

**Perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico de puérperas em um alojamento conjunto:
um estudo descritivo**

**Sociodemographic, clinical and obstetric profile of puerperal women in a joint
accommodation: a descriptive study**

**Perfil sociodemográfico, clínico y obstétrico de mujeres puerperales en una
acomodación conjunta: un estudio descriptivo**

Recebido: 09/06/2020 | Revisado: 23/06/2020 | Aceito: 25/06/2020 | Publicado: 08/07/2020

Viviane Saraiva de Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3625-6193>

Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Email: vivianesaraiva@hotmail.com

Marilda Andrade

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9766-4211>

Escola de Enfermagem de Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: marildaandrade@uol.com.br

Danielle Lemos Querido

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4895-296X>

Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: danyquerido@me.ufrj.br

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4932-6808>

Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: anapaulaesteves@me.ufrj.br

Marialda Moreira Christoffel

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4037-8759>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: marialda.ufrj@gmail.com

Isabela Dias Ferreira de Melo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1341-4491>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: isabeladfmelo@gmail.com

Pedro Paulo Corrêa Santana

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4470-9746>

Centro Universitário Anhanguera de Niterói, Brasil

E-mail: psantana.uff@gmail.com

Helder Camilo Leite

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1092-9887>

Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: helderleite@me.ufrj.br

Resumo

Objetivo: descrever o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico de puérperas internadas em um alojamento conjunto. Método: estudo descritivo, transversal sedimentada em pesquisa documental com 227 prontuários. A coleta de dados ocorreu entre maio e outubro de 2016 em uma maternidade escola federal. Foi realizada análise descritiva para variáveis sociodemográficas e clínicas, além de teste Qui-quadrado de Pearson e exato de Fischer. Resultados: constatou-se uma média de 2,1 gestações e 0,3 abortos; 97,4% puérperas realizaram pré-natal, das quais 79,8% compareceram a 6 consultas. Predominou o parto cirúrgico (51,9%), associado a diagnósticos de trabalho de parto e parto, cesárea eletiva, síndromes hipertensivas da gravidez ($p < 0.001$), diabetes mellitus na gravidez (0.040), iteratividade (0.002) e a ruptura prematura de membranas (0.021). Conclusão: a caracterização de puérperas em um alojamento conjunto, pode apontar fatores maternos e fetais a fim de subsidiar a implementação de ações específicas durante o parto ou ainda na gestação a partir da identificação precoce de situações de risco

Palavras-chave: Perfil de saúde; Mulheres; Período pós-parto; Feto; Cesárea.

Abstract

Objective: to describe the sociodemographic, clinical and obstetric profile of puerperal women admitted to a joint accommodation. Method: a descriptive, cross-sectional study based on documentary research with 227 medical records. Data collection took place between May and October 2016 at a federal school maternity hospital. Descriptive analysis was performed for sociodemographic and clinical variables, in addition to Pearson's Chi-square and Fischer's exact tests. Results: there was an average of 2.1 pregnancies and 0.3 abortions; 97.4% postpartum women attended prenatal care, of which 79.8% attended 6 consultations. Surgical delivery predominated (51.9%), associated with diagnoses of labor and delivery, elective

cesarean section, hypertensive pregnancy syndromes ($p < 0.001$), diabetes mellitus in pregnancy (0.040), iterativity (0.002) and premature rupture of membranes (0.021). Conclusion: the characterization of puerperal women in a rooming-in, can point out maternal and fetal factors in order to support the implementation of specific actions during childbirth or during pregnancy from the early identification of risk situations.

Keywords: Health Status; Women; Postpartum period; Fetus; Cesarean section.

Resumen

Objetivo: describir el perfil sociodemográfico, clínico y obstétrico de las mujeres puerperales ingresadas en una acomodación articular. Método: estudio descriptivo, transversal, basado en investigación documental con 227 registros médicos. La recopilación de datos tuvo lugar entre mayo y octubre de 2016 en un hospital de maternidad de una escuela federal. Se realizó un análisis descriptivo para las variables sociodemográficas y clínicas, además de las pruebas de Chi-cuadrado de Pearson y exactas de Fischer. Resultados: hubo un promedio de 2.1 embarazos y 0.3 abortos; El 97,4% de las mujeres posparto asistieron a la atención prenatal, de las cuales el 79,8% asistieron a 6 consultas. Predominó el parto quirúrgico (51.9%), asociado con diagnósticos de trabajo de parto y parto, cesárea electiva, síndromes de embarazo hipertensivo ($p < 0.001$), diabetes mellitus en el embarazo (0.040), iteratividad (0.002) y ruptura prematura de membranas (0.021). Conclusión: la caracterización de las mujeres puerperales en un alojamiento conjunto puede señalar factores maternos y fetales para apoyar la implementación de acciones específicas durante el parto o durante el embarazo a partir de la identificación temprana de situaciones de riesgo.

