

PERFIL DAS USUÁRIAS DE UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA¹ *PROFILE OF USERS OF A REFERENCE MATERNITY*

Roselaine dos Santos Félix² e Nadiesca Taisa Filippin³

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo conhecer o perfil das usuárias de uma maternidade de referência macrorregional do sul do Brasil. O estudo descritivo-exploratório e quantitativo foi desenvolvido no período de maio a junho de 2016, através de um questionário, obtendo uma amostra de 352 usuárias desta maternidade. Os resultados identificaram predomínio da etnia branca (70%), baixa escolaridade (32%), ocupação do lar (43%), idade maior de 35 anos (29%), renda familiar de um salário mínimo (39%), pré-natal com mais de 7 consultas (57%), primiparidade (28%), parto cesáreo (51,4%), pertencerem a coordenadoria de saúde de referência (97%), encaminhadas da atenção básica (58%), prevalência de doenças hipertensivas (45%) e infecções (12,5%), com aumento das comorbidades, o motivo da internação foi para o parto (38%), com a continuidade de cuidados com a mãe (19%) e recém-nascido (8,2%). Conclui-se que o conhecimento das características das usuárias atendidas na maternidade identifica, de forma direta, as vulnerabilidades individuais e as relacionadas à organização da rede de atenção, colaborando no delineamento de estratégias específicas para melhorar a qualidade da assistência materno-infantil e os indicadores de morbimortalidade.

Palavras-chave: gestantes, perfil de saúde, período pós-parto, enfermagem materno-infantil.

ABSTRACT

This study had the objective to know the profile of users of a macro-regional reference maternity from the south of Brazil. The descriptive-exploratory and quantitative study was developed during the period between May and June of 2016, making use of a questionnaire, this way, obtaining a sample of 352 users of this maternity. It was perceived a predominance in the results of white ethnicity (70%), low schooling (32%), household occupation (43%), aging greater than 35 years (29%), family income of only a minimum wage (39%). Prenatal care with more than 7 visits (57%), primiparity (28%), cesarean childbirth (51.4%), belonging to a reference Health coordination (97%), being referred from primary care (58%), prevalence of Hypertensive diseases (45%) and infections (12.5%), with increased comorbidities, having childbirth as the reason for hospitalization (38%), continuity of care with the mother (19%) and also the newborn (8.2%). The study concluded that the knowledge of the characteristics from users attended to in the maternity unit directly identify the vulnerabilities, both individual and those related to the organization of the care network, making a collaboration in delineating specific strategies to improve the quality of maternal and child care and as well as the indicators of morbidity and mortality.

Keywords: pregnant women, health profile, postpartum period, maternal-child nursing.

¹ Pesquisa descritiva-exploratória.

² Aluna do Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil - Centro Universitário Franciscano. E-mail: rsstfx@yahoo.com.br

³ Orientadora. Docente do curso de Fisioterapia e do Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil - Centro Universitário Franciscano. E-mail: nadifilippin@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O modelo assistencial brasileiro para o nascimento recebeu muitas contribuições nas últimas décadas, mas ainda possui componentes pouco satisfatórios como o acesso, a regulação de leitos, a continuidade dos cuidados e a cobertura de alguns programas como agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012; SCHIMITH, 2017). Além disso, este modelo caracteriza-se principalmente pela hospitalização, com mais de 98% dos partos em estabelecimentos de saúde e intervencionismo com altas taxas de parto cesáreo, tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) (55,6%), como na saúde suplementar (85,5%), com o Brasil ocupando o segundo lugar mundial (BRASIL, 2014; OMS, 2015).

Para melhorar a assistência materno-infantil, uma das iniciativas pactuadas por diversos países foram os objetivos do milênio, entre eles, a redução da morbimortalidade materna, a qual permanece elevada no Brasil e em outras regiões do planeta (ONU, 2015). Dentre algumas estratégias foi definido um número mínimo de consultas pré-natais, a identificação precoce de intercorrências, a referência a outro nível de atenção quando necessário, a atuação eficiente dos profissionais nos eventos inesperados, a segurança dos cuidados, entre outros, considerando que todo o processo vivenciado pela mulher e sua família é único, envolve múltiplos aspectos, demanda recursos e melhoria na qualidade assistencial (BRASIL, 2014).

