

Principais complicações maternas em uma maternidade no município de Fortaleza-CE

Fabiane Silva Lopes¹
Francisco Patricio de Andrade Júnior²
Hellen Livia Oliveira Catunda Ferreira³

Resumo

A gestação é um fenômeno fisiológico que representa a capacidade reprodutiva da mulher, trazendo ao organismo feminino mudanças físicas e emocionais. Entretanto, por características particulares, algumas gestantes apresentam maior probabilidade de sofrer alterações incomuns nesse período de adaptação, podendo implicar riscos para a mãe e para o feto. O objetivo do estudo é analisar as principais complicações maternas ocorridas em uma maternidade escola de referência no município de Fortaleza-CE. Trata-se de um estudo documental, transversal, correlacional com abordagem quantitativa realizado no período de agosto a novembro de 2018 nas clínicas obstétricas de uma maternidade escola de referência no município de Fortaleza-CE com prontuários de 104 puérperas. A coleta de dados foi feita por meio de um formulário estruturado e os dados analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences*. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética por meio da Plataforma Brasil sob o parecer nº 2.950.892. Quanto ao número de puérperas que tiveram algum tipo de complicação na gestação, 16,3% foram de origem diabética, 15,4% hipertensiva, 10,6% infecciosas e 1% hemorrágicas. Foi visto também que 84,5% das puérperas que realizaram mais de sete consultas pré-natal, ainda assim apresentaram algum tipo de complicação ($p=0,388$). Houve associação estatística entre o desfecho neonatal e as complicações maternas ($p=0,004$). A equipe de enfermagem precisa promover uma assistência segura e humanizada

¹ Enfermeira pela Faculdade Ateneu. Especialista em Urgência e Emergência.

² Mestre em Farmacologia, UFPB.

³ Professora da Faculdade Ateneu.

a gestantes e puérperas, elaborando um plano de cuidados de acordo com as necessidades identificadas, visando prevenir complicações e promover a saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Parto; Puerpério; Complicações.

Abstract

Gestation is a physiological phenomenon that represents the reproductive capacity of the woman, bringing to the female body physical and emotional changes. However, due to particular characteristics, some pregnant women are more likely to suffer unusual changes during this period of adaptation, which may involve risks for the mother and the fetus. The objective of the study is to analyze the main maternal complications occurred in a maternity school of reference in the municipality of Fortaleza-CE. This is a documentary, cross-sectional, correlational study with a quantitative approach conducted in the period from August to November of 2018 in the obstetric clinics of a maternity school of reference in the city of Fortaleza-CE with medical records of 104 puerperal women. Data collection was done through a structured form and data analyzed by the Statistical Package for the Social Sciences program. This project was approved by the Ethics Committee through the Brazil Platform under opinion nº 2.950.892. As for the number of puerperae who had some type of complication during pregnancy, 16.3% were diabetic, 15.4% hypertensive, 10.6% infectious and 1% hemorrhagic. It was also observed that 84.5% of the puerperae who performed more than seven prenatal visits nevertheless presented some type of complication ($p=0.388$). There was a statistical association between neonatal outcome and maternal complications ($p=0.004$). The nursing team needs to promote safe and humane care for pregnant women and puerperal women, developing a plan of care according to the needs identified, in order to prevent complications and promote health.

Keywords: Nursing; Childbirth; Puerperium; Complications.

Introdução

A gestação é um fenômeno fisiológico que representa a capacidade reprodutiva da mulher, trazendo ao organismo feminino mudanças físicas e emocionais. Há adaptações na anatomia, na fisiologia e no metabolismo materno. Entretanto, por características particulares, algumas gestantes apresentam maior probabilidade de sofrer alterações incomuns nesse período de adaptação, podendo implicar riscos para a mãe e para o feto (Brasil, 2012; Martins-Costa *et al.*, 2017).

As observações clínicas e as estatísticas comprovam que cerca de 90% das gestações não apresentam complicações durante toda sua evolução, sendo consideradas como gestações de baixo risco. Outras, contudo, iniciam-se com problemas ou esses surgem durante o seu transcurso, enquadrando-se em uma gestação de alto risco e possuindo maior probabilidade de apresentar desfechos desfavoráveis para o binômio mãe-filho (Monteiro *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) preconiza a identificação da população exposta aos riscos gravídicos a partir da ampliação do acesso as atividades de controle no pré-natal com o objetivo de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas (Feliciano *et al.*, 2013; Brasil, 2012).

Entre os fatores que conferem risco gestacional, podem-se citar características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, tais como idade menor que 15 e maior que 35 anos, ocupação, baixa escolaridade, dependência de drogas lícitas ou ilícitas; história reprodutiva anterior de morte perinatal, abortamento habitual, síndromes hemorrágicas; intercorrências clínicas crônicas (cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), além de alterações obstétricas na gravidez atual como ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, amniorrexe prematura, hemorragias da gestação e óbito fetal (Martins; Ghersel; Ghersel, 2017).

