

PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL PARTICULAR DA GRANDE PORTO ALEGRE/RS¹

Aline Tremarin²
Lísia Maria Fensterseifer³

RESUMO

No Brasil as mulheres são as que mais freqüentam os serviços de saúde; entre elas estão as gestantes. Objetivos: determinar perfil epidemiológico e obstétrico das gestantes que internaram em um hospital particular da grande Porto Alegre/RS em 2009; e verificar as repercussões para o neonato das condições obstétricas da mãe, conforme índice de Apgar, escore de Capurro e internação na CTI neonatal ou alojamento conjunto. Estudo do tipo descritivo, documental, quantitativo e os sujeitos foram 107 gestantes. A maioria possuía entre 31 e 35 anos, eram procedentes de Novo Hamburgo e São Leopoldo, tinham escolaridade entre ensino médio e superior e trabalhavam. Motivos da internação foram: trabalho de parto/ bolsa rota, cesárea eletiva e desproporção céfalo-pélvica/ feto pélvico; 9,17% eram hipertensas e 1,83% diabéticas. A cesariana foi a via de parto mais freqüente e 54,21% eram primigestas. A média do Apgar foi 8,20 e 9,26 no primeiro e quinto minutos e o Capurro foi 37,75. Principais motivos de internação em CTI neonatal foram disfunção ventilatória e prematuridade. O perfil destas mulheres pode ser subsídio para orientar as ações dos profissionais que atuam nessa instituição, auxiliando na construção de novos serviços de saúde em consonância com a realidade das usuárias.

DESCRITORES: Perfil epidemiológico. Gestantes. Sistema suplementar de saúde.

¹Trabalho apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UNISINOS.

² Enfermeira; aluna do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UNISINOS.

³ Enfermeira; professora orientadora, docente do curso de Enfermagem Obstétrica da UNISINOS.

INTRODUÇÃO

No país, 22,4% ou 42,9 milhões de um total de 191.481.045 brasileiros utilizam os serviços de saúde suplementar (BRASIL, 2009a; 2009b), sendo as mulheres os usuários mais freqüentes dos serviços de saúde (LEAL; VIACAVA, 2002).

Nas últimas décadas tem havido uma preocupação crescente com as questões relacionadas ao cuidado com saúde, o que é evidenciado com a elevação dos gastos neste setor. Especialmente no que diz respeito ao atendimento às mulheres em período gravídico no sistema hospitalar, devido a hospitalização do parto, e as novas tecnologias para o diagnóstico e tratamento de agravos relacionados à gestação, tornando-a um evento de alto custo e de grande complexidade para os serviços de saúde.

O perfil dos usuários de planos ou seguros de saúde é heterogêneo no Brasil, fortemente relacionado à inserção no mercado de trabalho. Porém ainda não existem estudos consistentes sobre as características da população que utiliza os serviços de saúde suplementar (BAHIA, 2001).

E neste sentido, entende-se que o perfil epidemiológico orienta as ações de saúde que serão executadas na rede de serviços de saúde, sendo, então, seu conhecimento imprescindível ao bom atendimento desta parcela da população. E, entre estes, estão as mulheres em período gestacional.

No Brasil, a atenção à saúde da mulher ganhou destaque somente à partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. Mais tarde, em 2004, foi criado a Política Nacional da Saúde da Mulher, tendo como principais estratégias o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal (BRASIL, 2004) e o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2002) que visam melhorar o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, reduzindo a morbimortalidade materna e neonatal no país.

No entanto, os indicadores de mortalidade materna revelam que no ano de 2004, no Brasil, houveram 110 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, coeficiente muito acima dos 20 óbitos aceitáveis pela organização (WHO, 2009).

Entre as diversas causas de agravos à saúde do recém-nascido e da puérpera está a utilização indiscriminada da cesariana nos serviços de saúde. Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) indicou como ideal uma taxa de cesarianas entre 10% e 15% (WHO, 1985). No entanto, o que se tem visto são taxas universais em geral superiores, até em países considerados desenvolvidos.