A gravidez deve ser considerada um fenômeno fisiológico, mas alguns fatores podem modificar essa situação, como características individuais e sociodemográficas relacionadas a idade menor de 15 anos ou maior de 35, baixa estatura, excesso de peso ou carência do mesmo, conflitos familiares, baixa escolaridade, dependência de drogas lícitas e ilícitas, riscos ocupacionais, anormalidades dos órgãos reprodutivos, história obstétrica anterior, a exemplo: abortos, parto pré-termo, morte perinatal, síndromes hemorrágicas e hipertensivas, diabetes gestacional, cesáreas prévias e condições clínicas pré-existentes como hipertensão arterial, cardiopatias, endocrinopatias, doenças infecciosas, neoplasias, bem como fatores identificados no transcurso da gestação (BRASIL, 2012).

Ações governamentais têm sido tomadas para a normatização, reconhecimento e promoção da assistência materna, subsidiando instituições e profissionais, contribuindo com a especificidade do momento gravídico-puerperal, o qual pode modificar-se repentinamente, havendo necessidade de serem conhecidas as características sociodemográficas e clínico-obstétricas das usuárias (BRASIL, 2012; OMS, 2016). Este perfil colabora para um diagnóstico situacional, planejamento e implementação de ações na atenção materno-infantil em nível local e regional, conforme recomendações do Ministério da Saúde (MS) e de organizações estrangeiras como a Organização Mundial da Saúde (OMS) (SANTOS et al., 2015).

Considerando as observações anteriores, justifica-se o presente estudo pela importância da assistência materno-infantil. Com o número crescente de atendimentos a esta clientela, torna-se significativo o conhecimento das características desta população e de seus fatores de risco, com vistas a

contribuir na redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade da atenção materna. Assim, este estudo teve por objetivo conhecer o perfil sociodemográfico e clínico-obstétrico das usuárias de uma maternidade de referência macrorregional do sul do Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se por ser descritivo-exploratório, transversal, de natureza quantitativa, realizado na Maternidade do Hospital Universitário de Santa Maria, com abrangência macrorregional, localizado no Rio Grande do Sul, Brasil. O referido hospital dispõe de 403 leitos de internação, sendo que 31 pertencem à unidade para o atendimento a gestantes e puérperas, registrando em torno de duas mil internações ao ano, mediante atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e da 10ª CRS.

O estudo seguiu as exigências das pesquisas que envolvem seres humanos, sendo autorizado pela Gerência de Ensino e Pesquisa da organização hospitalar e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano, com número do parecer 1.506.961 e CAAE: 55094616.6.0000.5306.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e junho de 2016, com uma população de 492 usuárias, das quais 352 compuseram a amostra final. Os critérios de inclusão foram: gestantes e puérperas internadas maiores de 18 anos, com condições físicas, psicológicas e intelectuais para responderem o questionário e mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias.

