

# CARACTERÍSTICAS E AGRAVOS PREVALENTES DA POPULAÇÃO ASSISTIDA NA FASE PERINATAL: ESTUDO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO SUS

CHARACTERISTICS, DISEASES AND INJURIES OF A MATERNAL AND CHILD POPULATION ASSISTED DURING THE PERINATAL PHASE: RESEARCH PERFORMED IN A HIGH COMPLEXITY HOSPITAL OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMAS PREVALENTES EN LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PERÍODO PERINATAL: ESTUDIO EN UN HOSPITAL TERCIARIO DEL SUS

Maria Veraci Oliveira Queiroz<sup>1</sup>  
Juliana Freitas Marques<sup>2</sup>  
Maria Salete Bessa Jorge<sup>3</sup>  
Francisco José Maia Pinto<sup>4</sup>  
Lizandra Kely de Sousa Guarita<sup>5</sup>  
Natália Soares de Menezes<sup>5</sup>

## RESUMO

Com este texto, objetivou-se caracterizar os aspectos sociodemográficos da clientela e determinar o perfil das doenças e dos agravos prevalentes da população materno-infantil assistida na fase perinatal. Este é um estudo quantitativo, de corte transversal, por meio do qual são analisados 421 prontuários do serviço de obstetrícia de um hospital terciário do SUS, situado em Fortaleza-Ceará, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006. As variáveis estudadas foram as características socioeconômicas, como idade, estado civil, escolaridade e profissão; características obstétricas, como tipo de parto, consulta pré-natal e complicações prevalentes na população da unidade de obstetrícia e neonatologia. Prevaleram, na população estudada, mulheres de faixa etária entre 20 a 25 anos (30,2%), solteiras (56,8%), dentre as quais 45,7% possuíam o ensino fundamental e 56,9% eram donas de casa – “do lar”. Em relação às características obstétricas, 21,3% das usuárias realizaram acima de seis consultas pré-natais e 54,5% dos partos foram do tipo cesárea. A principal complicação materna foi a pré-eclâmpsia (43,4%) e o principal agravo entre os recém-nascidos foi a síndrome do desconforto respiratório (64,1%). O perfil de doenças e agravos com a mãe e o bebê são de médio e alto riscos, carecendo de assistência especializada e qualificada; portanto, há necessidade de ampliação de recursos humanos e materiais para atender às necessidades dessa população.

**Palavras-chave:** Assistência Perinatal; Indicadores; Atenção Terciária à Saúde.

## ABSTRACT

**Objectives:** this study aims to characterize the socio demographic aspects of a maternal and child population assisted during the perinatal phase, as well as the diseases and injuries most prevalent in these patients. **Methods:** this is a transversal study with a quantitative approach, in which 421 files from the obstetrics service of a public high complexity hospital of Fortaleza, Ceará, were analyzed. It took place between January, 2005 and December, 2006. The following variables were studied: socioeconomic features (age, marital status, education level and profession); obstetric features (type of delivery, prenatal assistance and complications). **Results:** 30.2% of the patients were 20 to 25 years old, 56.8% were single, 45.7% had elementary school level and 56.9% were housewives. Regarding obstetrics features, 21.3% of the patients had had at least 6 prenatal appointments and 54.5% of the deliveries were cesarean type. The main maternal complication was preeclampsia (43.4%) and the main injury among newborns was the respiratory distress syndrome (64.1%). **Conclusions:** Diseases and injuries among mothers and babies are of medium and high risk and lack qualified assistance. It is essential to enhance human and material resources to meet the needs of this population.

**Key words:** Perinatal Care; Indicators; Tertiary Health Care.

<sup>1</sup> Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

<sup>2</sup> Enfermeira. Aluna do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde (UECE).

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (UECE).

<sup>4</sup> Doutor em Saúde Pública. Docente do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos e Saúde (UECE).

<sup>5</sup> Aluna de Graduação do curso de Medicina (UECE).

Endereço para correspondência – Maria Veraci Oliveira Queiroz: Rua Barbosa de Freitas, 941, apto. 1101, Aldeota. Fortaleza-CE. CEP: 60170-020.  
E-mail: veracioq@hotmail.com.