Palabras clave: Perfil de salud; Mujeres; Periodo posparto; Feto; Cesárea.

1. Introdução

Durante a década de 1990, com o aprofundamento dos esforços para desenvolver estratégias capazes de reduzir a mortalidade materna, houve maior compreensão sobre os determinantes sociais, incluindo o papel da educação, renda e local de nascimento da mulher. Além disso, a taxa de mortalidade materna passou a ser entendida como um indicador de desenvolvimento social (Melo, Soares & Bevilacqua, 2017), e a diminuição desta foi incluído como uma das metas a serem perseguidas dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (dos Reis; Zanberlan & Quadros et al., 2015).

No Brasil, as causas de morte materna descritas nos anos de 2001, 2006 e 2011

envolvem: edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério; assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto; complicações do trabalho de parto e do parto; complicações relacionadas predominantemente com o puerpério; transtornos em glândulas endócrinas entre outras (Silva; Lima & Silva et al., 2016).

Desta maneira, reconhecer agravos de saúde que podem levar a complicação no parto ou mesmo indicar uma via de parto preferencial e que diminua os riscos de saúde da mulher neste período perinatal são importantes para elaborar estratégias e políticas voltadas para esta clientela.

Tendo em vista o planejamento da assistência, a análise do perfil sociodemográfico de puérperas atendidas em maternidades é importante, a fim de conhecer a clientela atendida, com vista a planejar o cuidado de forma integral e organizar uma atenção de qualidade, pautada em suas características particulares e singulares (Araújo; Calácio & Ribeiro et al., 2015). A caracterização da clientela pode definir prioridades de intervenção, contudo, na literatura nacional, poucos são os estudos recentes que descrevem as características dos pacientes internados em serviços específicos.

O conhecimento de dados referentes às puérperas estabelece um elo de informações relativo ao período gestacional, parto e o puerpério imediato; momentos determinantes para a vida dos envolvidos, onde o acompanhamento e a intervenção precoce diminuam possíveis complicações (Gomes & Santos, 2017; Da Silva; Prates & da Rosa Gonzalez et al., 2020).

A assistência a puérpera e ao recém-nascido (RN) nesse período acontece na grande maioria das vezes no ambiente intra-hospitalar, no modelo assistencial conhecido como Alojamento Conjunto que é definido como um sistema hospitalar em que a mulher e o RN sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até a alta, possibilitando a atenção integral ao binômio, por parte do serviço de saúde.

A partir do exposto, o estudo teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico de puérperas internadas em um alojamento conjunto.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, transversal, sedimentado em pesquisa documental em prontuários e de abordagem quantitativa realizada em uma Maternidade Escola Federal do Rio de Janeiro. A amostra de 227 prontuários de puérperas foi calculada a partir do número de internações no setor.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a outubro de 2016. O critério utilizado para inclusão no estudo foi a disponibilidade do prontuário no arquivo e foram excluídos todos os prontuários de puérperas com menos de 24 horas de internação ou prontuários incompletos (sem informações relacionadas às variáveis pesquisadas no estudo).

Foi construído um instrumento de coleta de dados em prontuário, contendo informações de dados sociodemográficos (idade, área de residência, situação conjugal, escolaridade) e clínicos-obstétricos (acompanhamento pré-natal, número de consultas pré-natal, local de pré-natal, número de gestações, número de abortos, diagnóstico da internação e o tipo de parto).

A terminologia dos diagnósticos de internação utilizados no estudo foi adaptada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), onde após a coleta de dados identificaram-se 4 grupos de diagnósticos relacionados: a gravidez, parto e puerpério; doenças do aparelho digestivo; e doenças do aparelho geniturinário; e afecções originadas no período perinatal. Estes diagnósticos foram associados com o tipo de parto por meio de análise estatística.

Foi garantida a confidencialidade dos dados e preservação do anonimato das pacientes e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro com número de parecer 1.165.734.

Foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences versão 21, com análise descritiva por meio de frequência simples e relativa para as variáveis de dados sociodemográficos e parte das variáveis clínicas e obstétricas (acompanhamento pré-natal, número de consultas pré-natal, local de pré-natal, nº de gestações, nº de abortos) e uso de medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão - DP) para variáveis numéricas relacionadas ao número de gestações e abortos. Além de técnicas básicas de análise exploratória, foram utilizados o teste Qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fischer. Os testes de associação foram realizados para avaliar, estatisticamente, a associação entre o diagnóstico da internação e o tipo de parto.

Todos os testes de hipóteses desenvolvidos nesse trabalho consideraram uma significância de 5%, quando p-valor foi menor ou igual a 0,05. Os dados foram apresentados por meio de tabelas.

De acordo com as recomendações do guia STROBE foram descritos neste estudo os seguintes itens: título e resumo; introdução (contexto, justificativa e objetivos); método (desenho do estudo, participantes, variáveis, tamanho do estudo e métodos estatísticos); resultados (dados descritivos, desfecho e resultados principais) e discussão (resultados

principais e interpretação) (Malta, Cardoso & Bastos et al., 2010).

3. Resultados

Com base nas informações referentes aos dados obstétricos, dos 227 prontuários analisados, o número de gestações variou de um a sete, com uma média de 2,1 gestações ($\pm 1,35$ DP) e a média de número de abortos informados foi 0,3 ($\pm 0,57$ DP), sendo que 51 pacientes (22,5%) informaram ter feito pelo menos um aborto. O tipo de parto realizado foi de 118 pacientes (51,9%) que realizaram a cesariana e 109 (48,1%) foram submetidas à via transvaginal.

Na Tabela 1 são apresentados outros dados, sociodemográficos e clínicos, obtidos no estudo.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e clínica das puérperas. RJ, Brasil, 2016.

Variáveis		f (227)	%
Idade	10 – 14 anos	1	0,4
	15 – 19 anos	34	15
	20 – 24anos	54	23,8
	25 – 29 anos	59	26
	30 – 34anos	45	19,8
	35 – 39 anos	26	11,5
	40 – 44 anos	8	3,5
Área de Residência	Zona Sul	123	54,2
	Centro	15	6,6
	Zona Norte	42	18,5
	Zona Oeste	15	6,6
	Outros Municípios	32	14,1
Situação Conjugal	Casada	74	32,6
	Solteira	102	44,9
	Estável	38	16,7
	Outro	13	5,8
Escolaridade	Fundamental Completo	49	21,6
	Médio Completo	142	62,6
Acompanhamento Pré-natal	Superior completo	18	7,9
	Sem informações	18	7,9
	Sim	221	97,4
	Não	6	2,6
Número de Consultas de Pré-Natal	0	6	2,6
	1-5	40	17,6
	≥ 6	181	79,8
Local de Pré-Natal	Maternidade Escola	112	49,3
	Unidade Básica de Saúde da Zona Sul	66	29,1
	Sem pré-natal	6	2,6
	Outros	43	19
Número de Gestações	1	103	45,4
	2	51	22,5
	3	29	12,8
	4	21	9,3
	5	17	7,5
	6	1	0,4
	7	1	0,4
	Sem informação no pré-natal	4	1,8

Fonte: prontuários de puérperas.

Na Tabela 2 são apresentados os diagnósticos de internação em associação com a via de parto.

Tabela 2: Diagnósticos de internação das puérperas e associação com tipo de parto realizado. RJ, Brasil, 2016.