Dentre as intercorrências clínicas mais frequentes na gravidez, as síndromes hipertensivas e hemorrágicas constituem umas das principais causas

de morbimortalidade materna grave no Brasil, reforçando a necessidade de realizar ações preventivas e um manejo clínico adequado dessas pacientes (Martins; Ghersel; Ghersel, 2017).

A morte materna é considerada um indicador importante da saúde feminina, pois aproximadamente 287 mil mulheres morrem no mundo, anualmente, devido a complicações relacionadas à maternidade, representando uma crise na saúde materno-infantil expressa na maior exposição de mulheres e de crianças ao risco de adoecer e de morrer. No Brasil, as elevadas taxas de mortalidade materna tem sido um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade, configurando-se como um grande problema de saúde pública que atinge de forma desigual as classes sociais menos favorecidas (Brasil, 2014; Nogueira; Oliveira, 2017).

Como consequência, a morte materna pode ocorrer devido a esses eventos mal-sucedidos; a ausência de acolhimento à gestante e/ou puérpera; a falta de suporte familiar, social ou mesmo pela inadequada resposta dos serviços de saúde (Michilin *et al.*, 2016).

O MS vem implementando ações por meio de políticas públicas dirigidas à saúde das mulheres, com vistas a incorporar a perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento das ações de saúde, investindo, assim, na melhoria das condições de vida das mulheres. Esse investimento vem sendo desenvolvido, desde os anos 2000, em uma série de programas de saúde das mulheres (Brasil, 2014).

Como forma de melhorar esses indicadores de mortalidade materna, foi estabelecida a Rede Cegonha, criada em março de 2011 e instituída pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (Brasil, 2011). Essa iniciativa é apontada como uma estratégia do MS de assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2016; Brasil, 2014; Brasil, 2012).

A Rede Cegonha prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e da criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro, e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito de livre escolha ao acompanhante da mulher no parto. Essas ações estão inseridas em quatro

componentes estruturantes da estratégia, a saber: 1) pré-natal, 2) parto e nascimento, 3) puerpério e atenção integral à saúde da criança, 4) sistema logístico, incluindo transporte sanitário e regulação (Oliveira; Calento, 2016).

A partir da implementação dessas políticas públicas foi possível identificar aumento na detecção dos óbitos maternos no período de 1998 a 2015. A mortalidade materna nesse período, no Brasil, caiu, em média, 58%, ou seja, de 143 para 60 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. No Ceará, houve redução de 31% dos óbitos maternos nos últimos dois anos, passando de 135 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2014 para 93 em 2016 (Ceará, 2017).

Nessa perspectiva, o estudo justifica-se devido às complicações maternas ser uma temática ainda preocupante na área da saúde, Mesmo com a criação de políticas públicas voltadas para a prevenção de agravos nessa população. Além disso, após busca prévia realizada no mês de fevereiro na *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES) no período de 2010 a 2018 revelou-se, por meio de periódicos, teses e dissertações, que causas obstétricas diretas destacaram-se entre os óbitos maternos ocorridos no Ceará em 2016, representando 47,3% dos mesmos. As hemorragias e a hipertensão foram as principais causas do óbito obstétrico, ambas com 18,2% das ocorrências, seguidas por complicação no parto com 15,9% (Ceará, 2017).

Em vista disso, o objetivo do estudo é analisar as principais complicações maternas ocorridas em uma maternidade escola de referência no município de Fortaleza-CE, bem como identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico materno, relacionar as complicações maternas com a assistência pré-natal e verificar o desfecho materno e neonatal relacionado às complicações ocorridas.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo documental, transversal, correlacional com abordagem quantitativa. O estudo documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para

complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. A análise documental deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos (Sá-Silva; De Almeida; Guindani, 2009).

Os estudos correlacionais são aqueles em que um fenômeno observado é relacionado a outros fenômenos ocorridos, já que a correlação é uma inter-relação ou associação entre duas variáveis, ou seja, uma tendência de oscilação em uma das variáveis está relacionada com uma variação na outra (Polit; Beck, 2011).

Em uma pesquisa com abordagem quantitativa, o pesquisador parte do ponto inicial de um estudo para o ponto final, em uma sequência lógica de passos, e analisa os dados obtidos de forma quantificável, ou seja, por meio de números e com ajuda de recursos e técnicas estatísticas (Polit; Beck, 2011).

Período e local do estudo

O estudo foi realizado no período de agosto a novembro de 2018 nas clínicas obstétricas do primeiro e segundo andar de uma Maternidade Escola de referência no Estado do Ceará, localizada na cidade de Fortaleza.

Desde 2011, a referida maternidade é vinculada à Rede Cegonha, sendo uma das Redes de Atenção à Saúde materna e infantil de referência do Estado do Ceará. Em 2016, passou a ser referência do Ministério da Saúde (MS) como um Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Boas Práticas Obstétricas e Neonatais da Rede Cegonha.