## RESUMEN

Caracterizar los aspectos sociodemográficos de la clientela y determinar el perfil de las enfermedades y de los problemas prevalentes en la población materno-infantil atendida en el período perinatal. Estudio cuantitativo, de corte transversal, que analiza 421 prontuarios del servicio de obstetricia de un hospital terciario del SUS de Fortaleza-Ceará, entre enero de 2005 y diciembre de 2006. Las variables estudiadas fueron características socioeconómicas tales como edad, estado civil, escolaridad y profesión; características obstétricas como tipo de parto, consulta prenatal y complicaciones prevalentes en la población de la unidad de obstetricia y neonatología. En la población estudiada prevalecieron las mujeres entre 20 y 25 años (30,2%), solteras (56,8%), 45,7% con estudios básicos y 56,9% amas de casa. Con relación a las características obstétricas 21,3% de las usuarias realizaron más de 6 consultas prenatales y 54,5% de los partos por cesárea. La complicación materna principal fue la preeclampsia (43,4%) y el problema principal entre los recién nacidos era el síndrome de molestia respiratoria (64,1%). El perfil de las enfermedades y problemas con las madres y los bebés es de mediano y alto riesgo, no hay atención especializada ni cualificada; por lo tanto, deben ampliarse los recursos humanos y materiales para atender a las necesidades de esta población.

**Palabras clave:** Atención Perinatal; Indicadores; Atención Terciaria de Salud.

## INTRODUÇÃO

O crescente interesse em melhorar a assistência perinatal está relacionado ao elevado índice de morbidade e mortalidade na população de crianças e mulheres, causadas por complicações passíveis de serem evitadas, mediante detecção precoce e tratamento adequado nas fases da gravidez e do parto, momentos cruciais para um nascimento saudável. A atenção integral à saúde da mulher e do seu filho pode ser aprimorada com aplicação racional e humanizada da tecnologia obstétrica e neonatal já disponível, de modo a alcançar níveis mais baixos de mortalidade materna e infantil.<sup>1</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), redefiniu a fase perinatal, que se inicia em 22 semanas completas de gestação e se estende até 7 dias completos após o nascimento. A decisão de cobrir esse período da idade gestacional tornou-se necessária para a notificação dos óbitos, em face do deslocamento progressivo dos limites da viabilidade fetal.<sup>2</sup> Referida fase gestacional e de nascimento é significativa no acompanhamento das condições de saúde e na prevenção das doenças que acometem a mãe e o recém-nascido.

Mencionada fase do processo de nascimento é significativa no acompanhamento das condições de saúde e das doenças que acometem a mãe e o recém-nascido, considerando que muitas ações podem ser realizadas para promover uma qualidade de vida para a criança, assim como para a genitora. Com efeito, é fundamental que se incorpore a avaliação da assistência perinatal na rotina do SUS, e não somente atender às demandas contingenciais por auditoria, mediante um serviço de avaliação permanente para os hospitais conveniados e a rede básica de saúde. Nesse contexto, a criação de mecanismos de incentivo para os serviços, com resultados favoráveis à mãe e ao recém-nascido, elevaria a qualidade da assistência.<sup>3</sup>

O aprimoramento da qualidade dos serviços que atendem à mulher e ao recém-nascido, principalmente das maternidades, integra o elenco de ações prioritárias do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. O pacto é iniciativa do Ministério da Saúde e tem como meta reduzir em 15% os atuais índices de mortalidade materna e neonatal até o fim de 2006 e em 75% até 2015.

Tomando como base dados do Ministério da Saúde de 2002, quando mais de 2 mil mulheres e mais de 38 mil crianças com até 28 dias de vida morreram por complicações na gravidez, no parto e no pós-parto, bem como decorrentes de aborto, a expectativa é salvar 300 mulheres e 5,7 mil recém-nascidos até o final do atual governo.<sup>4</sup> Vale destacar que as principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, hemorragia, aborto, infecção pós-parto e doenças do aparelho respiratório, enquanto os óbitos neonatais decorrem, sobretudo, de problemas respiratórios e circulatórios, de prematuridade e baixo peso, de infecções relacionadas ao parto e de hemorragias.<sup>5</sup>

