASIL; UNICEF, 2013).

No presente estudo verificou-se média de 2,2 gestações por puérpera. Dados do MS demonstraram redução gradual da taxa de fecundidade no país nas últimas décadas, com queda do número médio de filhos nascidos vivos por mulher no país, de 4,3 em 1980 para 1,8 em 2006, e de 1,7 filhos na região Sul e Sudeste no mesmo ano (BRASIL, 2012). Dados de 2017 informaram que a taxa de fecundidade total por mulher reduziu para 1,7 em nível nacional, estando a população estudada acima da média do país (JEJEEBHOY, 2017).

No que diz respeito à ocupação, 41,5% das puérperas declararam-se como do lar, enquanto estudo realizado no nordeste revelou predomínio de 64,1% (ARAÚJO *et al.*, 2015). Isso contrasta com a realidade local, onde 53,1% declararam exercer atividade remunerada. A cor de pele mais referida pelas puérperas foi a branca (81,3%), o que reflete uma característica já demonstrada em outros estudos e explicada pelo predomínio da cor branca em grupos étnicos do norte do Rio Grande do Sul. Essa característica é destoante da nacional, como mostrou estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que o perfil das mães é predominantemente de cor negra (pardas e negras) em todas as regiões, exceto na região Sul, em que 67,5% se autodeclararam brancas. Analisando a escolaridade, 59,2% das pacientes realizaram ensino médio ou superior, sendo um pouco superior à média de 51,3% da população maior de 10 anos, com nove anos ou mais de estudo, no Brasil em 2015 (IBGE, 2017). Além disso, na amostra estudada, a maioria tinha cônjuge e era moradora do próprio município.

Quando analisada a paridade, destaca-se que 27,1% das pacientes já apresentavam cesárea prévia, dessas 9,2% com duas ou mais, sendo esse um grande fator indicador de realização de nova cesariana pelo risco cinco vezes maior de ruptura uterina quando comparadas a pacientes com apenas uma cesariana prévia (CAUGHEY *et al.*, 1998).

Em relação aos hábitos de vida, uma das principais causas evitáveis de prematuridade e do baixo peso ao nascer é o tabagismo durante a gravidez. Estudos nacionais demonstram que 15% das brasileiras são fumantes (BRASIL; UNICEF, 2013). Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul observou que 22,6% das gestantes eram usuárias de tabaco durante a gestação (RENNER *et al.*, 2015). O tabagismo leva a riscos adicionais para a gestante, o seu conceito e para o neonato, como aborto, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, ruptura prematura das membranas, gravidez tubária, nascimentos pré-termo, baixo peso ao nascer, defeitos congênitos e maior risco de alergias e infecções (FONTANELLA; SECCO, 2012).

Observou-se 11,9% de tabagismo durante a gestação, destacando que 2,4% fumaram apenas em



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

parte da gestação, demonstrando a possibilidade de mudança de hábitos pela conscientização a respeito das consequências do tabagismo nessa fase tão importante para o binômio materno-fetal, o que deve ser promovido já no aconselhamento pré-concepcional e durante todo o pré-natal.

A presença de doenças clínicas na gestação constitui risco aumentado de desfechos adversos maternos e neonatais. A hipertensão gestacional é a etiologia mais comum de hipertensão durante a gravidez, ocorrendo em 6 a 17% das mulheres nulíparas saudáveis e em 2 a 4% das mulheres múltiparas (YODER; THORNBURG; BISOGNANO, 2009). Segundo estudo de Abalos *et al.* (2013), 4,6% das gravidezes em todo o mundo foram complicadas por pré-eclâmpsia.

Na amostra estudada, houve prevalência de 15% de doença hipertensiva, sendo a maioria atribuída à hipertensão gestacional, 5% à hipertensão arterial sistêmica (HAS) prévia à gestação e 3,9% com pré-eclâmpsia/eclâmpsia associadas. A prevalência de diabetes foi de 7,1%, sendo a maioria dos casos relacionados à gestação.

O CIUR representa importante aumento de risco de morbimortalidade para o neonato, devido ao crescimento comprometido e à redução das reservas de energia que aumentam sua vulnerabilidade no período perinatal. A restrição de crescimento fetal é mais prevalente em países com recursos limitados, acometendo cerca de 10% das crianças nascidas a termo nos países desenvolvidos, comparadas com 20% das crianças nascidas a termo nos países em desenvolvimento (LEE *et al.*, 2017). A amostra apresentou prevalência de 4,8% de CIUR e 3% de oligodrâmnio.