Dentre suas diversas atividades de atenção à saúde da mulher, há atendimento de pré-natal de alto risco, pronto atendimento para emergências obstétricas, assistências a trabalhos de parto para gestação de baixo e alto risco da cidade de Fortaleza e do interior do estado do Ceará.

Nas clínicas obstétricas, especificamente, tem-se 65 leitos disponíveis no primeiro andar e 20 no segundo andar. Além de assistência ao parto, são atendidos diversos casos de complicações gestacionais e puerperais.

População e amostra

A população do estudo foi composta pelos prontuários das pacientes com complicações maternas, acompanhadas na referida maternidade, disponíveis na clínica obstétrica entre os meses de agosto e novembro de 2018. Os prontuários

foram avaliados conforme critérios de inclusão e exclusão para seleção da amostra final, totalizando 104 prontuários.

Como critérios de inclusão: gestantes e puérperas com complicações maternas internadas no período da coleta de dados. Como critérios de exclusão, pode-se citar prontuários com informações insuficientes, incompletos ou ilegíveis para a análise do estudo.

Quando se trabalha com amostra, os resultados obtidos tendem a aproximar-se bastante dos elementos pesquisados de forma universal, ou seja, com uma pequena parte dos elementos que compõem o universo (Santos, 2009). A amostra foi por conveniência e foi composta por puérperas apenas.

Coleta de dados

Segundo Polit e Beck (2011), a coleta de dados feita por meio de um formulário estruturado tende a fornecer informações que são mais facilmente quantificadas, pois reúnem os dados de maneira comparável e pré-especificada para toda a amostra da pesquisa.

Utilizou-se como instrumento para coleta de dados dos prontuários um formulário estruturado, composto por variáveis de identificação, históricos geral, obstétrico atual e da assistência pré-natal atual e complicação materna da paciente, além do desfecho materno e neonatal referente à complicação.

Apresentação e análise dos dados

Os dados do instrumento de coleta foram tabulados, compilados e analisados com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, mediante estatística descritiva e correlacional. A análise exploratória constou de testes estatísticos descritivos, com frequências absolutas (n), relativas (%), medidas de tendência central e desvio padrão. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi realizado com as variáveis contínuas a fim de identificar a normalidade dos dados. O teste do Qui-quadrado de Pearson foi utilizado nas variáveis dicotômicas para análise de associações. Considerou-se estatisticamente significativa para o presente estudo os valores em que p apresentou-se menor que 0,05 ($p < 0,05$).

Posteriormente, os dados foram organizados e apresentados em tabelas. A análise e a discussão dos resultados obtidos tiveram embasamento na literatura pertinente. Segundo Marconi e Lakatos (2010), essa apresentação dos dados facilita a compreensão, podendo, com uma só observação, apreender

importantes detalhes e relações, proporcionar clareza e destaque à distribuição lógica, assim como oferecer apresentação gráfica para classificar essa representação.

Aspectos éticos e legais da pesquisa

Esse projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) por meio da Plataforma Brasil para devida apreciação e aprovação sob o parecer nº 2.950.892. Assegurou-se o cumprimento das normas para pesquisa com seres humanos presentes na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (CNS, 2012), no qual traz os preceitos éticos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É necessário conhecer as características sociodemográficas das pacientes que participaram desse estudo para auxiliar na compreensão das representações dos dados coletados e de conceitos discorridos. A tabela 1 apresenta os dados referentes à idade, estado civil, escolaridade, raça e ocupação.

Tabela 1. Dados sociodemográficos de puérperas atendidas em uma Maternidade Escola. Fortaleza, novembro, 2018.

| Variáveis (n=104) | N | % | Média DP (Mín.-Máx.) |
|----------------------------|----|------|----------------------------|
| <u>Faixa etária</u> | | | |
| ≤ 19 anos | 14 | 13,5 | 27,01 |
| 20 a 29 anos | 51 | 49,0 | ±6,328 |
| 30 a 39 anos | 36 | 34,6 | (13-43) |
| ≥ 40 anos | 03 | 2,9 | |
| <u>Estado civil</u> | | | |
| Solteira | 36 | 34,6 | |
| Casada/União estável | 57 | 54,8 | |