Nesse contexto, considera-se que a atenção à saúde materno-infantil reflete-se, consideravelmente, nos indicadores de saúde e, em decorrência, os resultados da assistência exprimem a qualidade e o impacto das ações implementadas. Portanto, torna-se relevante conhecer características da população e os agravos, na perspectiva de contribuir no planejamento das ações para atender à demanda e as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), provendo uma rede de assistência integrada com sistemas regionalizados e hierarquizados. No âmbito da assistência perinatal, essa rede de assistência permite assegurar o acesso da gestante e do recém-nascido de modo integral com serviços eficientes e resolutivos.<sup>6</sup>

Diante dessas considerações, realizou-se um estudo com suporte nos seguintes objetivos: caracterizar os aspectos socioeconômicos da clientela assistida na fase perinatal do hospital em estudo e determinar o

perfil das doenças e agravos prevalentes da população materno-infantil.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, compreendendo os anos de 2005 e 2006. As informações foram colhidas em prontuários da clientela atendida no Serviço de Obstetrícia e Neonatologia de um hospital do Sistema Único de Saúde, situado na cidade de Fortaleza-CE. É um hospital de nível de atenção terciário de referência para todo o Estado e tem certificação no Ministério da Saúde como hospital de ensino. O nível de atenção terciário é constituído por grandes hospitais gerais e especializados, que concentram tecnologia de maior complexidade e de ponta, servindo de referência para os demais programas, sistemas e serviços.<sup>7</sup>

A população do estudo compõe-se de usuárias assistidas no Serviço de Obstetrícia, em relação à ocorrência de partos e de recém-nascidos assistidos na Unidade Neonatal de Risco, envolvendo os anos de 2005 e 2006. A composição da amostra aleatória foi sistemática, com uma constante igual a 15 para 2005 e de 17 para 2006, calculado estatisticamente, ou seja, a seleção da amostra foi feita por um processo sistemático aleatório representando o subconjunto da população.

Extraíu-se dos censos diários de internação os números dos prontuários com base no primeiro sujeito (mãe/criança) que obteve alta hospitalar no dia 1º de janeiro de cada um dos anos e obedecendo ao intervalo de escolha citado. Portanto, no dimensionamento da amostra, a população foi tomada como finita (número de prontuários identificados), as principais variáveis do estudo qualitativa (agravos perinatais) e o nível de confiança preestabelecido foi de 95%, para um erro amostral de tamanho 5.

O levantamento dos dados por meio dos prontuários ocorreu no período de julho a dezembro de 2007, diretamente, no Serviço de Assistência Médica e Estatística (SAME) do hospital em estudo, onde se teve acesso a indicadores estatísticos da população assistida. Para a coleta dos dados, foi elaborado um formulário que continha as informações sobre os aspectos socioeconômicos, características da gestação e o registro das principais complicações e agravos

perinatais. Os dados coletados foram processados utilizando-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 16.0, além da planilha eletrônica Excel para a construção das tabelas com distribuição de frequência, o que permitiu a análise descritiva das variáveis socioemogáficas e dos agravos da população materno-infantil.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP-UECE), que autorizou a realização da pesquisa com Protocolo nº 04252522-5. Houve, também, anuência do representante geral da instituição, lócus da pesquisa.

## **RESULTADOS**

Dos 421 prontuários pesquisados, obteve-se a classe de idade das mulheres atendidas nos referidos anos, correspondendo à idade menor de 20 anos com um percentual de 23,9%; a faixa etária de 20 a 25 anos correspondeu a 30,2% de mulheres; 25 a 30 anos à 21,2%; 30 a 35 anos com 11,9% de mulheres; 35 a 40 anos, um percentual 8,8%; a classe de idade maior de 40 anos representou 1,9% do total de sujeitos da pesquisa (n=421).

Sobre o estado civil observa-se que 56,8% das parturientes eram solteiras, 25,2% casadas e 11% vivem com companheiro e a categoria "Outros" (2,1%) estão incluídas as subcategorias "divorciada" e "viúva". 4,9% não revelaram seu o estado civil.

Quanto à escolaridade, 1,9% das mães não era alfabetizado, 6,1% eram alfabetizadas, 45,7% possuíam o ensino fundamental. Dentre as mães que se intitularam no ensino médio completo e no nível superior foram, respectivamente, 23,9% e 1,6%. Vale ressaltar que dos prontuários examinados 20,8% não registravam essa informação, um dado significativo na caracterização da clientela.