Estas taxas são resultantes de um aumento significativo e gradual no número de partos cesáreas com o passar dos anos. Enquanto que, em 1994, a taxa de cesárea era de 38,98%, em

2006 atingiu cerca de 46%. A região Sul apresenta os maiores índices do Brasil, com 51,47% (BRASIL, 2006).

Estes dados ficam ainda mais alarmantes ao avaliar o sistema de saúde suplementar, pois a proporção de cesarianas neste setor é cerca de três vezes maior que a proporção encontrada nos hospitais públicos e duas vezes maior que a média nacional (BRASIL, 2008a).

Nesse sentido, estudos afirmam que, quanto mais as taxas de partos cesáreos se distanciam do valor preconizado pela OMS - 15% -, para mais ou para menos, mais forte fica a associação com a mortalidade materna e a neonatal (BETRAN; et al, 2007). A cesareana, que ao final dos anos 60, representou uma grande conquista da obstetrícia moderna para a redução da mortalidade materna e neonatal, mostra-se hoje, em função de sua indicação descriteriosa, associada a uma probabilidade até sete vezes maior de mortalidade materna se comparada ao parto normal (VILLAR; et al, 2006).

Problema da pesquisa: Qual o perfil epidemiológico e obstétrico das gestantes que internaram em um hospital particular da grande Porto Alegre – RS, no período de janeiro a dezembro de 2009?

Os objetivos são: a) determinar o perfil epidemiológico e obstétrico das gestantes que internaram em um hospital particular da região metropolitana de Porto Alegre, RS no período de janeiro a dezembro de 2009 segundo idade, procedência, escolaridade, atividade ocupacional, motivo da internação, tipo de parto, intercorrências obstétricas, conduta médica e de enfermagem e tempo de internação; e b) verificar as repercussões para o neonato das condições obstétricas da mãe, conforme índice de Apgar, escore de Capurro e internação na CTI neonatal ou alojamento conjunto.

Variáveis: idade, procedência, escolaridade, atividade ocupacional, motivo da internação, tipo de parto, intercorrências obstétricas, conduta médica e de enfermagem e tempo de internação da gestante/puérpera e do neonato - índice de Apgar, escore de Capurro e internação em CTI neonatal ou alojamento conjunto.

METODOLOGIA

O estudo é do tipo descritivo, documental com enfoque quantitativo e foi realizado em um hospital privado da grande Porto Alegre/RS. O hospital possui 69 leitos, divididos em diferentes setores, tais como CTI adulto, CTI neonatal, oncologia, centro de diagnóstico e imagem, alojamento conjunto e unidade de internação obstétrica, unidade de internação clínica e cirúrgica e bloco cirúrgico.

Os sujeitos da pesquisa foram 107 gestantes, de um total de 912, que internaram na instituição pesquisada no período de janeiro à dezembro de 2009. A amostra foi probabilística tendo como critérios de exclusão do estudo os prontuários com registros incompletos e/ou ilegíveis.

A coleta de dados foi realizada extraindo-os de registros dos prontuários das gestantes utilizando-se uma ficha para obter informações sobre identificação da gestante, dados obstétricos e do neonato.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Unisinos sob a resolução nº 171/2010 e, após a liberação do curso, será disponibilizado à instituição onde o mesmo foi realizado.

Os resultados das variáveis nominais foram expressos através de análises de frequência. Os dados das variáveis contínuas foram expressos através de média \pm desvio padrão. Para verificar a associação entre o tipo de parto com variáveis nominais foi utilizado teste qui quadrado e quando testada a associação desta variável com variáveis contínuas, foi utilizado o teste para amostras independentes. O mesmo tipo de análises foi utilizado para verificar a associação com a internação em UTI neonatal. A normalidade dos dados foi verificada através do teste Kolmogorov-Smirnov para uma amostra. Para todas as associações foi considerado como significativo um $p < 0,05$.

RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

Foram analisadas 107 gestantes, atendidas em um hospital particular da grande Porto Alegre/RS no ano de 2009 e houveram dois casos de gemelares, portanto, foram considerados 109 recém-nascidos.

Em relação ao perfil das gestantes foi verificado que a maioria delas possui de 31 a 35 anos, 36,45%, seguido das de 26 a 30 anos, 28,04%. Em estudo similar, mulheres com idade acima de 30 anos têm maior probabilidade de cesárea do que as abaixo de 20 anos (FREITAS; et al, 2008).