| | | |
|----------------------------|------------|--------------|
| Não informado | 11 | 10,6 |
| <u>Escolaridade</u> | | |
| Fundamental | 31 | 29,8 |
| Médio | 50 | 48,1 |
| Superior | 09 | 8,7 |
| Não informado | 14 | 13,5 |
| <u>Cor/Raça</u> | | |
| Branca | 08 | 7,7 |
| Negra | 03 | 2,9 |
| Parda | 77 | 74,1 |
| Não informado | 16 | 15,4 |
| <u>Ocupação</u> | | |
| Empregada | 14 | 13,5 |
| Desempregada | 22 | 21,2 |
| Não informado | 68 | 65,4 |
| TOTAL | 104 | 100,0 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A maioria das pacientes cujos prontuários foram revisados, possuía idade entre 20 e 29 anos (49,0%), seguido das mulheres com idade de 30 à 39 anos (34,6%). A média de idade encontrada foi de 27,01, desvio padrão $\pm 6,328$, com idade mínima de 13 e máxima de 43 anos.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), em sua política nacional de atenção integral à saúde da mulher, a idade fértil feminina vai entre 10 e 49 anos. Em uma pesquisa realizada pelo IBGE (2010), constatou-se que as mulheres estão, a cada ano, optando por ter filhos entre 25 e 40 anos. Isso se dá pelo perfil atual da mulher na sociedade. Há dez anos, metade das gestantes engravidava antes dos 24 anos e, em 2010, esse percentual caiu para 45%.

Quanto ao estado civil, a maior parte das participantes do estudo (54,8%), encontram-se em união estável ou casadas, o que, segundo as leis brasileiras, assegurado pelo código civil desde o ano de 2002, União estável significa um contrato firmado entre duas pessoas que vivem em relação de convivência duradoura e estabilizada, e com o intuito de firmar um núcleo familiar (EBC,

2015). Logo em seguida, apresentam-se as mulheres que se encontram solteiras, tendo um percentual de 34,6%.

Segundo estudo realizado pelo Instituto Data Popular em 2015 no Brasil, existem cerca de 67 milhões de mulheres que são mães, em que, dessas, 31% são mães solteiras. Isso se dá ao fato das mães do século XXI se apresentarem de forma menos conservadora. No século anterior, 58% das mães acreditavam que era dever das mulheres cuidar das refeições, em que esse número caiu para 45% das progenitoras do século XXI (EBC, 2015).

Dos prontuários analisados, 48,1% das mulheres concluíram o ensino médio e 29,8% concluíram apenas o fundamental. Isso remete aos dados de um estudo realizado pelo IBGE (2014), em que afirma que mulheres entre 15 e 29 anos tendem a abandonar os estudos após terem filhos. Segundo o censo, 41,8% das mulheres terminam o ensino médio, mas não ingressam no nível superior.

As mulheres estudadas consideravam-se, em sua maioria, pardas (74,1%). Isso pode remeter-se ao contexto histórico do Brasil, que possui diferentes misturas de raças. Quanto à ocupação, 65,4% dos prontuários não informavam a ocupação da paciente, mas, ao analisar os que informavam, o número de desempregadas (21,2%) foi maior que os empregadas (13,5%).

Para melhor compreensão sobre a história clínico-obstétrica das participantes, a tabela 2 foi composta por dados como número de gestações, partos e abortos, via de parto escolhida, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, padrão nutricional, alteração da pressão arterial, presença de edemas, suplementação, condição vacinal, alteração de exames laboratoriais, número de ultrassonografias e número de consultas de pré-natal realizadas. Vale ressaltar que 100% da amostra foi composta por puérperas.

Tabela 2. Dados obstétricos de puérperas atendidas em uma Maternidade Escola. Fortaleza, novembro, 2018.

| Variáveis (n=104) | N | % | Média DP (Mín.-Máx.) |
|---------------------------------------|----------|----------|-------------------------------------|
| <u>Gestações</u> | | | 2,22 |
| Primigesta | 39 | 37,7 | ±1,343 |
| Multigesta | 65 | 62,5 | (1-8) |
| <u>Aborto</u> | | | 0,22 |
| Sim | 18 | 17,3 | ±0,539 |
| Não | 86 | 82,7 | (0-3) |
| <u>Via de parto</u> | | | |
| Vaginal | 24 | 23,1 | |
| Abdominal | 80 | 76,9 | |
| <u>Antecedentes familiares</u> | | | |
| Diabetes | 15 | 14,4 | |
| Hipertensão | 22 | 21,2 | |
| Nenhum | 54 | 51,9 | |
| Não informado | 13 | 12,5 | |
| <u>Antecedentes pessoais</u> | | | |
| Diabetes | 01 | 1,0 | |
| Hipertensão | 04 | 3,8 | |
| IST | 11 | 10,6 | |
| Nenhum | 85 | 81,7 | |
| Não informado | 03 | 2,9 | |
| <u>Padrão nutricional</u> | | | |
| Baixo peso | 05 | 4,8 | |
| Adequado | 33 | 31,7 | |
| Sobrepeso | 36 | 34,6 | |
| Obesidade | 12 | 11,5 | |
| Não informado | 18 | 17,3 | |

Pressão arterial**alterada**

| | | |
|---------------|----|------|
| Sim | 09 | 8,7 |
| Não | 91 | 87,5 |
| Não informado | 04 | 3,8 |