A ocupação/profissão é outro fator associado à condição socioeconômica que tem repercussão direta no perfil de saúde da mãe e do recém-nascido. Observa-se que o maior percentual foi daquelas mães que disseram ser "do lar" (56,9% de 421 usuárias). Outras ocupações/profissões que apareceram em menor escala foram estudantes (7%), domésticas (5,3%), costureiras (1,9%), professoras (1,9%) e serviços gerais (1,8%), conforme se observa na TAB. 1.

**TABELA 1 – Características socioeconômicas de mulheres atendidas na fase perinatal de um hospital terciário do SUS, Fortaleza-CE, 2005-2006.**

Variáveis socioeconômicas	Total	
	n	%
<b>Faixa etária</b>		
< 20 anos	101	23,9
20   25 anos	127	30,2
25   30 anos	89	21,2
30   35 anos	50	11,9
35   40 anos	37	8,8
≥ 40 anos	8	1,9
Sem informação	9	2,1
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	239	56,8
Casada	106	25,2
União consensual	46	11,0
Outros	9	2,1
Sem informação	21	4,9
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizadas	8	1,9
Alfabetizadas	26	6,1
Ensino fundamental	192	45,7
Ensino médio	101	23,9
Ensino superior	7	1,6
Sem informação	87	20,8
<b>Ocupação/Profissão</b>		
Do lar	240	56,9
Estudante	29	7,0
Doméstica	22	5,3
Costureira	8	1,9
Professora	8	1,9
Servente	8	1,8
Outras	106	25,2

Fonte: SAME

Em relação às características perinatais, observa-se, na TAB. 2, as características gestacionais por meio dos registros nos prontuários sobre o número de consultas realizadas no pré-natal, tipo de gestação, tipo de parto e complicações e agravos durante a gestação. Analisando os dados acima, percebeu-se um dado relevante: 3,4% das mães não realizaram nenhuma

consulta pré-natal, 18,5% realizaram entre uma a três consultas e 42,1% realizaram de quatro a seis consultas, enquanto 21,3% realizaram acima de seis consultas. No entanto, 14,7% dos prontuários não registravam essa informação.

Nos achados, observa-se, ainda, o tipo de gestação, em que a gestação única correspondeu a 86,9% e

**TABELA 2 – Características gestacionais de mulheres atendidas na fase perinatal de um hospital terciário do SUS, Fortaleza-CE, 2005-2006.**

Características gestacionais	Total	
	n	%
<b>Nº de consultas de pré-natal</b>		
Nenhuma consulta	14	3,4
1 a 3	78	18,5
4 a 6	177	42,1
Acima de 7	90	21,3
Sem informação	62	14,7
<b>Tipo de gestação</b>		
Única	366	86,9
Gemelar	26	6,1
Sem informação	29	7,0
<b>Tipo de parto</b>		
Distorcia/fórceps	7	1,5
Vaginal	171	40,5
Cesárea	229	54,5
Sem informação	14	3,5
<b>Complicações e agravos durante a gestação</b>		
Sim	242	57,4
Não	179	42,6

Fonte: SAME

gemelar a 6,1%, mas 7% dos prontuários não tinham esse registro. Em relação à prevalência do tipo de parto, o parto com distorcias/fórceps foi de 1,5% e o parto vaginal correspondeu a 40,5%, enquanto o parto cesárea foi de 54,5%. Em alguns prontuários examinados não constavam o registro do tipo de parto, o que correspondeu a 3,5%, ressaltando mais uma informação ignorada, mostrando a inobservância do serviço nos registros do prontuário.

No estudo foram identificadas, também, as complicações maternas constituindo o perfil epidemiológico

desse serviço, que inclui a atenção especializada à mulher no processo de nascimento, conforme TAB. 3.

De acordo com os prontuários analisados, 57,4% das usuárias tiveram algum agravo e/ou complicação durante a fase perinatal. Dentre as complicações destacadas, houve as síndromes hipertensivas da gestação com 43,4%, e aminiorrexe prematura prevalecendo em 30,6% das gestantes. A infecção do trato urinário (ITU) teve um percentual de 9,1%, enquanto diabetes, cardiopatias aparecem com 2,1% cada. As hemorragias foram detectadas em 5,3%

**TABELA 3 – Principais complicações e agravos em mulheres atendidas na fase perinatal de um hospital terciário do SUS, Fortaleza-CE, 2005-2006.**

Complicações e agravos durante a gestação	Total	
	n	%
Síndromes hipertensivas da gravidez	105	43,4
Amniorrexe prematura	74	30,6
Infecção urinária	22	9,1
Diabetes	5	2,1
Cardiopatía	5	2,1
Hemorragias	13	5,3
Outras	18	7,4

Fonte: SAME

das gestantes. No entanto, aparecem como outras complicações com 7,4%: anemia, placenta prévia, prematuridade, DST, dentre outras.