Diagnósticos de Internação	Total		Cesárea		Transvaginal		p-valor
	(f=227)		(f=118)		(f=109)		
<i>Gravidez, parto e puerpério</i>	f	%	f	%	f	%	
Trabalho de parto e Parto	81	35,7	10	8,5	71	65,1	<0.001 [§]
Trabalho de parto induzido	4	1,8	0	0	4	3,7	0.052*
Parto por cesariana eletiva	19	8,4	19	16,1	0	0	<0.001 [§]
Síndromes hipertensivas da gravidez ¹	35	15,4	32	27,1	3	2,8	<0.001 [§]
Diabetes mellitus na gravidez	14	6,2	11	9,3	3	2,8	0.040 [§]
Gravidez prolongada (Pós-datismo)	10	4,4	7	5,9	3	2,8	0.243*
Diabetes mellitus na gravidez e							
Síndromes hipertensivas na gravidez ¹	5	2,2	3	2,5	2	1,8	1*
Cicatriz uterina devida a uma cirurgia anterior (Iteratividade)	10	4,4	10	8,5	0	0	0.002*
Ruptura prematura das membranas	11	4,8	2	1,7	9	8,3	0.021 [§]
Trabalho de parto pré-termo	18	7	10	8,5	6	5,5	0.382 [§]
Crescimento fetal excessivo (Macrossomia fetal)	3	1,3	3	2,5	0	0	0.248 [§]
Anormalidade na frequência cardíaca fetal (Taquicardia fetal)	2	0,9	2	1,7	0	0	0.499 [§]
<i>Doenças do aparelho digestivo</i>							
Doença hepática com colestase	1	0,4	0	0	1	0,9	0.297*
<i>Doenças do aparelho geniturinário</i>							
Vaginite (Bacteriana)	1	0,4	0	0	1	0,9	0.297*
<i>Afecções originadas no período perinatal</i>							
Crescimento fetal retardado	2	0,9	2	1,7	0	0	0.499 [§]
Outros	13	5,7	7	5,9	6	5,5	0.890*

§ Teste de Qui-quadrado; * Teste exato de Fischer

¹ Incluem todas as pacientes do grupo com edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez parto e puerpério, sejam pré-existentes ou adquiridos durante a gestação

Fonte: prontuários de puérperas.

4. Discussão

Após análise dos dados, destaca-se um percentual de mulheres acima dos 35 anos (14%) em consonância a um estudo realizado na região sudeste, onde afirma-se que a maternidade vem ocorrendo cada vez mais tardiamente. Nesta região do país ocorre um aumento progressivo e maior representação percentual de gestantes de grandes cidades, com idade superior a 34 anos, onde no período entre 2006 e 2012 foi possível observar aumento na incidência de partos de gestantes com idade igual ou superior a 35 anos, tendência essa que vem se mantendo de ano em ano (Teixeira; Gurgel & Monteiro et al., 2015).

Neste estudo, a proporção de puérperas adolescentes foi inferior ao de outra pesquisa (Souza; Silva & Guimarães, 2020), isto pode estar relacionado ao fato da maior parte delas residirem ou realizarem seu pré-natal na zona sul da cidade do Rio Janeiro, onde tradicionalmente predomina uma população com médio a alto nível socioeconômico, que se associa à melhora no planejamento familiar (Ministério da Saúde, 2006).

A instituição onde foi realizado o estudo também está localizada na mesma região, o que nos leva a crer que as mulheres realizam o pré-natal e o parto em locais próximos da sua residência.

Além disso, a instituição ainda faz parte do Programa Cegonha Carioca da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, como uma das maternidades de referência da área programática, promovendo ações relacionadas à atenção à saúde materno-infantil atuando como referência para a gestação e parto de alto risco.

Quanto à situação conjugal, a maioria das mulheres do estudo vive com o companheiro (casada ou estável). Resultados similares são apresentados em outro estudo (Araújo; Calácio & Ribeiro et al., 2015). Estes achados refletem a atual configuração demográfica de nosso país e vão ao encontro dos dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística que registrou que 56,3% da população residente do Sudeste vivem em união (casado ou estável) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015).

Com relação à escolaridade evidenciada de forma mais frequente no estudo (nível médio), observa-se achados análogos na literatura (Araújo; Calácio & Ribeiro et al., 2015), que denota também uma possível ligação entre o elevado nível sócio econômico à melhor escolaridade.

A percentagem de pessoas com baixa renda é menor no centro e zona sul da cidade do estudo (12,2%), que conta com uma renda domiciliar per capita duas vezes maior que a da capital. A percentagem de domicílios com classe de rendimento superior a 5 salários mínimos

nestas regiões é de 57,3%, percentual muito superior ao encontrado tanto nas zonas norte (28%) e oeste (29,5%), da cidade do Rio de Janeiro (35,5%) (SEBRAE, 2015).

Em relação ao acompanhamento pré-natal, o estudo apresenta dados similares a outro estudo, onde as pacientes quase que na totalidade possuem acesso universal ao pré-natal, com pelo menos uma consulta em qualquer momento da gestação em 98,0% dos casos (Brasil, 2006).