Edema

| | | |
|---------------|----|------|
| Sim | 21 | 20,2 |
| Não | 06 | 5,8 |
| Não informado | 77 | 74,0 |

Suplementação**adequada**

| | | |
|---------------|----|------|
| Sim | 94 | 90,4 |
| Não | 02 | 1,9 |
| Não informado | 08 | 7,7 |

Imunização completa

| | | |
|---------------|----|------|
| Sim | 07 | 6,7 |
| Não | 91 | 87,5 |
| Não informado | 06 | 5,8 |

Exames laboratoriais**alterados**

| | | |
|---------------|----|------|
| Sim | 34 | 32,7 |
| Não | 62 | 59,6 |
| Não informado | 08 | 7,7 |

Mínimo três**ultrassonografias****realizadas**

| | | |
|---------------|----|------|
| Sim | 54 | 51,9 |
| Não | 46 | 44,2 |
| Não informado | 04 | 3,8 |

Consultas pré-natais**realizadas**

| | | |
|---------|----|------|
| Nenhuma | 03 | 2,9 |
| 1 a 6 | 28 | 29,6 |
| | | 7,99 |

| | | | |
|---------------|------------|--------------|--------|
| ≥ 7 | 71 | 68,3 | ±3,417 |
| Não informado | 02 | 1,9 | (0-16) |
| TOTAL | 104 | 100,0 | |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Nos achados da pesquisa, grande parte (62,5%) das pacientes encaixavam-se dentro da classificação de multigesta e a maioria (82,7%) não apresentaram aborto. No Brasil, as famílias estão optando por ter uma média de dois filhos ou menos. Na região nordeste, em 2010, a taxa de fecundidade chegou a atingir um declínio de 23,4% (IBGE, 2014).

A via de parto que mais prevaleceu foi a via abdominal, que compôs 76,9% da amostra. No Brasil, 35,79% de partos cesáreos foram marcados com antecedência no Sistema Único de Saúde (SUS), e 74,16% no sistema privado (BRASIL, 2015). A cesariana, quando não tem indicação médica, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê, pois o parto prematuro aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados a prematuridade (ANS, 2015).

A Agência Nacional de Saúde (ANS) realizou, nos dias 11 e 12 de agosto de 2015, a 2ª Sessão de Aprendizagem do Projeto Parto Adequado em São Paulo. O encontro contou com a presença de 142 representantes dos hospitais que aderiram ao projeto (BRASIL, 2015). Em Fortaleza, foram selecionados três hospitais de grande porte, sendo um de rede privada, que, segundo a ANS (2015), realizou 4.015 partos, em que 92,3% foram cesarianas, e dois de rede pública.

O parto natural traz menos riscos de complicações e mortes materno-infantis durante e após o parto. Apesar das taxas de mortalidade estarem diminuindo com o passar dos anos, os valores continuam altos, pois muitas dessas complicações poderiam ser evitadas com procedimentos menos invasivos e uma correta assistência.

Nos antecedentes familiares, os que mais se sobressaem são a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, que juntos somaram 35,6%. Apesar

de a maioria (51,9%) não apresentar nenhum histórico familiar, os valores que expressam as comorbidades ainda é bem significativo.

Referente aos antecedentes pessoais, 81,7% não possuíam nenhum problema, e em seguida os valores que chamaram a atenção foi que 10,6% apresentaram infecções sexualmente transmissíveis.

Quanto ao padrão nutricional, foi observado que muitas pacientes estavam acima do peso adequado (46,1%). Isso se dá devido à rotina da população na atualidade, em que as comidas dos fast-foods encontram-se cada vez mais acessíveis (Bezerra *et al.*, 2017). Apesar desse padrão nutricional encontrado, 87,5% das pacientes não apresentavam problemas de alteração na Pressão Arterial.

A classificação de edema teve, em sua maioria (74,0%), não informado, e isso é preocupante, pois o edema é sinal auxiliar significativo na gestação para indicação de alterações hipertensivas e retenção de líquido (Brasil, 2012). No prontuário devem ser colocadas todas as informações da paciente, visto que é uma forma de comunicação vertical dos profissionais (Tonello; Nunes; Panaro, 2013).

A suplementação durante a gestação é composta pelo Sulfato Ferroso 200mg e Ácido Fólico 5mg, oferecidos durante o pré-natal na atenção básica. Sendo elas essenciais, pois é normal que toda gestante apresente leve anemia, que será corrigida pelo sulfato ferroso. O ácido fólico auxilia na fortificação do endométrio, contribuindo para que não ocorra um aborto (Brasil, 2012). No presente estudo, 90,4% das pacientes tinham tomado a suplementação de forma correta.