No que diz respeito à procedência, 30,84% da amostra era proveniente de Novo Hamburgo, cidade sede do hospital pesquisado, e o mesmo percentual é de São Leopoldo, cidade vizinha; as demais, 38,32%, são de outras cidades.

Quanto à escolaridade, 36,45% das gestantes possuíam ensino médio e superior completos. Pesquisas têm relatado maior ocorrência de cesárea entre mulheres com melhor nível educacional, dado também encontrado no presente estudo. Uma das explicações para esta associação seria a maior proximidade e, conseqüentemente, maior chance para

influências mútuas entre profissional e cliente nas classes mais altas e no setor privado, se comparadas ao setor público (FREITAS; et al, 2008 e D'ORSI; et al, 2006). Em relação à ocupação, 79,44% referiu estar trabalhando, 5,61% são estudantes e 14,95% eram do lar.

Quanto aos principais motivos da internação das gestantes, verificamos que 25,23% (27) foi por trabalho de parto e/ou bolsa rota, 22,43% (24) submeteram-se a cesárea eletiva e 22,43% (24) internaram por desproporção céfalo-pélvica e/ou feto pélvico. Neste sentido, utiliza-se o conceito de que qualquer distúrbio que impeça o trânsito seguro do feto pelo canal de parto ou que comprometa significativamente o bem-estar materno ou fetal é uma indicação para cesariana, no entanto, o que se percebe na prática é o abuso desta técnica cirúrgica, cujos motivos estão relacionados à conveniência médica e/ou da paciente (RICCI, 2008).

Em relação as doenças prévias, 9,17% (10) gestantes referiram ter hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou outra síndrome hipertensiva, entre elas pré-eclâmpsia e eclâmpsia, e 1,83% (2) referiram ser portadoras de Diabetes Mellitus (DM). Em média, a incidência de eclâmpsia em cada 1.000 partos é de 1,3 nos países em geral, com valor de 0,6 nos países desenvolvidos e 4,5 nos países em desenvolvimento (ABBADE, 2005). A pré-eclâmpsia, por sua vez, tem incidência em 5% a 8% das gestações (SIBAI, 2003). Já o DM, na gravidez, atinge cerca de 1 a 15% dos indivíduos, dependendo da etnia envolvida (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004).

A maioria das gestantes, 86,92% (93), não tiveram nenhum tipo de intercorrência durante a gestação, parto ou pós-parto imediato. Nas que tiveram, a principal foi o trabalho de parto prematuro, que ocorreu em 3,74% (4). As demais intercorrências foram: oligohidrânio, tratamento hematológico, diminuição da movimentação fetal, varizes gestacionais, sangramento vaginal, disfunções ventilatórias, Streptococcus B positivo, HIV positivo, trauma vesical transoperatório e infecção do trato urinário, que ocorreram em 0,93% (1) cada caso.

O formulário de avaliação médica na admissão do paciente não foi preenchido em 74,77% (80) dos prontuários. Para 47,66% (51) das gestantes, não foi realizado os registros de evolução médica em nenhum dos dias de internação. Nas demais, foram realizadas evoluções pelo médico diariamente, em 33,64% (36) dos casos, e em apenas alguns dias de internação, 18,69% (20).

Em relação a avaliação da enfermagem, realizada pelo enfermeiro em um formulário próprio, 84,11% (90) dos casos, o preenchimento foi realizado de forma incompleta, 92,52% (99) das informações colhidas foram referentes a admissão e 42,99% (46) aos antecedentes obstétricos, sendo a avaliação obstétrica preenchida em apenas 10,28% (11) dos prontuários.

No âmbito hospitalar, a atuação do enfermeiro nem sempre está direcionada ao atendimento das necessidades do cliente, e sim à realização de ações não inerentes à enfermagem, levando à execução de atividades de outros profissionais e/ou cumprimento de tarefas puramente burocráticas, o que o desvia do cumprimento de suas atribuições (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Em relação ao tipo de parto, a maioria 88,79% (95) da amostra realizou cesariana e 11,21% (12) parto normal. Estas informações vão ao encontro de outros estudos, em que, as cesáreas foram 80,72%, no ano de 2006, no setor suplementar de saúde. (BRASIL, 2008a).