Entretanto, para um pré-natal minimamente adequado, em termos quantitativos, o Ministério da Saúde recomenda a realização de, pelo menos, seis consultas. No Brasil, a cobertura pré-natal é de aproximadamente em 80,9% das gestantes (Brasil, 2006).

Quanto à forma de organização da assistência pré-natal, verifica-se que a mesma ocorre prioritariamente em serviços públicos e em unidades da atenção básica, dado confirmado por estudo que teve por objetivo analisar a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados utilizando dados da pesquisa Nascer no Brasil (Pedraza, 2016).

Com relação ao número de gestações, grande parte das pacientes eram primigestas. Resultados equivalentes são apresentados em outro estudo que analisou a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde no Brasil e verificou um índice de 41,5% de primigestas (Pedraza, 2016).

Assim, apesar da experiência com o fenômeno da gestação nunca vivenciada pela primigesta, ao confrontarmos estes dados com um melhor nível de escolaridade, local de pré-natal próximo a área de moradia que apresenta altos níveis socioeconômicos e culturais, podemos sugerir que estes fatores apresentam estreita relação com o conhecimento e a iniciativa para se iniciar o pré-natal (Malm; Sourander & Gissler, 2015) e mantê-lo nos moldes (número de consultas) preconizados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006).

Com relação ao aborto, os resultados da última pesquisa nacional sobre o tema indicam que é um fenômeno frequente e persistente entre as mulheres de todas as classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais e religiões: em 2016, quase 1 em cada 5 mulheres, aos 40 anos já realizou, pelo menos, um aborto, dados muito próximos aos encontrados neste estudo. A estimativa baseada em internações hospitalares por complicações de aborto, concluiu que houve tendência de declínio na taxa de abortos inseguros no Brasil que pode estar associado a dois fatores, uma diminuição no número de abortos ou uma redução da necessidade de internação para tratar as complicações do aborto. Entretanto, a taxa de aborto permanece estável, mas as internações se tornaram menos frequentes (Diniz; Medeiros, & Madeiro, 2017).

Quanto as taxas de cesariana, um estudo de caráter nacional, demonstra que em alguns estados a taxa ultrapassa 40%, o que coloca o Brasil entre os países com maior proporção de cesárea, com 52% do total de nascimentos no país ocorrendo por meio dessa cirurgia (Leal; Esteves-Pereira & Nakamura-Pereira et al., 2016), percentual muito distante do índice apresentado pela Organização Mundial de Saúde, que é de 10 a 15%. Deste modo, algumas das indicações clínicas para cesarianas são consideradas controversas (World Health Organization, 2015).

A internação em trabalho de parto parece ser um fator protetor de uma cesariana tanto nas primíparas quanto nas pacientes com uma cesariana anterior (Lavado; Silveira & Carniel et al., 2016). Em outra pesquisa, foi evidenciado que mulheres apresentaram o percentual mais elevado de parto cesáreo na ausência do trabalho de parto (Leal; Esteves-Pereira & Nakamura-Pereira et al., 2016).

A equipe multiprofissional deve participar de forma corresponsável desde o momento da internação da gestante, assegurando o uso de tecnologia, protocolos e técnicas que resultem na evolução do trabalho de parto da forma mais natural possível, com intervenções apenas quando necessárias.

Analisando a influência da condição econômica na indicação da cesariana em situações em que não existe risco materno ou fetal, esta via é mais recorrente, em mulheres de melhor condição econômica (do Brasil; Neves & Maciel et al., 2018).

Em relação a via de parto, encontramos nos estudos de Franciscatto, Pasqua & Tolotti et al. (2014) e do Brasil, Neves & Maciel et al. (2018), os valores de 67% e 51,5%, respectivamente, níveis superiores a este estudo de parto Cesário. Acrescenta-se ainda, que a instituição do estudo se trata de uma maternidade de alto risco, com patologias que requerem um cuidado e tecnologia especializada sendo a indicação do parto cesáreo mais frequente, a fim de minimizar riscos maternos e/ou do recém-nascido, elevando o índice de partos cesáreos.

De acordo com um estudo realizado em uma maternidade escola de perfil semelhante, os autores concordam que a tarefa de se discutir a adequação ou não de uma taxa de cesariana em uma maternidade escola parece mais justa se baseada nas especificidades das demandas desta unidade, onde pode ocorrer um predomínio de gestações de alto risco com doenças e complicadores diversos, em proporções muito distantes daquelas encontradas nas maternidades em geral (de Alencar Moura & de Lucena Feitosa, 2017).