Segundo o Ministério da Saúde, as gestantes devem ser imunizadas com vacinas específicas, tais como Difteria e Tétano (em qualquer idade gestacional), Dtpa (a partir da 20ª semana de gestação), Hepatite B (aconselha-se que seja a partir do segundo trimestre de gestação) e Influenza (em qualquer idade gestacional) (BRASIL, 2013). As vacinas devem ser observadas na primeira consulta de pré-natal e, em caso de atraso, a paciente deve ser encaminhada à sala de vacina. No estudo em questão, foram observadas falhas, já que 87,5% das pacientes encontravam-se com a imunização de forma incompleta.

Quanto à alteração encontrada em exames, em mais da metade (59,6%) não foram identificados quaisquer dados que significassem algo de anormal.

Contudo, salienta-se que 32,7%, número significativo, apresentou alterações nos exames. Referente às quantidades de ultrassonografias (USG) realizadas no pré-natal, apenas 51,9% haviam feito no mínimo três USG, o restante se dividiu entre as que não chegaram nem a três exames de imagem (44,2%) e as em que não foi possível identificar nos prontuários (3,8%).

A rede cegonha preconiza no mínimo 7 consultas de pré-natal, já o ministério da Saúde fala que no mínimo devem ser 6, onde 1 deve ser realizada no primeiro trimestre, 2 no segundo trimestre e 3 no terceiro trimestre, porém isso não impede que mais consultas possam ser realizadas, pois quanto maior a assistência, menor a probabilidade de não detecção de agravos na gestação (BRASIL, 2013). Na pesquisa realizada, 68,3% das mulheres haviam realizado de sete a mais consultas de pré-natal, 29,6% haviam realizado entre uma a seis consultas, 2,9% não tinham realizado nenhuma consulta durante toda a gestação e em 1,9% dos prontuários não foi possível identificar essa informação, tornando-se um dado preocupante, já que o ideal é que todas as gestantes realizem no mínimo sete consultas de pré-natal.

É importante ressaltar que não existe alta do pré-natal e que as consultas são fundamentais para uma correta assistência. Em qualquer período gestacional, pode-se haver complicações que necessitem referenciar a paciente ao serviço de pré-natal de alto risco, visando manter a gestação saudável para o binômio mãe e filho (Brasil, 2012).

Durante a gestação, a mulher fica exposta a diversos fatores predisponentes a algum tipo de intercorrência. Algumas doenças ou complicações mais comuns são de origem infecciosa, complicações por diabetes, hipertensivas, hemorrágicas, dentre outras. Assim, observou-se, durante a pesquisa, as principais complicações maternas e os desfechos maternos e neonatais, conforme descrição na tabela 3.

Tabela 3. Principais complicações maternas e desfechos maternos e neonatais. Fortaleza, novembro, 2018.

| Variáveis (n=104) | N | % |
|-----------------------------------|----|------|
| <u>Complicação materna</u> | | |
| Hipertensiva | 16 | 15,4 |

| | | |
|---------------------------------|------------|--------------|
| Hemorrágica | 01 | 1,0 |
| Diabetes | 17 | 16,3 |
| Infeciosa | 11 | 10,6 |
| Outra | 35 | 33,7 |
| Nenhuma | 24 | 23,1 |
| <u>Desfecho materno</u> | | |
| Alta | 104 | 100,0 |
| <u>Desfecho neonatal</u> | | |
| Alta | 75 | 72,2 |
| Outro | 29 | 27,9 |
| TOTAL | 104 | 100,0 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

De acordo com o presente estudo, de 100% das mulheres pesquisadas, 15,4% apresentaram complicações de origem hipertensiva. Frequentemente, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença que mais complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo uma importante causa de morbimortalidade materna e perinatal (Brasil, 2013).

Com o programa da Rede Cegonha, novos exames foram incluídos ao pré-natal. Entre eles está o teste rápido para proteinúria, realizado na unidade de saúde. Essa inclusão facilita o acesso de gestantes com suspeita de hipertensão ao exame, o qual é fundamental para o diagnóstico de hipertensão arterial, possibilitando um acompanhamento mais rigoroso e diminuindo assim os riscos de morbimortalidade (Brasil, 2013).

É importante que essas mulheres saibam da existência e da importância desse exame a ser realizado ainda no período de pré-natal, pois as complicações hipertensivas são fatores extremamente causadores de morbimortalidade tanto materna quanto perinatal.

Dentre as complicações de origem hipertensiva, as mesmas se classificam em: hipertensão crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica (Gonçalves, 2015).

Além dessa complicação, pode ser visto na tabela 3 que apenas 1% das mulheres pesquisadas apresentou complicações hemorrágicas. Essas

complicações hemorrágicas podem estar associadas a placenta prévia (PP), ao descolamento prematuro de placenta (DPP) e a rotura uterina, dentre outras. De Souza (2013) diz que a hemorragia é a maior causa evitável de morte materna no mundo, acometendo de 10% a 15% das gestações, e inclui hemorragia anteparto, durante o parto e hemorragia pós-parto.