Vale salientar, que em face de o hospital ser de alta complexidade, há prioridade ao atendimento de gestantes com história e sinais sugestivos de complicações, limitando o acesso às mulheres que, supostamente, terão partos normais e/ou sem complicações, exceto quando a mulher chega no serviço em processo de parturição.

Dos registros extraídos dos prontuários, obteve-se, ainda, o peso do recém-nascido, como mostra a TAB. 4.

Os dados acima mostram recém-nascidos com peso menor de 1.000 g: 1,5%; entre 1.000 a 1.500g: 6,3%; recém-nascidos com peso entre 1.500 a 2.000 g foram registrados 10,7% e entre 2.000 a 2.500 correspondeu a 13%; houve variação de peso entre 2.500 a 3.500g em 36,8% dos casos. Observou-se, ainda, o percentual de bebês que nasceram com peso maior que 3.500 g que foi de 19,3%. Constatou-se, também, que alguns

**TABELA 4 Características de recém-nascidos atendidos na fase perinatal de um hospital terciário do SUS, Fortaleza-CE, 2005-2006.**

Características dos recém-nascidos	Total	
	n	%
<b>Peso ao Nascer</b>		
< 1.000 gramas	6	1,5
1000   1500 gramas	27	6,3
1500   2000 gramas	45	10,7
2000   2500 gramas	55	13,0
2500   3500 gramas	155	36,8
≥ 3500 gramas	81	19,3
Sem informação	52	12,4
<b>Complicações e agravos do RN</b>		
Sim	245	58,3
Não	176	41,7

Fonte: SAME

prontuários não tinham essa informação pesquisada, correspondendo a 12,4%. Obteve-se, ainda, o registro das principais complicações e agravos dos recém-nascidos que estavam internados na UTI neonatal. Do total de prontuários pesquisados, o percentual de recém-nascidos que apresentaram complicações correspondeu a 245 (58,3%), representando os bebês que ficaram internados na UTI neonatal.

Na TAB. 5, há a distribuição das principais complicações ocorridas com recém-nascidos na fase perinatal:

As principais complicações do RN ocorridas no período estudado foram, em ordem decrescente: síndrome do desconforto respiratório (64,1%), icterícia com 9%, hipoglicemia e cianose com 7,7% e 6,6%, respectivamente, infecção neonatal (5,3%), malformação congênita (4,5%), asfixia (2,0%) e as cardiopatias, correspondendo 0,8% das complicações/ agravos.

**TABELA 5. Principais complicações e agravos em recém-nascidos atendidos na fase perinatal de um hospital terciário do SUS, Fortaleza-CE, 2005-2006.**

Principais complicações e agravos *	Total	
	n	%
Síndrome do Desconforto Respiratório	157	64,1
Infecção Neonatal	13	5,3
Malformação congênita	11	4,5
Asfixia	5	2,0
Cardiopatias	2	0,8
Icterícia	22	9,0
Hipoglicemia	19	7,7
Cianose	16	6,6

Fonte: SAME

\*Incluídos apenas os recém-nascidos que tiveram complicação ou agravo

## DISCUSSÃO

Neste estudo, a estatística do serviço mostra que não houve mortalidade materna durante os dois anos pesquisados e, embora a unidade de atenção terciária atenda prioritariamente aos casos de riscos, possui condições favoráveis a um atendimento capaz de salvar a vida da mãe.