Ainda em relação aos índices encontrados para o parto cesáreo em grupo de puérperas de alto risco, considera-se razoável que ao considerar protocolos vigentes e o monitoramento

da indicação de cesariana podem levar ao seu emprego de forma racional, entretanto, esta interpretação não desobriga a instituição ao monitoramento deste indicador, com revisão dos protocolos estabelecidos, a fim de estimular ações para redução dos partos por esta via, que podem não influenciar em desfechos desfavoráveis maternos, mas aumentam as chances de um resultado neonatal desfavorável (de Alencar Moura & de Lucena Feitosa, 2017).

A indicação da cesárea eletiva está atrelada à idade gestacional do RN, onde caso a recomendação ocorra antes das 39 semanas pode haver um maior risco de admissão em unidades de terapia intensiva, por patologia respiratória, metabólica, além de maior duração de internação (Resende; Santos, & Silva, 2015).

Já com relação à iteratividade percebe-se que uma cesariana anterior aumenta em 5,6 vezes a chance de uma nova cesariana na gestação atual se comparadas a primíparas. A principal indicação de cesariana em pacientes já cesarianas foi a cicatriz uterina anterior (Lavado; Silveira & Carniel et al., 2016), e o parto cesáreo deve ser o método de eleição nas situações de iteratividade (Ministério da Saúde, 2012).

Apesar de alguns diagnósticos prévios específicos e o risco gestacional serem proporcionais ao aumento de chances de ocorrência de cesárea, nem sempre esta intervenção se faz necessária em todos os casos.

Assim, inicialmente, é importante relacionar os fatores de risco gestacional às condições clínicas pré-existentes, tais como: hipertensão arterial e diabetes mellitus; e complicações que podem surgir na gestação, como transtornos do crescimento uterino, trabalho de parto prematuro, gravidez prolongada, pré-eclampsia e eclampsia, diabetes gestacional, amniorrexe prematura (Ministério da Saúde, 2012).

Outras condições clínicas podem levar a uma gestação de risco tanto para a mãe quanto para o feto. Embora já tenha se proposto na literatura, um sistema de pontuação e tabelas para discriminar as gestantes de alto risco das de baixo risco, ainda não foi descrita nenhuma classificação capaz de prever problemas de maneira precisa. Entretanto, existem fatores de risco conhecidos na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, pois podem alertar a equipe de saúde no sentido de uma vigilância maior com relação ao eventual surgimento de fator complicador (Ministério da Saúde, 2012).

Assim, a gestação de risco pode oferecer um risco materno (avaliado a partir das probabilidades de repercussões irreversíveis que o organismo da mulher possa ter em consequência das condições identificadas), fetal (avaliado a partir das condições maternas e da pesquisa de vitalidade e crescimento fetal) ou ambos (Ministério da Saúde, 2012).

Embora os motivos que classificam as gestações como de risco não estejam ligados às indicações da via de parto cesárea, muitos deles podem ser tornar indicações precisas para esta via como: amniorrexe prematura (Viana; Martins & Souza et al., 2018). Para outro autor são indicações síndromes hipertensivas, diabetes (gestacional ou não), crescimento intrauterino restrito, trabalho de parto prematuro, pós-maturidade, macrosomia, iteratividade (duas ou mais cesáreas anteriores), a falha de indução do parto e complicações na evolução do trabalho de parto, entre outros (Brandão; da Silva & Siqueira, 2019).

Como relação à ruptura prematura de membranas, observou-se em uma pesquisa que a via do parto cesariana ocorreu em 31,3% dos casos ($p < 0,001$), sendo que os principais motivos foram o estado fetal alterado (31%), e indicação materna (3,4%) (Brandão; Domingues & Fonseca et al., 2015). Esse achado difere dos dados do presente estudo que demonstrou um percentual de cesariana bem inferior quando associado à ruptura prematura de membranas. Tal fato, possivelmente pode ser explicado pela maternidade onde foi desenvolvido estudo dispor de um serviço de referência em medicina fetal, com um acompanhamento mais efetivo do crescimento e desenvolvimento fetal, principalmente nas gestações de risco.