Alguns autores sugerem que em grupos nos quais são esperadas melhores condições de saúde materna e menor risco obstétrico, os fatores socioeconômicos, de idade, escolaridade e etnia que estão relacionados à chance de cesariana, refletem o abuso desta tecnologia médica no atendimento ao parto, desigualdades sociais no parto e equidade inversa (FREITAS, et al, 2005), o que também foi observado em Novo Hamburgo/RS.

Para alguns estudos, o aumento nas taxas de cesáreas se deve à modificação de práticas médico-hospitalares no período, independentemente de indicações médicas (BAILIT; LOVE; MERCER, 2004; JOSEPH, et al, 2003). Fatores pessoais, da mulher e de seu ambiente social, bem como regionais e institucionais relacionados à organização dos serviços constituem aspectos não-médicos e estariam associados ao tipo de parto no Brasil e à prática obstétrica vigente (BARROS; HIRAKATA, 2003). As principais justificativas levantadas pelos obstetras são: a conveniência de uma intervenção programada para o obstetra, a incerteza quanto à possibilidade de hipóxia ou trauma fetal e a falta de preparo da mulher para o parto (BAILIT; LOVE; MERCER, 2004; BÉHAGUE; VICTORA; BARROS, 2002; JOSEPH; et al, 2003).

O tempo médio de internação da mãe foi de 4,65 dias, 54,21% (58) das mulheres, tiveram a primeira gestação, 36,45% (39) duas gestações e 9,35% (3) passaram por três gestações. Estudos recentes determinam taxas de fecundidade (número médio de filhos nascidos vivos por mulher) iguais a 2,01, em 2005, valor que se apresenta em declínio com o passar dos anos e com variação importante nas regiões do Brasil. Na região Sul e Sudeste encontramos os menores índices de fecundidade, 1,8 nascidos vivos (MELLO; LAURENTI; GOTLIEB, 2007). Tais informações estão em consonância com os encontrados no presente estudo.

Tabela 1 - Distribuição dos neonatos nascidos em um hospital particular da grande Porto Alegre/RS, segundo tempo decorrido entre o nascimento e o alojamento conjunto, índice de Apgar e escore de Capurro, em 2009¹.

Variáveis	Frequência (n=109)	
	Média	Desvio padrão
Tempo decorrido entre o nascimento do recém nascido e a chegada ao alojamento conjunto ²	4,65	± 1,53
Apgar (primeiro minuto)	8,20	± 1,78
Apgar (quinto minuto)	9,26	± 1,71
Escore de Capurro	37,75	± 1,82

¹Dados expressos através de média ± desvio padrão.

Demais dados expressos através de análises de frequência.

²Tempo considerado em horas.

fonte: TREMARIN, Aline. Pesquisa direta 2011.

Observamos que o tempo decorrido entre o nascimento do bebê e a chegada ao alojamento conjunto foi em média de 4,65 horas. Isto deve-se, pois, os partos, neste hospital, ocorrerem no Bloco Cirúrgico, havendo uma determinada demora para que mãe e filhos fiquem juntos.

O Ministério da Saúde normatiza que todo recém nascido deve ser colocado junto à mãe para sugar durante a primeira meia hora de vida, sempre que ambos estiverem em boas condições, propiciando o contato olho a olho e pele a pele entre mãe e recém-nascido (BRASIL,1993).

Estudos apresentados pela OMS comprovam que o contato imediato entre mãe e bebê resulta em vários benefícios: sucção eficiente e eficaz, aumento na prevalência e duração da lactação, influência positiva na relação mãe/filho, maior facilidade para expulsão da placenta e estímulo na involução uterina, sendo que quanto mais longo o intervalo para a primeira mamada, maior a chance do desmame precoce (OMS, 1998).

O Apgar mostrou-se com pouca variância tanto na média quanto no desvio padrão – DP. Em relação ao escore de Capurro, alcançou a média de 37,75, sendo sua variância pequena, expressa no DP. Conforme a OMS, recém-nascidos entre 37 e 41 semanas de gestação são classificados como a termos (OMS, 1995), o que foi observado na média do Escore de Capurro dos neonatos da instituição de Novo Hamburgo/RS.