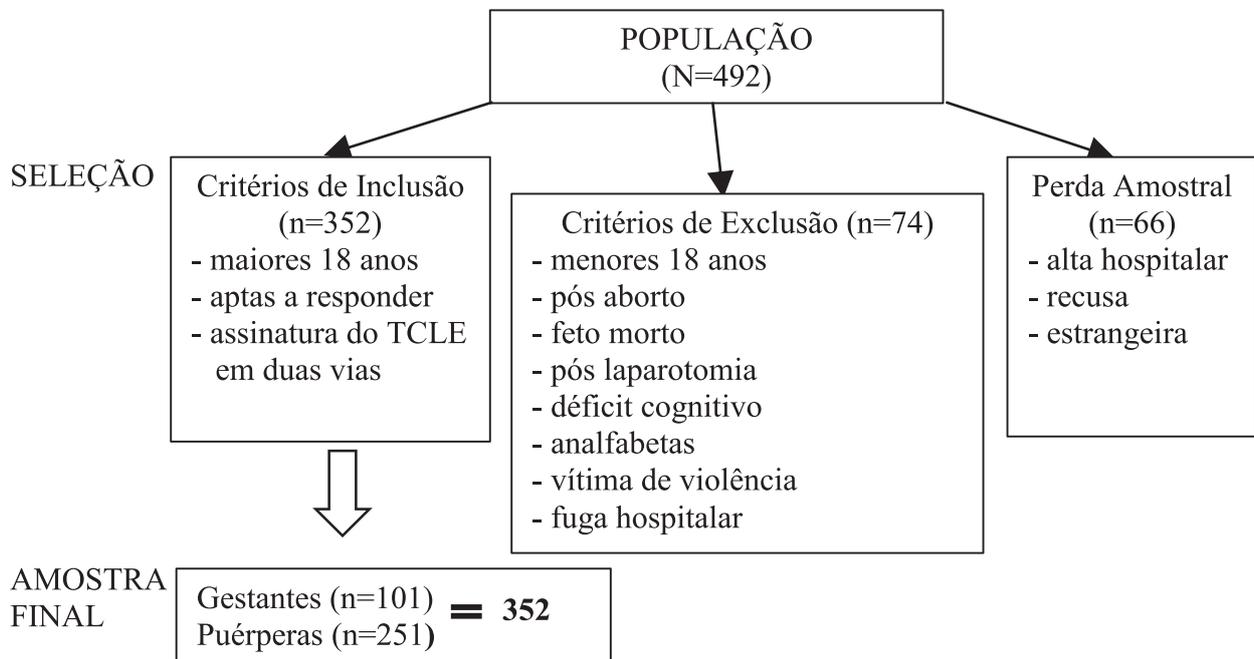
A perda amostral foi de 66 (13,4%) pacientes, majoritariamente pela alta hospitalar (92,5%), seguido da recusa em participar (6%) e por ser estrangeira (1,5%). As 74 restantes (15%) preencheram os seguintes critérios de exclusão: menores de idade (73%), pós aborto (9,5%), feto morto (7%), pós laparotomia por gravidez ectópica (3%), com déficit cognitivo (3%), analfabetas (1,5%), vítimas de violência (1,5%) e fuga hospitalar (1,5%). A figura 1 demonstra a trajetória percorrida até a mostra final.

O instrumento utilizado foi um questionário autoaplicável, validado previamente, constituído de questões predominantemente fechadas, com domínios sociodemográficos e clínicos-obstétricos (FÉLIX et al., 2016). As pacientes foram convidadas a participar da pesquisa e com a resposta afirmativa, a pesquisadora esclareceu os objetivos, benefícios e possíveis riscos constantes no TCLE, o qual foi assinado. Para facilitar o preenchimento do questionário, este foi orientado na entrega e fornecido com uma prancheta e caneta. Transcorrido algum tempo, os materiais foram recolhidos e averiguou-se se os mesmos contemplavam mais da metade das questões respondidas ou contabilizavam perda amostral.

Posteriormente, os dados foram codificados e digitados em uma planilha do programa *Excel® for Windows®*, com posterior exportação para o programa da *International Business Machines (IBM) Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0. A análise estatística foi realizada

através de frequências absolutas e relativas. As questões abertas foram sistematizadas conforme a semântica, categorizadas e codificadas para a análise.

Figura 1 - Diagrama da seleção da amostra segundo critérios de inclusão e exclusão, perda amostral e inclusão final. Santa Maria, RS, Brasil, 2016 (n=352).



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A amostra foi composta por 352 pacientes, das quais 101 (28,7%) foram gestantes e 251 (71,3%) puérperas. Na tabela 1, alguns dados do perfil sociodemográfico das pacientes estão demonstrados.

O presente estudo encontrou uma proporção expressiva das usuárias autodenominadas brancas, de religião católica, com 38 anos ou mais, beneficiárias de programas sociais do governo, com baixa escolaridade, ocupação do lar, sem remuneração própria, renda familiar de até um salário mínimo, as quais possuíam companheiro e pertenciam à área de referência da instituição de saúde.

Nesse contexto, um estudo com 6 mil mulheres na Holanda demonstrou diferenças significativas entre o nível educacional baixo, médio e alto e grupos étnicos, refletindo em problemas como a não realização do pré-natal e o uso de substâncias lícitas, sendo necessárias estratégias específicas aos grupos sociodemográficos de maior risco (BARON et al., 2015).