É reconhecido que o pré-natal constitui-se uma ferramenta importante na redução da morbimortalidade materno-fetal. A OMS considera que para um pré-natal de qualidade, devem ser realizadas, no mínimo, seis consultas e o início da assistência deve ser no primeiro trimestre da gestação. Sobre a realidade local, de acordo com dados do Sistema de Informação do Estado do Rio Grande do Sul, referentes ao município de Passo Fundo, em 2012 havia o registro de que 66,3% das gestantes realizavam pelo menos sete consultas médicas durante o pré-natal. No ano de 2016, 70,6% das gestantes realizaram no mínimo 7 consultas, e em 2017 a análise de dados parciais mostrou aumento dessa cobertura para 73,2% das gestantes (DGTI, 2017). Na amostra, 78% das gestantes realizaram seis consultas ou mais (média de 7,3 - DP 2,7), considerado adequado conforme recomendação da OMS.

Dentre as morbidades infecciosas que podem acometer o binômio materno-fetal, a sífilis e o HIV merecem destaque devido à possibilidade de tratamento da gestante e prevenção da transmissão vertical e perinatal de forma eficiente por meio de um pré-natal de qualidade, do cuidado ao parto e de uma assistência adequada ao recém-nascido. Apesar disso, a sífilis congênita apresenta elevada prevalência e vem aumentando sua incidência no Brasil, mesmo com a disponibilidade de tratamento eficaz e de baixo custo da doença materna (CAMPOS *et al.*, 2010).

Quanto às características epidemiológicas dos casos de sífilis na gestação no Brasil, um estudo no Ceará, analisou gestantes com teste reagente para sífilis, que foram atendidas em maternidade, e demonstrou que dessas, 5,2% tiveram diagnóstico antes do pré-natal, 50% durante o pré-natal e 39,6% apenas no momento do parto/puerpério (CAMPOS *et al.*, 2010). Outro estudo realizado pelo



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

grupo nacional de estudo sobre sífilis congênita avaliou a positividade para sífilis em puérperas, sendo de 1,7% na amostra estudada (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004). Destaca-se neste estudo, que 4,2% das gestantes tiveram testes reagentes durante a gestação, e 3,8% na admissão obstétrica. Tais valores são superiores à realidade nacional, refletindo a epidemia de casos de sífilis instalada no Rio Grande do Sul. O número de casos de sífilis congênita está em ascensão no estado nos últimos anos, com registro de 1.877 casos novos em 2016, sendo 91 destes em Passo Fundo (DGTI, 2017).

O Boletim Epidemiológico HIV/AIDS mostra que no período de 2000 até junho de 2016, foram notificadas 99.804 gestantes infectadas pelo HIV. Dessas, 18,2% residiam no Rio Grande do Sul. A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos. Em 2006, a taxa observada foi de 2,1 casos/1.000 nascidos vivos, a qual passou para 2,7 em 2015, indicando um incremento de 28,6%. Em 2015 o estado apresentou uma taxa de detecção de HIV em gestantes superior à taxa nacional, com identificação de 10,1 casos/mil nascidos vivos (BRASIL, 2017b).

Em relação aos testes sorológicos realizados na admissão da maternidade, 0,8% foram reagentes para HIV em nossa casuística, superior ao encontrado em estudo realizado em Sergipe que detectou 0,42% de gestantes soropositivas para HIV, das quais 59% não conheciam a soropositividade no momento da admissão na maternidade. Das puérperas, 89% referiram ter frequentado o serviço de pré-natal, mas somente 32,5% destas foram submetidas ao teste para HIV na gestação, tornando a triagem sorológica realizada na admissão obstétrica ferramenta de grande importância na prevenção da transmissão vertical do HIV (LEMOS; GURGEL; FABRO, 2005).

No que se refere ao tipo de parto, existem diversos fatores capazes de influenciar a taxa de cesarianas. Dentre eles, destacam-se os individuais, de paridade, cesariana prévia, apresentação fetal e modo de início do trabalho de parto, além das preferências dos profissionais da saúde e das mulheres atendidas. Em condições ideais, a cesariana é uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves. Além disso, quando realizada em decorrência de razões médicas, é efetiva na redução da mortalidade materna e perinatal. Porém, embora as complicações maternas graves associadas a esse tipo de operação sejam pouco frequentes, apresenta maiores taxas de morbimortalidade em comparação ao parto vaginal. Além disso, do ponto de vista neonatal, a realização de cesarianas sem indicação obstétrica, em gestantes na 37ª semana, contribui para a prematuridade tardia iatrogênica, ocorrência de desconforto respiratório neonatal e internação em unidades de terapia intensiva neonatal (SOUZA *et al.*, 2016).