A morte fetal, no entanto, nem sempre é possível evitar por motivos ligados a fatores intrinsecamente materno-fetais. Com relação à mortalidade fetal, os fetos têm maior prevalência em situações de prematuridade, porém, em estudo recente, a idade materna foi o fator mais fortemente associado com a natimortalidade.<sup>8</sup>

A maior faixa etária das mulheres pesquisadas está entre 20 e 25 anos (30,2% das mães), período de grande fertilidade pelo processo natural, embora alguns fatores socioeconômicos e culturais influenciem essa estatística. Pode-se acentuar que a maior prevalência de gravidez ocorreu em idade jovem (menos de 30 anos), havendo queda significativa de gravidez/partos na idade acima de 30 anos e, principalmente, entre mulheres de mais de 40 anos (1,9%), período em que a ocorrência de gravidez deve ser menor, considerando os fatores de riscos. Aparece, ainda, o item "Sem informações", que corresponde a idade ignorada, igual a 2,1% dos casos, fato consideravelmente sério, pois o preenchimento dos dados de identificação na ficha de atendimento é incondicional em qualquer situação de atendimento à saúde.

As estatísticas mostram, ainda, elevada incidência de gravidez na adolescência e, de igual forma, há mulheres que optam pela maternidade mais tardiamente. A análise do perfil de morbidade na adolescência revela a presença de doenças crônicas, transtornos psicossociais, farmacodependência, doenças sexualmente transmissíveis e problemas relacionados a gravidez, parto e puerpério.

A gravidez nesse grupo populacional é considerada, em alguns países, problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussão para a mãe e para o recém-nascido. Vale ressaltar que a gestação em mulheres com 35 anos ou mais está associada a risco aumentado para complicações maternas (maior ganho de peso, obesidade, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia e miomas).<sup>9,10</sup>

Os dados mostram percentual elevado de solteiras (56,8%) atendidas no Serviço de Obstetrícia do hospital onde a pesquisa foi realizada. Muitas dessas mães, provavelmente, assumem a maternidade sem o apoio do companheiro. Esse é um fator que pode repercutir no vínculo mãe-filho e, conseqüentemente, nos cuidados e na saúde da criança. Conforme se evidencia na prática, ser solteira configura um fator de risco, implicando contratempos no desenvolvimento da gestação, por não contar a gestante com o apoio e suporte de um companheiro e ter ainda que enfrentar sozinha a responsabilidade para com o seu filho.

No Brasil, a assistência ao nascimento apresenta ainda importantes diferenciais por escolaridade. Os resultados mostram que 45,7% das mulheres atendidas possuem o ensino fundamental, 23,9% têm certificado de ensino médio e 1,6% possuem diploma de ensino superior. O grau de escolaridade apresenta-se como fator primordial no desenvolvimento da maternidade. Quanto mais avançadas nos estudos, mais as mães se mostram interessadas em aprender sobre os cuidados com o recém-nascido, as modificações normais ocorridas no organismo materno e os principais parâmetros quanto ao crescimento e desenvolvimento da criança.<sup>11</sup> Já existem indicações mostrando que, quanto maiores a escolaridade e a renda, menor é o grau de utilização intensiva do SUS,<sup>12</sup> o que se configura nos achados.

A ocupação/profissão é outro fator associado à condição socioeconômica, tendo repercussão direta no perfil de saúde da mãe e do recém-nascido. Observa-se que o maior percentual foi daquelas mães que disseram ser "do lar" (56,9% de 421 mulheres). É caracterizada como aquela mulher que é responsabilizada pelas tarefas domésticas de sua casa, não possui vínculo empregatício e nenhuma forma de renda. Outras ocupações/profissões apareceram em menor escala, porém o predomínio da ocupação "do lar" pode indicar a falta de profissionalização ou mesmo a ausência de emprego entre essa população.

No panorama da situação obstétrica estudada, 42,1% das mulheres realizaram de quatro a seis consultas pré-natais, contudo vê-se que 21,9% dessas mulheres realizaram de nenhuma a três consultas, representando percentual bastante significativo e diretamente relacionado aos principais fatores de risco para a mortalidade e perinatal e à qualidade da assistência à gestação.<sup>13</sup>

A falta de vínculo entre a assistência pré-natal e a do parto leva as mulheres em trabalho de parto a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais. Além disso, a maioria das mortes maternas ocorre perto do parto, demandando intervenções que garantam melhor assistência nesse período. Reiterando o que o Ministério da Saúde preconiza, pode-se observar que a assistência ao pré-natal é o início de todo o processo de nascer saudável. É esse o momento inicial em que os profissionais de saúde deverão ensejar o atendimento humanizado, as informações e os esclarecimentos que se fizerem necessários, para que os processos de parturição e nascimento transcorram num clima de plenitude, satisfação e, sobretudo, de realização para todos, incluindo a dos profissionais envolvidos.<sup>14</sup>

As mulheres assistidas no Serviço de Obstetrícia tiveram acesso a atendimentos variados, dependendo da sua condição clínico-obstétrica. O tipo de gestação que prevaleceu foi a única, com 86,9%. Quanto ao tipo de parto, estão classificados em partos vaginais, com distocia/fórceps e cesáreas. Dentre os resultados obtidos, nota-se que o parto cesárea foi prevalente, com 54,5%.