Com relação ao trabalho de parto pré-termo, quando relacionado a uma complicação materna pode não haver uma associação significativa com o tipo de parto, porém no caso ao trabalho de parto pré-termo relacionado às complicações neonatais, esta variável pode encontrar associação com a via de parto ($p < 0,001$). Assim como o trabalho de parto prematuro, a ruptura prematura de membranas tem etiologia multifatorial envolvendo as infecções maternas como vaginose bacteriana, cervicite e infecção do trato urinário como os principais fatores de risco (da Luz Gonçalves; Lima & da Silva Balieiro, 2019).

No que diz respeito às síndromes hipertensivas da gravidez (hipertensão crônica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional (Ministério da Saúde, 2012), que neste estudo apresentou associação significativa com a via de parto, cabe ressaltar que, o parto vaginal é preferível à cesariana para mulheres com pré-eclâmpsia/ eclâmpsia, desse modo evitando o estresse adicional de uma cirurgia em uma situação de alterações fisiológicas múltiplas. Medidas que prorroguem por várias horas o trabalho de parto não aumentam o risco materno se realizadas de forma apropriada. A indução do parto deve ser realizada de forma intensiva assim que a decisão para a interrupção for tomada (Ministério da Saúde, 2012).

Assim, nota-se que as indicações para o parto via cesariana são imprecisas, sendo necessário uma avaliação clínica do estado da paciente em que somente a determinação de um

diagnóstico não dá suporte a escolha da via final de parto, e em muitas destas ocasiões caberia a discussão da equipe multidisciplinar junto a gestante, ainda no pré-natal, quanto as vantagens e desvantagens do parto transvaginal, caso a indicação da cesariana não seja absoluta. Entretanto, com a trivialização da indicação do parto cesáreo, a cirurgia é acatada pela gestante e seus familiares, muitas vezes, como a via mais segura tanto para mãe quanto para o recém-nascido.

Quanto às limitações para este estudo, cita-se o recorte transversal, que não permite estabelecer relações de causalidade. Além disso, trata-se de um estudo regional em uma área com condições socioeconômicas peculiares, porém de importante contraponto para estudos com outras clientela diferentes ou mesmo de suporte para estudos semelhantes.

5. Considerações Finais

A via de parto predominante foi a cesariana e está associada com os diagnósticos de cesárea eletiva, síndromes hipertensivas na gravidez, diabetes mellitus, iteratividade e ruptura prematura das membranas. Os índices de parto cesáreo encontrados neste estudo foram muito superiores aos encontrados na literatura e preconizados por organizações internacionais, devem ser revistos, e como parte deste processo está reavaliação da escolha pelo parto cesariano, principalmente para aqueles diagnósticos cuja indicação da literatura não aponta ou revela incerteza para esta via.

A caracterização de puérperas em um alojamento conjunto, pode apontar fatores maternos e fetais a fim de subsidiar a implementação de ações específicas durante o parto ou ainda na gestação a partir da identificação precoce de situações de risco.

Referências

Araújo, K. R. S., Calácio, I. A., Ribeiro, J. F., Fontenele, P. M., & Moraes, T. V. (2015). Perfil sociodemográfico de puérperas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 6(3), 2739-50.

Brandão, M. A. S., Domingues, A. P. R., Fonseca, E. M. F., Miranda, T. M. A., Belo, A., & Moura, J. P. A. S. (2015). Parto pré-termo com e sem rotura prematura de membranas: características maternas, obstétricas e neonatais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, 37 (9), 428-433.

Brandão PZ, da Silva TB & de Siqueira EC. (2019). Obesidade e gestação: a importância da correlação na avaliação dos riscos materno-fetais. *Revista Pró-UniverSUS*, 10(2), 18-23.

Brasil IBGE. (2015). Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2013. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2015.

Brasil, M. (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: Atenção humanizada e qualificada. Manual Técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

da Luz Gonçalves, J. C., Lima, P. A., da Silva Balieiro, K. K., Pereira, F. M., de Freitas Farias, L. S. F., de Souza Pereira, J., & Marcena, J. C. (2019). Sistematização da assistência de enfermagem em uma gestante com Ruptura Prematura das Membranas Oculares (RPMO): um relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (22), e282-e282.

da Silva, M. L. C., Prates, L. A., da Rosa Gonzalez, P., de Lima Escobal, A. P., Lipinski, J. M., & Alves, C. N. (2020). “First-time mother knew nothing”: the experiences of primiparous women in childbirth and puerperium. *Research, Society and Development*, 9(7).

de Alencar Moura, V., & de Lucena Feitosa, F. E. (2017). Avaliação de cesáreas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand utilizando o sistema de classificação de Robson em dez grupos. *Revista de Medicina da UFC*, 57(1), 25-29.