Ainda, destaca-se que nas últimas décadas, a taxa nacional de operações cesarianas tem aumentado progressivamente, tornando-se o modo mais comum de nascimento no país (56% dos casos), havendo uma diferença significativa entre os serviços públicos de saúde (40%) e os serviços privados (85%) (DATASUS, 2017). Considerando as características da população, que apresenta um elevado número de operações cesarianas em anos anteriores, a taxa de referência ajustada para a população brasileira, gerada a partir do instrumento desenvolvido para este fim pela OMS, estaria entre 25% a 30%, número muito inferior ao praticado no Brasil (BRASIL, 2016).



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Nessa pesquisa, 56,1% das gestantes foram submetidas ao parto cesáreo, o que é compatível com a estatística nacional. Dos partos vaginais, 11,9 % ocorreram com auxílio de episiotomia, taxa condizente com recomendação do MS (10% a 15%), devendo ser realizada somente nos casos em que houver necessidade (BRASIL, 2001). Quando observada a indicação médica para realização de cesárea, destacam-se a prevalência de indicação por cesárea prévia e iteratividade, explicadas pelo aumento da taxa de cesárea da última década. A cardiocografia fetal não-tranquilizadora, taquicardia ou bradicardia fetal, assim como a centralização hemodinâmica fetal, que podem corresponder a achados sugestivos de sofrimento fetal, também foram registradas como indicações para realização de cesáreas. Outras, mais prevalentes, incluíram a desproporção cefalopélvica, oligodrâmnio ou anidrâmnio, CIUR e feto pélvico. Estudo realizado em maternidades de Minas Gerais demonstrou como principais indicações para realização de cesárea a iteratividade e as distócias de apresentação (FABRI *et al.*, 2002). Cabe ressaltar, que se trata de uma instituição de atenção terciária, para onde convergem casos complexos, encaminhados dos 62 municípios da 6ª CRS, e de outros, podendo repercutir no aumento do índice de cesarianas da instituição.

Em relação ao nascimento pré-termo, observa-se incidência mundial em torno de 10-15% nos países subdesenvolvidos e entre 5-7% nos desenvolvidos, com tendência ascendente. No Brasil, a prematuridade apresenta um discreto crescimento ao longo do tempo, ao contrário do que seria esperado em um país, no qual, a maioria dos indicadores de saúde materno-infantil apresentam melhorias. Estudo nacional demonstrou taxa de prematuridade no ano de 2011 de 11,8% no país, inferior a taxa de 12% no Rio Grande do Sul, e de 14,4% na 6ª CRS (BRASIL; UNICEF, 2013) Em relação à idade gestacional ao nascimento, na amostra estudada, encontrou-se prevalência de 18,6% de nascimento pré-termo, valores acima dos nacionais e estaduais relatados, sendo a maioria tardio (entre 32 e 36 semanas e 5 dias).

São reconhecidos vários fatores determinantes em relação ao peso de nascimento da criança, relacionados principalmente à idade gestacional, sexo do recém-nascido, gemelaridade, tabagismo durante a gravidez, renda familiar, número de consultas pré-natais, tipo de parto, escolaridade, antecedentes obstétricos, desnutrição, uso de drogas e morbidades maternas que levem à diminuição do fluxo sanguíneo uteroplacentário. As taxas de baixo peso ao nascer no país têm permanecido ao redor de 8% desde 2000, apresentando discreta tendência ascendente. As regiões com maiores prevalências são o Sudeste e Sul e com as menores, Norte e Nordeste (BRASIL; UNICEF, 2013).

Analisando o peso dos recém-nascidos na amostra estudada, 17,6% apresentavam baixo peso ao nascer, superior às taxas nacionais. Isso pode estar relacionado à significativa taxa de prematuridade encontrada. Um fator que pode estar associado, é que a maternidade estudada é referência para parto e nascimento de alto risco devido à disponibilidade de CTI neonatal. Esses valores devem ser considerados, visto que, são os fatores mais importantes na determinação da morbidade e mortalidade neonatal (WHO, 2012).

Considerando as variáveis neonatais, o escore de Apgar, é um dos métodos mais utilizados para a avaliação imediata do recém-nascido, no primeiro e no quinto minutos de vida. Na amostra



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

estudada a maioria apresentou boa vitalidade no 1º e 5º minuto, com 90,2% e 98,3%, respectivamente, o que significa que a maioria nasceu em boas condições. Houve necessidade imediata de encaminhamento para CTI neonatal de 6,9% dos recém-nascidos.