Os resultados descritos são esperados, o que se justifica, em parte, pelo fato de o hospital em estudo ser um serviço de atenção terciária, impondo, muitas vezes, o seu atendimento voltado para a gravidade das complicações e para o comprometimento do bem-estar fetal. Assim, o parto cesárea, por muitas vezes, é escolhido como opção para prevenir complicações ao recém-nascido ou à parturiente, sobretudo em parturições de mães que se encontram em faixa etária dos dois extremos de reprodução. Os partos cesarianos são realizados quando há indicações de severidade materno-fetal, conforme estudos evidenciam.<sup>15,16</sup> Deve-se, entretanto, seguir corretamente esses critérios indicativos, pois se trata de um procedimento cirúrgico e, como tal, pode trazer complicações.

Em relação às complicações e agravos durante a fase perinatal, 57,4% das gestantes apresentaram algum tipo de complicação. As síndromes hipertensivas, hemorragias, complicações do aborto e infecções puerperais constituem causas diretas com 75% das mortes maternas no Brasil, as quais poderiam ser evitáveis com a melhoria da qualidade da assistência prestada no ciclo gravídico-puerperal.<sup>17</sup> Neste estudo, a pré-eclampsia, síndrome hipertensiva que ocorre na gravidez, aparece com maior prevalência (43,4%). O diagnóstico da hipertensão, principalmente da crônica, também é importante na prevenção de quadros, como os de descolamento prematuro da placenta, causa importante de óbitos maternos e fetais.<sup>18</sup>

O baixo peso ao nascer é considerado outra causa significativa de óbito fetal e é definido pela OMS como todo recém-nascido com peso inferior a 2.500 gramas, independentemente da idade gestacional. Destaque-se, inclusive, que não apenas o peso deve ser analisado, mas também o padrão de crescimento fetal é de grande valia para detectar os riscos de complicações dos recém-nascidos.<sup>19</sup> Assim, tornou-se importante identificar e registrar o peso dos bebês, considerando que a pesquisa envolveu dados sobre as crianças que sofreram doenças e/ou agravos e que reúne em sua maioria os recém-nascidos prematuros e de baixo peso como consequência.

Dentre os dados obtidos, 31,5% dos recém-nascidos obtiveram peso menor do que 2.500 gramas, 36,8% pesaram entre 2.500 e 3.500 gramas, enquanto 19,3% dos bebês registraram mais de 3.500 gramas ao nascer. Sobre esse indicador, existem muitas discussões relacionando a prematuridade e o baixo peso ao nascer, como também a associação de variáveis dependentes e independentes relacionadas com o baixo e sobrepeso. Sumariando, estudos apresentados no Brasil, que fazem associação entre o pré-natal e o peso ao nascer, são discutidos em várias publicações que incluem indicadores de utilização do pré-natal isolados ou combinados, modificados ou não.<sup>20</sup>

Outra causa de óbito fetal está relacionada aos agravos e complicações que acometem o recém-nascido. Nesta pesquisa, 58,3% dos recém-nascidos apresentaram alguma complicação durante o parto e/ou pós-parto.

Dentre os principais agravos, a síndrome do desconforto respiratório foi a que mais prevaleceu, aparecendo em 64,1% dos recém-nascidos com complicações. Em estudo recente,<sup>5</sup> dois terços dos recém-nascidos vêm a óbito na primeira semana de vida em decorrência de causas perinatais, gestão inadequada de problemas durante o parto e insuficiente manejo da asfixia. Foram registradas 28,146 mortes de recém-nascidos por pneumonia, infecções que têm origem durante o trabalho de parto ou são adquiridas no período pós-neonatal. Portanto, os problemas estão diretamente relacionados às causas evitáveis durante o parto e o período neonatal.