Diniz, D., Medeiros, M., & Madeiro, A. (2017). National Abortion Survey 2016. *Ciênc. saúde coletiva*, 22(2), 653-660.

do Brasil, G., Neves, D. C., Maciel, D. M. V. L., & de Figueredo, R. C. (2018). Parto no Brasil: intervenção médica ou protagonismo da mulher?. *Scire Salutis*, 8(2), 9-23.

dos Reis, T. D. R., Zanberlan, C., de Quadros, J. S., Grasel, J. T., & dos Santos Moro, A. S. (2015). Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 94-101.

Franciscatto, L. G., Pasqua, M. D., Tolotti, G., Rossetto, C., Argenta, C., & Pinheiro, J. M. (2014). Outlining the epidemiological profile of puerperal women and newborn infants. *Journal of Nursing UFPE on line*, 8(5), 1149-56.

Gomes, G. F., & Dos Santos, A. P. V. (2017). Assistência de enfermagem no puerpério. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(2), 211-220.

Lavado, M. M., Silveira, C. D., Carniel, D., Souza Hopf, F., Dutra, F. W., Rigon, M. L., & Barros, M. L. B. A. (2016). Fatores associados à via de parto atual em mulheres com cesariana prévia. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 44(3), 11-22.

Leal, M. D. C., Esteves-Pereira, A. P., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., & da Gama, S. G. N. (2016). Provider-initiated late preterm births in Brazil: differences between public and private health services. *PLoS One*, 11(5), e0155511.

Malm, H., Sourander, A., Gissler, M., Gyllenberg, D., Hinkka-Yli-Salomäki, S., McKeague, I. W., & Brown, A. S. (2015). Pregnancy complications following prenatal exposure to SSRIs or maternal psychiatric disorders: results from population-based national register data. *American Journal of Psychiatry*, 172(12), 1224-1232.

Malta, M., Cardoso, L. O., Bastos, F. I., Magnanini, M. M. F., & Silva, C. M. F. P. D. (2010). Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista de Saúde Pública*, 44(3), 559-565.

Melo CMD, Aquino TIS, Soares MQ & Bevilacqua PD (2017). Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 3457-3465.

Ministério da Saúde. (2012) Secretaria de Atenção à Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*.

Pedraza, D. F. (2016). Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina Grande, Paraíba. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(4), 460-467.

Resende, M. C., Santos, L., & Silva, I. S (2015). Neonatal morbidity in term newborns born by elective cesarean section. *Acta Med Port*, 28 (5), 601-7.

Serviço de Apoio às Empresas (SEBRAE). (2015). Painel regional: Rio de Janeiro e bairros / Observatório Sebrae/RJ. Rio de Janeiro: SEBRAE/RJ.

Silva, B. G. C. D., Lima, N. P., Silva, S. G. D., Antúnez, S. F., Seerig, L. M., Restrepo-Méndez, M. C., & Wehrmeister, F. C. (2016). Maternal mortality in Brazil from 2001 to 2012: time trends and regional differences. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19, 484-493.

Sousa, E. Z. T., da Silva, C. A. S., Guimarães, F. M., Barroso, I. D., da Silva Sousa, K. L., Gomes, M. C., & Gonçalves, S. R. (2020). Qualidade de vida de adolescentes grávidas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(6), e3161-e3161.

Teixeira, E., Gurgel, H., Monteiro, D., Barmpas, D., Trajano, A., & Rodrigues, N. (2015). Gravidez em mulheres acima de 34 anos no Brasil – análise da frequência entre 2006 e 2012. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 14 (1).

Viana, T. G. F. V., Martins, E. F. M., Sousa, A. M. M., Souza, K. V., Rezende, E. M., & Matozinhos, F. P. (2018). Reasons for performing a cesarean section according to the puerperal women reports and the registry of medical records in maternity hospitals in Belo Horizonte. *Rev Min Enferm*, 22, e-1073.

World Health Organization. WHO statement on cesarean section rates. Geneva, Switzerland 2015.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Viviane Saraiva de Almeida - 20%

Marilda Andrade - 20%

Danielle Lemos Querido - 10%

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves - 10%

Marialda Moreira Christoffel - 10%

Isabela Dias Ferreira de Melo - 10%

Pedro Paulo Corrêa Santana - 10%

Helder Camilo Leite - 10%