Conclusão

Das variáveis analisadas no estudo, destaca-se a prevalência de maternidade tardia na amostra, assim como a média de gestações das puérperas, superior à taxa de fecundidade nacional. Outro fator de impacto é relacionado ao histórico de paridades das mulheres, onde mais de um quarto já apresentava cesárea prévia, refletindo o histórico aumento de cesarianas na população brasileira. Apesar da adequada realização de pré-natal na maioria das gestações, houve prevalência de tabagismo, de sífilis e de HIV, superior ao encontrado em estudos nacionais. Além disso, em relação aos recém-nascidos, há um grande desafio relacionado à prevalência de prematuridade e baixo peso ao nascer.

Partindo da análise exposta, apresenta-se como desafio a qualificação ao atendimento de puérperas e de seus recém-nascidos. Os resultados poderão ser úteis ao planejamento e à tomada de decisões visando à melhoria do serviço prestado, especialmente na qualificação da assistência pré-natal, visando diminuir morbimortalidade materno-infantil.

REFERÊNCIAS:

ABALOS E. *et al.* Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review of literature. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**; n. 170, v.1, p. 1-7, 2013.

ARAÚJO K. R. S. *et al.* Perfil sociodemográfico de puérperas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro. **Rev. Eletr. Gestão & Saúde**; n.6, v.3, p. 2739-50, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.** Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Disponível em <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>>. Acesso em 05 de outubro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde [homepage na internet]. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.** Acesso em 12 de novembro de 2017a. Disponível em: <<http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Programáticas Estratégicas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2016**. Ministério da Saúde, n.1, v. 48, 2017b.

BRASIL; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Consultoria:** pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas. Brasil, 2013.

CAMPOS, A. L. A. *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 26, v. 9, p. 1747-1755, 2010.

CAUGHEY A. B. *et al.* Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. **Am J Obstet Gynecol**; n.181, p. 872-6, 1999.

DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em [.gov.br](http://gov.br)>. Acesso em 12 de novembro de 2017.

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO (DGTI). **Portal BiSaúde**. Disponível em: >. Acesso em 10 de novembro de 2017.

FABRI R. H. *et al.* Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público universitário e um hospital privado. **Rev Bras Saude Mater Infant**; n. 2, v. 1, p. 29-35, 2002.

FONTANELLA B. J. B.; SECCO K. N. D. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de Unidades de Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**; n.61, v.3, p.168-175, 2012.

GONÇALVES Z. R.; MONTEIRO D. L. M. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **Femina**; n.40, v.5, p.275-279, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [homepage na internet]. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Acesso em 12 de novembro de 2017. Disponível em: .

JEJEEBHOY S, assessora sênior. **Situação da População Mundial 2016**. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); 2017.

LEE A. C. *et al.* Estimates of burden and consequences of infants born small for gestational age in low and middle income countries with INTERGROWTH-21st standard: analysis of CHERG datasets. **BMJ**; n.358, p. 3677, 2017.

LE MOS, M. D.; GURGEL, R. Q.; FABBRO, A. L. D. Prevalência da infecção por HIV em parturientes de maternidades vinculadas ao SUS. **Rev Bras Ginecol Obstet**, n. 27, v.1, p. 32-36, 2005.

NASCIMENTO L. F. C. Pregnants' profile in prenatal and perinatal stages: comparative study between public and private health services in Guaratinguetá. **Rev Bras Saude Mater Infant**; n.



Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

3, v. 2, p.187-194, 2003.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION M. M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev Bras Enferm**, n. 58, v. 6, p. 659-664, 2005.

RENNER F. W. *et al.* Perfil epidemiológico das puérperas e dos recém-nascidos atendidos na maternidade de um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul no primeiro semestre de 2014. **Bol Cient Pediatr**; n.4, v.2, p. 27-32, 2015.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, n. 16, v. 3, p. 168-175, 2004.

SOUZA, J. P. *et al.* Model global reference for caesarean section rates: a multicountry cross-sectional study. **BJOG**, v. 123, n.3, p. 427-436, 2016.

SPINDOLA T.; PENNA L. H. G.; PROGIANTI J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, n. 40, v. 3, p. 381-388, 2006.

HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Born too soon:** the global action report on preterm birth. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/>. Acesso em 23 de novembro de 2017.

YODER S. R.; THORNBURG L. L.; BISOGNANO J. D. Hipertensão na gravidez e mulheres em idade fértil. **Am J Med**; n.122, v.10, p. 890, 2009.