Estudo de Galle et al. (2015), realizado na Bélgica, encontrou o nível de educação superior das mulheres grávidas em 69%, médio com cerca de 20% e o fundamental com 11%, em torno de 10% tinham um rendimento inferior a 800 euros, um quarto relatou dificuldades financeiras, mais de

15% não planejou a gestação, constatando a ligação entre algumas características sociodemográficas com baixas expectativas sobre os cuidados pré-natais.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das usuárias de uma maternidade do sul do Brasil, quanto à idade, etnia, estado civil, escolaridade, situação financeira e renda familiar. Santa Maria, RS, 2016. (n=352)

	Variáveis	n	%
Idade	18 - 27 anos	158	44,9
	28 - 37 anos	142	40,4
	38 - 47 anos	40	11,3
	Não informado	12	3,4
Etnia	Branca	247	70,2
	Preta	49	13,9
	Amarela	1	0,3
	Parda	51	14,5
	Não informado	4	1,1
Estado civil	Solteira	90	25,6
	Casada	92	26,1
	Separada	5	1,4
	Divorciada	4	1,1
	Viúva	1	0,3
	União estável	65	18,5
	Com companheiro	94	26,7
	Não informado	1	0,3
Escolaridade	1º grau incompleto	112	31,8
	1º grau completo	43	12,2
	2º grau incompleto	49	13,9
	2º grau completo	104	29,5
	Superior incompleto	30	8,5
	Superior completo	9	2,6
	Especialização	1	0,3
	Não informado	4	1,2
Situação financeira	Sem remuneração	118	33,5
	Remunerada	108	30,7
	Bolsas do governo	49	13,9
	Não informado	77	21,9
Renda familiar*	Menos de 1 salário	53	15,1
	Um salário mínimo	136	38,6
	2 salários mínimos	71	20,2
	3 salários mínimos	24	6,8
	4 salários mínimos	6	1,7
	Mais de 5 salários	4	1,1
	Não informado	58	16,5

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

* Valor do salário mínimo nacional em 01/05/2016: R\$ 880,00.

O MS e os estudos nacionais indicam que a idade materna avançada, a baixa renda e escolaridade são fatores de risco pré-gestacional, devido a comorbidades de doenças crônicas como

hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), pré-eclâmpsia (PE), necessitando a identificação precoce e a implementação de ações oportunas para melhorar a assistência à saúde, contribuindo na redução dos índices elevados de morbimortalidade materna, além das repercussões perinatais menos favoráveis (BRASIL, 2012; SANTOS et al., 2015; CARDOSO et al., 2016).

Nesta pesquisa, em relação à ocupação, o grupo mais representativo foi a designação do lar, com 150 pacientes (42,6%), seguido de agricultora, com 20 (5,7%), empregada doméstica com 17 (4,8%), estudante, 9 (2,6%) e não informado, 54 (15,3%). Mais de 76% das pacientes utilizam exclusivamente o SUS, embora 20% possuam convênio de saúde. A religião católica correspondeu a 185 (53%), seguida da evangélica com 101 (29%) e outras, com 35 (10%).

A área de abrangência dos municípios onde residem as usuárias da maternidade no período avaliado foi predominantemente a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), perfazendo um total de 344 (97,7%) da amostra, sendo que 310 (88%) são provenientes da Verdes Campos e 34 (9,7%) da Entre Rios. As 8 (2,3%) restantes representaram: uma, a 3ª CRS de Pelotas (0,3%); uma, a 13ª CRS de Santa Cruz do Sul (0,3%); duas, a 9ª CRS de Cruz Alta (0,6%) e quatro, a 10ª CRS de Alegrete (1,1%) (SES, 2012).

O perfil encontrado constituiu uma fonte de informação aos gestores e prestadores de serviço, ao desenvolvimento de estratégias mais abrangentes e inclusivas, à oferta de assistência à saúde qualificada e equitativa, organizando redes de atenção baseadas nas necessidades regionais, bem como, identificando lacunas a serem corrigidas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-OBSTÉTRICAS