## CONCLUSÃO

Com base nos resultados desta pesquisa, prevaleceram, na população estudada, mulheres entre 20 e 25 anos (30,2% das mães), constatando-se que a maioria não tinha companheiro (56,8%). Elevado percentual de mães possuía o ensino fundamental (45,7%) e era "do lar" (56,9%), o que pode indicar a ausência de profissionalização ou mesmo a escassa oferta de emprego a esse estrato menos favorecido.

Analisando as características obstétricas da população pesquisada, conclui-se que o índice de cesáreas é elevado (54,5%), sendo esse resultado esperado, em parte, pelo fato de o hospital em estudo ser um serviço de nível de atenção terciário, referência no atendimento a complicações/agravos da fase perinatal.

Neste estudo, foram identificadas, também, as complicações maternas, constituindo o perfil epidemiológico desse serviço, que inclui a atenção especializada à mulher no processo de nascimento. Dentre os prontuários analisados, 57,4% das usuárias tiveram algum agravo e/ou complicação durante a fase perinatal. Neste estudo, a pré-eclampsia, síndrome hipertensiva que ocorre na gravidez, aparece com maior prevalência (43,4%). Um significativo percentual de mulheres realizou de quatro a seis consultas de pré-natal. Embora isso seja adequado às recomendações do Ministério da Saúde, sugere-se que seja de baixa qualidade, dada a elevada prevalência de complicações durante a fase perinatal, conforme citado.

Nesta pesquisa, 58,3% dos recém-nascidos apresentaram alguma complicação durante o parto e/ou pós-parto. Dentre os principais agravos, a síndrome do desconforto respiratório foi a que mais prevaleceu, aparecendo em 64,1% dos recém-nascidos.

Finalmente, conhecer os aspectos sociodemográficos e o perfil das doenças e dos agravos prevalentes da população materno-infantil assistida na fase perinatal é fundamental para traçar estratégias que sejam mais sensíveis ao atendimento das demandas dessa clientela, no sentido de reduzir a morbimortalidade perinatal e de fornecer uma assistência mais qualificada.

O perfil apresentado mostra ocorrências sobre o parto e o nascimento e a necessidade de assistência especializada



para mães e bebês, carecendo de um investimento na conformidade de ampliação do ambiente físico, recursos materiais, equipamentos e, sobretudo, recursos humanos capacitados a desenvolver uma assistência qualificada que atenda às demandas do serviço e às necessidades específicas de cada usuário.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS – acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
2. Almeida MF, Alencar GP, França Jr. I, Novaes HMD, Siqueira AAF, Schoeps D, et al.. Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. *Rev Bras Epidemiol.* 2006; 9(1): 56-68.
3. Magalhães MC, Carvalho MS. Atenção hospitalar perinatal e mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2003; 3:329-37.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, DF; 2005.
6. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19:419-27.
7. Nível de atenção terciário. Biblioteca Virtual em Saúde. [Citado em 2009 nov. 11]. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/decsws.php?lang...>>
8. Lorenzi DRS, Tanaka ACA, Bozzetti MC, Ribas FE, Weissheimer L. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17:141-6.
9. Yazlle MEHD. Gravidez na adolescência. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28:443-5.
10. Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi UG, Baracat FF. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004; 26:697-701.
11. Menezes GMD. O recém-nascido e a mãe adolescente: perspectivas de educar para cuidar da saúde [monografia]. Fortaleza: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará; 2006.
12. Silva PLB. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. *São Paulo Perspect.* 2003; 17(1):69-85.
13. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2004; 4:269-79.
14. Reis AE, Patricio ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10:221-30.
15. Amorim MMR, Katz L, Ávila MB, Araújo DE, Valença M, Albuquerque CJM, et al. Perfil das admissões de uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2006; 6:555-62.
16. Zambrano E, Barizon JB, Luchesi LB, Santos CB, Gomes FA. Cesárea: percepções da puerpera frente à escolha do tipo de parto. *Rev Enferm UERJ.* 2003; 11:177-81.
17. Gonçalves R, Fernandes RAQ, Sobral DH. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58:61-4.
18. Serruya S, Lago TG. A mortalidade materna no Brasil. *J Febrasgo.* 2001; 8:6-8.
19. Rudge MVC. Avaliação do peso dos recém-nascidos: o que é normal ou anormal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27:299-300.
20. Silveira DS, Santos IS. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20:1160-8.

Data de submissão: 5/6/2009

Data de aprovação: 3/12/2009