Os recém nascidos, 13,08% (14) foram internados em CTI neonatal e 89,08% (95), permaneceram com a mãe em alojamento conjunto. Os dados sobre o assunto são escassos e, por isso, não foi possível realizar comparações com outras pesquisas. Porém, acredita-se que os números apresentados neste estudo são preocupantes e merecem maiores estudos para identificar as possíveis causas.

Os principais motivos da internação dos recém nascidos em CTI neonatal foram disfunção ventilatória em 40% (6) dos casos e prematuridade, 33,33% (5). Os fetos mortos somaram 13,33% (2), dos recém nascidos que não permaneceram em alojamento conjunto. Também em estudo realizado com neonatos internados em unidades de terapia intensiva, as doenças mais prevalentes em todas as instituições foram as respiratórias (54%) e as infecciosas (39,5%) (PRESTES; et al, 2005), como o constatado, em parte, em Novo Hamburgo/RS.

As complicações no recém nascido decorrentes da cesariana, a principal via de parto realizada nas mulheres do presente estudo, estão associadas a um aumento no número de internações em Unidades de Terapia Intensiva, cujos motivos principais seriam prematuridade, disfunção respiratória (hipertensão pulmonar persistente, taquipnéia transitória do recém-nascido, pneumonia) e depressão respiratória com baixos escores de Apgar, (SIGNORE; KLEBANOFF, 2008).

Em relação aos tempos de internação podemos observar no presente estudo que a média da internação da mãe foi de $4,65 \pm 1,53$ dias e do bebê foi de $9,85 \pm 9,2$.

Quando realizadas associações entre o tipo de parto das gestantes com as demais variáveis de estudo, podemos verificar que 38,95% da mostra das pacientes com cesárea estão na faixa etária de 31 a 35 anos ($p=0,19$).

Em relação atividade profissional 80% das pacientes que passaram por cesárea e 75% das que tiveram parto normal estão trabalhando, não houve associação estatisticamente significativa entre a atividade profissional e tipo de parto.

Quanto as doenças prévias, foi observado que 8,33% da amostra com HAS teve parto normal e 9,47% parto cesariano; nenhuma paciente que realizou parto normal relatou ter Diabetes, enquanto o percentual nas que passaram por cesariana foi de 2,11%, mas esta diferença não foi considerada estatisticamente significativa.

Foi observado que a média do tempo de internação foi maior em pacientes que realizaram cesariana quando comparado as pacientes com que tiveram parto normal. Esta diferença foi considerada estatisticamente significativa, ($p=0,01$).

As cesáreas acarretam aumento da morbimortalidade materna e neonatal, destacando-se a infecção puerperal e a prematuridade. Também se associam com um retardo na recuperação puerperal, maior tempo de internação, maior tempo de assistência por profissionais de saúde, durante a internação mais prolongada, maior uso de medicamentos, início tardio da amamentação e, por fim, elevação de gastos para o sistema de saúde (SAKAE, 2009). Crianças nascidas de cesárea eletiva com 37 semanas têm cinco vezes mais chances de

ter doença respiratória grave do que o parto a termo; com 38 semanas, essa chance passa a ser quatro vezes maior e, com 39 semanas, é duas vezes maior (HANSEN; et al, 2008).

Não foi observada associação estatisticamente significativa quando comparado o tipo de parto com o grupo etário, procedência, grau de escolaridade, atividade profissional, HAS, DM, número de gestações, Apgar no primeiro e quinto minutos, Escore de Capurro e internação em CTI Neonatal.

Tabela 2 - Distribuição das gestantes atendidas em um hospital particular da grande Porto Alegre/RS, segundo associação do tipo de parto com as demais variáveis do estudo, em 2009.