A respeito da realização do pré-natal, cerca de 95,2% afirmaram ter realizado o mesmo, sendo que 248 (70,5%) pacientes iniciaram no primeiro trimestre da gestação, 66 (18,8%) no segundo, 23 (6,5%), no terceiro e 15 (4,3%) não informaram. A maioria (59%) realizou mais de sete consultas, cerca de 35% menos de seis consultas e 78% informaram realizar todos os exames solicitados. Recentes recomendações da OMS ampliam para oito o número mínimo de consultas no pré-natal com os profissionais da saúde, com a obtenção de informações sobre o uso de substâncias e o diagnóstico precoce de infecções, entre outras, oportunizando a detecção inicial de alterações e o manejo oportuno com resultados mais favoráveis, como a redução da mortalidade (OMS, 2016). A revisão de Dowswell et al. (2015) corrobora com esta orientação, sugerindo que o número reduzido de consultas pré-natal está associado ao aumento de 14% da mortalidade perinatal, principalmente em países de baixa e média renda.

Aproximadamente 56% das gestantes não receberam visita do agente comunitário de saúde (ACS). Segundo o DATASUS, o município de Santa Maria possui cinco equipes de ACS, dezesseis Estratégias Saúde da Família (ESF), perfazendo menos de 40% de cobertura da população (BRASIL, 2017). Estudo de Schimith et al. (2017) buscou compreender a política de implantação da ESF neste

município, identificando que as escolhas da gestão priorizaram o atendimento de urgência-emergência, a modalidade de contratação temporária, dificultando o vínculo da população, influenciando na fragmentação do sistema e na inobservância dos princípios do SUS (SCHIMITH et al., 2017).

Sobre as vacinas, 83% as realizaram, das quais a mais frequente foi para imunizar contra a gripe, em 62 (18%) usuárias, cerca de 39 (11,1%) recebeu a da gripe e toxóide tetânico, em torno de 38 (11%) fez concomitantemente a da gripe, toxóide tetânico e hepatite B, porém 162 (46%) não informaram. Sobre as imunizações foi encontrada uma proporção significativa de vacinas realizadas, mas estes índices devem ser aumentados, indo ao encontro do programa nacional de imunização e orientações da OMS, o qual enfatiza a importância da vacinação para todas as grávidas (OMS, 2016).

Algumas outras características das usuárias da maternidade podem ser identificadas na tabela 2, colaborando na discussão de diversos aspectos.

Tabela 2 - Dados obstétricos das usuárias de uma maternidade, com referência ao número de gestações e abortos, tipo de parto e local inicial do pré-natal. Santa Maria, RS, 2016. (n=352)

Variáveis	Descrição	n	%
Nº Gestações	1	99	28
	2	88	25
	3	75	21,3
	4	45	12,8
	5	20	5,7
	6	14	4
	7	3	0,9
	8	2	0,6
	10	1	0,3
	11	1	0,3
	NR	4	1,1
Nº Abortos	1	53	15
	2	8	2,3
	3	4	1,1
	4	1	0,3
	NR	286	81,3
Tipos de Parto	Vaginal sem episiotomia	42	11,9
	Vaginal com episiotomia	41	11,6
	Vaginal com laceração	9	2,6
	Vaginal com fórceps	2	0,6
	Parto cesáreo	181	51,4
	NR	77	21,9
Atendimento inicial do pré-natal	UBS	206	58,5
	ESF	12	3,4
	Ambulatório alto risco	93	26,4
	Outra opção*	16	4,5
	NR	25	7,1

Fonte: dados da pesquisa, 2016. Legenda: Nº: número, NR: não respondeu, UBS: unidade básica de saúde, ESF: estratégia saúde da família. * Outra opção: convênios e particular.