A importância de uma assistência completa e segura com os profissionais da equipe multidisciplinar é de grande necessidade para acompanhar todos os sinais predisponentes que essas gestantes possam estar susceptíveis a adquirir, tanto na gestação quanto depois da mesma (Tambasco *et al.*, 2017). Como foi exposto, essas complicações hemorrágicas trazem grandes complicações tanto para a gestante quanto para o feto, sendo a principal e mais grave complicação o óbito. Por isso, a importância de realizar sempre todas as consultas de pré-natal e de puerpério.

Ainda dentro das complicações gestacionais, podemos citar a diabetes mellitus gestacional (DMG), que, nessa pesquisa, 16,3% das mulheres apresentaram esse tipo de complicação.

A DMG é uma doença metabólica e uma das condições também mais frequentes na gestação. É uma doença bastante estudada, mas que seus estudos se modificam a cada ano. Suas complicações e riscos são bem diversos e trazem prejuízos tanto para a mãe como para o concepto (Brasil, 2016).

É considerada uma das alterações mais incidentes em gestações, e sua prevalência varia de 3% a 13% do total de mulheres grávidas, mudando de acordo com a população avaliada e o critério utilizado (SBD, 2017). Por esse motivo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que haja um bom acompanhamento da DMG, incluindo controle metabólico eficiente, dieta, exercícios físicos e medicação, além do pré-natal realizado por uma equipe multiprofissional especializada (WHO, 2013).

Outra importante complicação gestacional trata-se da complicação de origem infecciosa, no qual nesse estudo apresentou um total de 10,6% dos casos. De acordo com Brasil (2012), as infecções podem acometer o feto durante o pré-natal ou mesmo pela via de parto, representadas assim por: rubéola, sífilis, herpes, toxoplasmose, HIV/AIDS e hepatite B. Entretanto, as infecções pelo HIV/AIDS e pela sífilis são as mais prevalentes.

A informação, a educação e o aconselhamento individualizado, tendo em vista um comportamento sexual saudável e responsável, devem ser componentes integrantes dos cuidados básicos de saúde, visto que esses podem assim evitar que esses tipos de complicações aconteçam, não somente para a mulher, mas também para seu companheiro (Costa *et al.*, 2011).

Ainda referente às complicações, observa-se que 36,7% das mulheres apresentaram outro tipo de complicação, tais como, distocia funcional, Oligoidrâmnio, Malformação fetal, Rotura Prematura de Placenta e etc.

Quanto aos desfechos materno e neonatal, os desfechos maternos foram unanimemente 100% de alta após parto, diferindo dos desfechos neonatais, em que na pesquisa mostra que 72,2% dos recém-nascidos tiveram alta após o parto e que 27,9% tiveram outros tipos de desfechos, como, permanência na internação hospitalar, transferência ou óbito.

A importância das consultas de pré-natal é considerada consenso, pois, quando realizadas em quantidade e de forma adequada, podem trazer grandes benefícios tanto para as gestantes quanto para o feto durante todo período gravídico. São nessas consultas que são solicitados e realizados os mais variáveis tipos de exames no intuito de garantir que a gestação seja a mais saudável possível. Na tabela 4, observa-se a associação entre a presença ou não de complicação materna com a quantidade de consultas realizadas durante o pré-natal e o desfecho neonatal.

Tabela 4. Associação entre complicação materna, número de consultas pré-natais realizadas e desfecho neonatal. Fortaleza, novembro, 2018.

| Variáveis | Complicação materna | | | | Valor de p^* |
|---|---------------------|------|-----|------|----------------|
| | Sim | | Não | | |
| | n | % | N | % | |
| <u>Consultas pré-natais realizadas (n=102)</u> | | | | | |
| < 7 | 24 | 74,4 | 07 | 22,6 | 0,388 |
| ≥ 7 | 60 | 84,5 | 11 | 15,5 | |

Desfecho neonatal (n=104)

| | | | | | |
|------|----|------|----|------|--------------|
| Bom | 57 | 76,0 | 18 | 24,0 | 0,004 |
| Ruim | 29 | 24 | 0 | 0 | |

***Teste Qui-quadrado de Pearson.**

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Do total de mulheres pesquisadas, chama a atenção que 74,4% delas realizaram menos que sete consultas de pré-natal e apresentaram complicação materna. No entanto, nas mulheres que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, 84,5% apresentaram algum tipo de complicação materna ($p=0,338$).

Diante disso, pode-se observar que, mesmo as gestantes realizando o mínimo de consultas pré-natais preconizadas pelo Rede Cegonha, não houve relação para que o número de complicações diminuísse. Todavia, observa-se que o acompanhamento pré-natal é fundamental para que a incidência de complicações diminua cada vez mais. Mais informações devem ser repassadas a essas gestantes, mais análises de riscos devem ser realizadas com o intuito de identificar precocemente casos de complicações durante a gestação, evitando assim consequências mais graves, como o óbito materno e neonatal. Foi registrado no ano de 2015, até o mês de junho, a quantidade de 23.457 casos de mortes maternas, sendo 16 por causas obstétricas não especificadas, 131 por causas obstétricas indiretas e 374 por causas obstétricas diretas. Quando se fala em mortalidade infantil por causas evitáveis, reduzíveis por adequada atenção à gestação, parto, feto e recém-nascido o País atinge o número de 7.884 casos (DATASUS, 2015).