Variáveis	Tipo de parto		p
	Normal n = 12	Cesárea n = 95	
Grupo etário			0,19
15 a 20 anos	1 (8,33%)	7 (7,37%)	
21 a 25 anos	3 (25%)	5 (5,26%)	
26 a 30 anos	3 (25%)	27 (28,42%)	
31 a 35 anos	2 (16,67%)	37 (38,95%)	
36 a 40 anos	3 (25%)	18 (18,95%)	
41 a 45 anos	0 (0%)	1 (1,05%)	
procedência			0,49
Novo Hamburgo	2 (16,67%)	31 (32,63%)	
São Leopoldo	4 (33,33%)	29 (30,53%)	
Outras cidades	6 (50%)	35 (36,84%)	
Escolaridade			0,49
Fundamental incompleto	0 (0%)	2 (2,11%)	
Fundamental completo	0 (0%)	2 (2,11%)	
Ensino médio incompleto	1 (8,33%)	3 (3,16%)	
Ensino médio completo	7 (58,33%)	32 (33,68%)	
Superior incompleto	1 (8,33%)	20 (21,05%)	
Superior completo	3 (25%)	36 (37,89%)	
Atividade ocupacional			0,88
trabalhando	9 (75%)	76 (80%)	
estudante	1 (8,33%)	5 (5,26%)	
do lar	2 (16,67%)	14 (14,74%)	
HAS			
Não	11 (91,67%)	86 (90,53%)	
Sim	1 (8,33%)	9 (9,47%)	
DM			0,78
Não	12 (100%)	93 (97,89%)	
Sim	0 (0%)	2 (2,11%)	
Tempo de internação da mãe¹	1,66 ± 0,65	2,28 ± 1,46	0,01
Número de gestações¹	1,58 ± 0,67	1,55 ± 0,66	0,38
Apgar 1º minuto¹	7,83 ± 2,72	8,29 ± 1,57	0,57
Apgar 5º minuto¹	8,58 ± 2,78	9,37 ± 1,53	0,13
Escore de Capurro¹	37,17 ± 2,89	37,91 ± 1,54	0,4
Internação na CTI neonatal			0,63
Não	11 (91,67%)	84 (88,42%)	
Sim	1 (8,33%)	10 (10,53%)	

¹Dados expressos através de média ± desvio padrão.

Demais dados expressos através de análises de frequência.

Fonte: TREMARIN, Aline. Pesquisa direta 2011

As associações da internação na CTI neonatal com as demais variáveis de estudo, demonstram que a média do tempo de internação das pacientes cujos recém nascidos passaram por internação neonatal foi maior que nas que não foram internadas ($p=0,04$). Foi observado que a média do Apgar foi maior nos neonatos que não passaram por internação neonatal do que nas crianças internaram na CTI neonatal ($p=0,01$).

A média do Escore de Capurro também foi mais elevada nos neonatos que não passaram por internação ($p= 0,01$). Foi observada uma associação estaticamente significativa entre o tempo de internação da mãe, número de gestações, Apgar no primeiro e quinto minutos e Escore de Capurro com a internação na CTI neonatal.

Não foi observada associação estatisticamente significativa quando comparado a internação na CTI com o grupo etário, procedência, grau de escolaridade, atividade profissional, HAS, DM e tipo de parto.

Nenhum recém nascido de paciente com HAS foi internado na CTI neonatal e apenas 9,09% destas puérperas relataram ter DM. O tipo de parto também não foi associado com a internação do bebê na UTI neonatal.

Tabela 3 - Distribuição dos neonatos de um hospital particular da grande Porto Alegre/RS, segundo associação da internação na CTI neonatal com as demais variáveis do estudo, em 2009.