As primigestas representaram 28% da amostra, seguidas das secundigestas com 25%, terci-gestas com 21,3%, o maior número de gestações informado foi de onze (0,3%) e, quase um quinto das mulheres já tiveram abortos, resultados próximos aos encontrados por Cardoso et al. (2016). O tipo de parto prevalente no período correspondeu ao cesáreo, 181 (51,4%); seguido do vaginal em 94 (26,6%). Em relação ao parto cesáreo, o MS já identificou e definiu algumas estratégias para contenção dos altos índices na rede pública e de saúde suplementar, como a Rede Cegonha, o monitoramento de indicadores mensais, a Portaria 1020 que, no seu artigo 10º, inciso IX, coloca que as instituições hospitalares devem apresentar planos de adequação aos índices de cesárea, além da Resolução 368, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, para estimular o parto normal e reduzir os cirúrgicos desnecessários (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Em relação ao atendimento inicial do pré-natal, os dados indicam que a maioria das pacientes foi encaminhada através da atenção básica, porém estes índices deveriam ser maiores, colaborando na regulação da rede, no vínculo, nas consultas preconizadas com o conhecimento da história obstétrica anterior como um dos fatores de risco gestacionais a serem considerados no acompanhamento do pré-natal de baixo risco, conforme o MS (BRASIL, 2012). A segunda frequência encontrada está relacionada ao atendimento inicial através do pré-natal de alto risco, sugerindo análises entre os níveis de complexidade para identificar as causas. Os resultados encontrados no estudo de Schimith et al. (2017), demonstraram fragilidades na efetivação da ESF no município de Santa Maria, postergando a organização do acesso, resolutividade e acolhimento dos usuários através desta política prevista no SUS (SCHIMITH et al., 2017).

Colaborando com as informações anteriores, no Canadá foi realizada uma pesquisa envolvendo gestores da atenção pré-natal, sendo que os mesmos sugeriram estratégias que tornassem mais acessíveis os serviços à população, com destaque ao aumento quantitativo de estabelecimentos de saúde, garantindo maior proximidade da comunidade, disponibilidade de horários flexíveis e agendamentos, auxílio financeiro no transporte, motivando a participação no pré-natal, estimulando os profissionais a prestarem atenção ao cliente, fornecendo serviços de tratamento do abuso de substâncias, entre outros, para reduzir as disparidades existentes (HEAMAN et al., 2015).

FATORES DE RISCO GESTACIONAL ANTERIOR E ATUAL

Após a análise dos dados foi possível organizar essa categoria e a tabela 3, com outros fatores encontrados no presente estudo, essencialmente categorizados como clínico-obstétricos, relacionados à história anterior e atual.

Tabela 3 - Fatores de risco gestacional anterior e atual, Santa Maria, RS, 2016. (n=352)

Categorias		Fatores de risco	n	%	
Gestação anterior:		NR	83	23,6	
Sociodemográficas		-	-	-	
Clínico-obstétricos	D. Hipertensivas	PE	187	53,1	
		HAS	17	4,8	
		Eclâmpsia	1	0,3	
	Endocrinopatias	Diabetes	3	0,9	
	D. Infeciosas	Infecções	7	2,0	
	A. Obstétricas	Comorbidades	NP	15	4,3
			TPPT	4	1,1
			Gemelaridade	3	0,9
			Malformação fetal	5	1,4
			HAS+PE sobreposta	13	3,7
			HAS e infecções	4	1,1
			D. hipertensiva+DM	5	1,4
			PE+NP	3	0,9
			DM+infecções	1	0,3
			PE+Infecções+NP	1	0,3
	Gestação atual:		NR	2	0,6
Sociodemográficas		Drogas	3	0,9	
		Mais 35 anos	103	29,3	
Clínico-obstétricos	D.Hipertensivas	PE	127	36,1	
		HAS	30	8,5	
		Eclâmpsia	2	0,6	
	D.Infeciosas	Infecções	44	12,5	
	Endocrinopatias	Diabetes	25	7,1	
		A. Tireóide	3	0,9	
	A.Obstétricas	Comorbidades	TPPT	17	4,8
			NP	15	4,3
			Gemelaridade	12	3,4
			Malformação fetal	2	0,6
			Isoimunização	2	0,6
			CIUR, oligodrâmnio	2	0,6
			Prolactina elevada	1	0,3
			D. hipertensiva+DM	29	8,2
			HAS+PE sobreposta	14	4,0
			HAS+infecções	6	1,7
			Câncer	3	0,9
			DM+infecções	2	0,6
			Asma	2	0,6
			Plaquetopenia/anemia	2	0,6
Cardiopatia materna			2	0,6	
HAS+TPPT	1	0,3			
PE+NP	1	0,3			
Depressão	1	0,3			
Ataxia espinocerebelar	1	0,3			
Aplasia de medula	1	0,3			

Fonte: dados da pesquisa, 2016. Legenda: A: alteração, CIUR: crescimento intrauterino restrito, D: doença, DM: diabetes mellitus, HAS: hipertensão arterial sistêmica, NP: nascimento pré-termo, NR: não responderam, PE: pré-eclâmpsia, TPPT: trabalho de parto pré-termo.