O pré-natal bem realizado na atenção básica não apenas reduz complicações, mas também facilita a atuação dos profissionais na sala de parto, sendo possível diminuir as infecções e riscos iminentes do parto. O pré-natal é um acompanhamento totalmente possível de ser realizados por médicos e enfermeiros, com padrão de alta qualidade (Brasil, 2013).

Quanto a associação entre o desfecho neonatal e a complicação materna, ressalta-se que 24% das mulheres que tiveram complicação materna apresentaram desfecho neonatal ruim, dentre eles morbidade e mortalidade, tornando-se um dado ainda significativo.

5 CONCLUSÃO

Observa-se que a maioria das mulheres desse estudo apresentaram algum tipo de complicação, sendo esta uma situação bastante preocupante e desafiadora para os futuros profissionais, que necessitam prestar uma atenção mais integral às gestantes.

As principais complicações maternas encontradas foram as de origem hipertensiva, hemorrágica, diabética e infecciosa. Além disso, verificou-se associação significativa entre presença de complicação materna e desfecho neonatal ruim.

Espera-se que esse trabalho seja útil para que profissionais de saúde conheçam as principais complicações que acometem as mulheres no ciclo gravídico-puerperal e reflitam sobre a importância da realização de um acompanhamento rigoroso durante todo esse ciclo, visando promover a saúde da mãe e do recém-nascido e minimizar consequências graves.

REFERÊNCIAS

- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Programa de Incentivo ao Parto Normal**. 2015.
- BEZERRA, I. N. et al. Food consumed outside the home in Brazil according to places of purchase. **Revista de Saúde Pública**. v. 51, p 1-8, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **ANS e Ministério da Saúde selecionam 28 hospitais para projeto de incentivo ao parto normal**, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. 2014. Disponível em: <http://www.redehumanizadas.net/sites/default/files/caderno_humanizadas_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 11 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. **Portaria nº 1459**. 2011.

CNS. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Resolução CNS nº 466/12. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília (DF), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** 1. Ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p.

BRASIL. **Portaria Nº 1.459/GM, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –, a Rede Cegonha. Brasília, DF. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 03 mar. 2018.

CEARÁ (Estado). Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.** p. 1-6, 2017.

COSTA, L. H. R. et. al. Nursing and sexuality: integrative review of papers publishes by the Latin-American Journal off Nursing and Brazilian Journal of Nursing. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 19, n.3, p 631-639, jun. 2011.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Cadernos de Informação de Saúde**, 2015.

DE SOUZA, M. L. et al. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2013.

EBC. Agência Brasil EBC. **Brasil tem mais de 20 milhões de mães solteiras, aponta pesquisa.** 2015.

- FELICIANO, N. B.; PRADEBON, V. M.; LIMA, S. S. Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco na Estratégia Saúde da Família. **Aquichán**, v. 13, n. 2, p.261-269, 2013.
- GONÇALVES, D.J. et al. Mortalidade materna. **Rev. Med Minas Gerais**, v.25, n.2, p.173- 179, 2015.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico: Nupcialidade, Fecundidade e Migração**. 2010.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. 2014.
- MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MARTINS, M. H. P. A.; GHERSEL, E. L. A.; GHERSEL, H. Identificação dos principais problemas em gestação de risco para nortear ações preventivas. **Ciência & Saúde**, v. 10, n. 1, p.18-22, 2017.
- MARTINS-COSTA, S. H. *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- MICHILIN, N. S. *et al.* Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 669- 675, 2016.
- MONTEIRO, M. M. *et al.* Emergências obstétricas: características de casos atendidos por serviço móvel de urgência. **Revista interdisciplinar**, v. 9, n. 2, p. 136-144, 2016.
- NOGUEIRA, L. D. P; OLIVEIRA, G.S. Assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n. 1, p. 107-119, 2017.
- OLIVEIRA, E. M; CALENTO, D.D. A temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. **Revista de Saúde**, v. 7, n.1, p. 33-38, 2016.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.
- SANTOS, I. E. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2009, 388 p.
- SÁ-SILVA, J. R.; DE ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, 2009.

SBD. **Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Organização: José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

TAMBASCO, L. P. et al. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**. v. 41, n. 2, p. 140-151, 2017.

TONELLO, I. M. S.; NUNES, R. M. S.; PANARO, A. P. Prontuário a Questão do Sigilo e a Lei de Acesso à Informação. **Revista Uel**, v.2, n. 18, p. 193-2010, 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycemia First Detected in Pregnancy**. Switzerland, 2013.