Variáveis	Internação na CTI neonatal		p
	Não n = 95	Sim n = 14	
Grupo etário			0,06
15 a 20 anos	8 (8,42%)	0 (0%)	
21 a 25 anos	7 (7,37%)	1 (7,14%)	
26 a 30 anos	26 (27,37%)	4 (28,57%)	
31 a 35 anos	35 (36,84%)	4 (28,57%)	
36 a 40 anos	19 (20%)	1 (7,14%)	
41 a 45 anos	0 (0%)	1 (7,14%)	
Procedência			0,20
Novo Hamburgo	30 (31,58%)	2 (14,24%)	
São Leopoldo	31 (32,63%)	2 (14,24%)	
Outras cidades	345 (35,79%)	7 (50%)	
Escolaridade			0,09
Fundamental incompleto	2 (2,11%)	0 (0%)	
Fundamental completo	2 (2,11%)	0 (0%)	
Ensino médio incompleto	4 (4,21%)	0 (0%)	
Ensino médio completo	34 (35,79%)	5 (35,71%)	
Superior incompleto	18 (18,95%)	3 (21,43%)	
Superior completo	35 (36,84%)	3 (21,43%)	
Atividade ocupacional			0,67
trabalhando	75 (78,95%)	9 (64,29%)	
estudante	6 (6,32%)	0 (0%)	
do lar	14 (14,74%)	2 (14,29%)	
HAS			0,30
Não	87 (91,58%)	11 (78,57%)	
Sim	8 (8,42%)	0 (0%)	
DM			0,27
Não	94 (95,95%)	10 (71,43%)	
Sim	1 (1,05%)	1 (7,14%)	
Tempo de internação da mãe¹	1,96 ± 0,38	4,45 ± 3,64	0,04
Número de gestações¹	1,57 ± 0,66	16,62 ± 3,7	0,01
Apgar 1º minuto¹	8,53 ± 1,25	6,46 ± 2,57	0,01
Apgar 5º minuto¹	9,46 ± 1,50	8,46 ± 0,76	0,01
Tipo de parto			0,63
Normal	11 (11,58%)	1 (9,09%)	
Cesáreo	84 (88,42%)	10 (90,91%)	
Escore de Capurro¹	38,12 ± 1,36	34,92 ± 2,29	0,01

¹Dados expressos através de média ± desvio padrão.

Demais dados expressos através de análises de frequência.

fonte: TREMARIN, Aline. Pesquisa direta 2011

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu traçar o perfil social e obstétrico das gestantes/puérperas que foram atendidas em um hospital da grande Porto Alegre/RS e, dessa forma, poderá servir de subsídio para orientar as ações dos profissionais de saúde, que atuam nessa instituição e auxiliar na construção de novos programas e serviços de saúde em consonância com a realidade da população usuária.

Pode-se verificar que as gestantes pesquisadas têm, em sua maioria, de 30 a 35 anos, ensino médio ou superior completos, estão trabalhando e residem na cidade sede do hospital ou em cidade vizinha. Foram internadas, principalmente, devido o trabalho de parto e/ou bolsa rota e, quando comparado a outros estudos, nota-se que o número de gestantes com histórico de hipertensão arterial e outras síndromes hipertensivas é alto. Tal informação é relevante se levarmos em consideração os dados referentes a mortalidade materna do país, sendo as principais causas as obstétricas diretas, destacando as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas.

Ressalta-se ainda neste estudo a inexistência ou incompleto preenchimento de registros dos pacientes pelas diferentes categorias profissionais que prestam cuidados em saúde, o que dificulta a realização de estudos onde são necessárias todas as informações de prontuários. Observa-se que enfermeiro muitas vezes está envolvido com procedimentos burocráticos e de gestão dos serviços, o que impede ou dificulta o seu envolvimento com a minuciosa avaliação do paciente.

O grande número de cesarianas realizadas no hospital que originou a pesquisa, reforça o que os estudos referentes à obstetrícia destacam a muito tempo: o Brasil apresenta uma das taxas de cesárea mais elevadas do mundo. A ampliação das indicações médicas para esse tipo de parto se deve a diferentes fatores e devem ser reavaliados pelos profissionais competentes para a melhoria da atenção às gestantes no país.

O período que compreende o nascimento do neonato e sua amamentação pela mãe também merece especial atenção, já que, na presente pesquisa, os recém nascidos são separados de sua mãe por um período considerado longo, 4,65 horas. Especialistas afirmam que as primeiras seis horas são cruciais para o sucesso da amamentação. Alguns autores notaram associação positiva entre a redução nos índices de desmame total com aumento do número de mulheres que não foram separadas de seus filhos nas primeiras seis horas de vida, demonstrando o importante papel das práticas hospitalares sobre o sucesso da amamentação.

Conclui-se que a mudança de paradigmas e algumas práticas sabidamente malélicas devem ser discutidas pelos profissionais que atuam em instituições hospitalares, objetivando, primeiramente, o bem-estar e saúde do binômio mãe-bebê.

REFERÊNCIAS

ABBADE, J.F. **Esquema de Zuspan versus esquema alternativo com sulfato de magnésio na prevenção e tratamento da eclâmpsia** - comparação da concentração sérica de magnésio [tese]. Universidade Estadual Paulista, São Leopoldo, RS, 2005.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Gestational diabetes mellitus. **Diabetes Care Journals**, v. 27(Suppl 1), p. 88-90, 2004.

ANDRADE, J.S.; VIEIRA, M.J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58(3), p. 261-5, mai-jun., 2005.

BAHIA, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: Negri B, Di Giovanni G, organizadores. **Brasil: Radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001.

BAILIT, J.; LOVE, T.; MERCER, B. Rising cesarean rates: are patients sicker? **American Journal Obstetric Gynecol**, v. 191(3), p. 800-3, 2004.

BETRAN A., MERIALDI M. et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Pediatric Perinatal Epidemiology**, v. 21, n. 2, p. 98-113, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Taxa de cobertura de planos de saúde – 2009**. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/>>. Acesso em 24 jun. 2010. Ano de publicação: 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Grupo de Defesa da Saúde da Criança. **Normas e rotinas para o incentivo ao aleitamento materno: Passo 1**. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materno e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 14p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Indicadores de cobertura DATASUS. **Proporção de partos cesáreos em 2006**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em 05/04/10.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. DATASUS-**População residente segundo região - 2009**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Acesso em 24 jun. 2010. Ano de publicação: 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Programa de Humanização do Pré-Natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 22 p.

D'ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFI, N. K.; ÂNGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G.P.; GAMA, A.S.; et al. Fatores associados à realização de cesáreas em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22(10), p. 2067-78, 2006.

FREITAS, P.F.; SAKAE, T.M.; JACOMINO, M.E.M.L.P. Medical and non-medical factors associated with cesarean section rates in a university hospital in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24(5), p.1051-61, 2008.

FREITAS, P.F.; DRACHLER, M.L.; LEITE, J.C.C.; GRASSI, P.R. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primárias no Rio Grande do Sul. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39(5), p.761-7, 2005.

GOLDIM, J.R. **Manual de iniciação da pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

HANSEN, A.K.; WISBORG, K.; ULDBJERG, N.; HENRIKSEN, T.B. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. **BMJ Journals**, v. 336(7635), p. 85-7, 2008.

JOSEPH, K.S.; YOUNG, D.C.; DODDS, L.; O'CONNELL, C.M.; ALLEN, V.M.; CHANDRA, S.; et al. Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. **Obstetric Gynecol**, v. 102(4), p. 791-800, 2003.

LEAL, M.C.; VIACAIVA, F. Maternidades do Brasil. **Revista Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 2(1), p. 8-26, 2002.

MELLO, M.H.P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S.L.D. Análise da qualidade das Estatísticas Vitais brasileiras: a experiência da implantação do SIM e do SINASC. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12 (3), 2007.

Organização Mundial da Saúde - OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde**. 10ª revisão. São Paulo, CBCD, 1995.

_____. **Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural**. Ginebra, 1998.

PRESTES, A.C.Y.; GUINSBURG, R.; BALDA, R.C.X.; MARBA, S.T.M.; RUGOLO, L.M.S.S.; PACHI, P.R.; BENTLIN, M.R. Uso de analgésicos em UTI neonatal. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 81, n.5, 2005.

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabarra Koogan, 2008.

SAKAE, T.M.; FREITAS, P.F.; D'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em um hospital universitário. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43(3), p.472-80, 2009.

SIBAI, B.M. Diagnosis and management of gestational hypertension and pre-eclampsia. **Obstetric Gynecol**, v.102(1), p.181-92, 2003

SIGNORE, C.; KLEBANOFF, M. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. **Clin Perinatol**, n. 35, p.361-371, 2008.

VILLAR, J.; VALLADARES, E.; WOJDYLA, D.; et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **The Lancet**, p.367:1819, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v. 2, p.436-7, 1985.

_____. **World Health Statistic**. Ginebra: WHO, 2009.