As doenças hipertensivas evidenciaram-se na gestação anterior (58,2%) e na atual (45%), com destaque para a PE (36,1%), seguido das doenças infecciosas (12,5%), comorbidades de doenças hipertensivas e DM (8,2%), DM (7,1%), trabalho de parto pré-termo (TPPT) (4,8%) e nascimento prematuro (4,3%). O uso prévio de medicações ocorreu em 135 (38,4%) usuárias, além da identificação do uso de substâncias ilícitas por três pacientes (0,9%). Estudo desenvolvido na Bélgica com 139 mulheres grávidas encontrou que um terço fazia uso de substâncias durante a gravidez, como álcool (20,8%), fumo (13%), medicamentos (1,4%) e drogas ilícitas (1,4%), como cocaína, anfetaminas e *ecstasy* (GALLE et al., 2015). Dados provenientes de pesquisa realizada no Nordeste, com 94 gestantes, encontrou 89% de uso do tabaco e 11% do álcool durante o pré-natal (CARDOSO et al., 2016). O uso destas substâncias predispõe a gravidez de risco e necessita do atendimento de uma equipe multiprofissional, do acionamento da rede de atenção, centro de referência de assistência social, conselho tutelar e Juizado da Infância e Juventude, com vistas a reduzir a morbimortalidade materno-infantil.

Colaborando com os dados anteriores, o estudo de Nardello et al. (2017) relacionou o *near miss* materno (mulheres que sobreviveram a complicações da gravidez/parto/puerpério) com o óbito fetal e neonatal precoce e encontrou que as desordens hipertensivas (HAS, PE grave e eclâmpsia) representaram mais de 58% do desfecho fetal neonatal adverso, seguido das doenças pré-existentes com 37,5% e hemorrágicas com 29% (NARDELLO et al., 2017).

Os motivos da internação foram principalmente para o parto, em 38% dos casos; o parto com continuidade de controles, como da pressão arterial, glicemia e uso de antibióticos em 19%; os cuidados com o recém-nascido (RN) corresponderam a pouco mais de 8%, como antibioticoterapia e exames complementares, as infecções representaram quase 6% e as comorbidades de doenças hipertensivas e DM correspondem a cerca de 5%. Em relação aos dias de internação, as maiores frequências encontradas foram de dois dias em 98 (27,8%) das internações, três dias em 77 (21,9%) e quatro dias, em 40 (11,4%), com uma média de 4,87 dias. Porém, o estudo identificou uma internação com 58 dias (0,3%), pela necessidade de uma assistência mais complexa, devido ao diagnóstico de aplasia de medula.

Considerando os resultados apresentados, a assistência desenvolvida na maternidade caracterizou-se por cuidados diversificados, devido às comorbidades pré-existentes identificadas no pré-natal e na investigação durante a internação, repercutindo no aumento dos dias de permanência no hospital, realização de diversos procedimentos envolvendo mais recursos humanos e financeiros. Neste sentido, o conhecimento sociodemográfico e clínico-obstétrico das usuárias antevêm fatores de risco à saúde materno-infantil (REIS, 2014), possibilitando aos profissionais de saúde o acompanhamento das doenças crônicas, o rastreamento de doenças infectocontagiosas, a atuação oportuna visando reduzir as complicações, a morbimortalidade, promovendo a qualidade de vida, subsidiando reflexões do contínuo da assistência a essa população, para a implementação de mudanças específicas.

Dentre algumas modificações, devem ser contempladas melhorias no acesso aos serviços, flexibilização dos horários de atendimento, busca ativa, ampliação e/ou otimização dos serviços, garantia para a realização dos exames e tratamentos recomendados, fortalecimento da rede, capacitação e comprometimento dos profissionais, utilização de meios de comunicação para a sensibilização da importância do pré-natal e continuidade da assistência, oportunizando experiências positivas às mulheres e às famílias (HEAMAN et al., 2015; OMS, 2016).

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou concluir que houve predomínio de mulheres brancas, primíparas, com pouca escolaridade, condições financeiras desfavoráveis e ocupação do lar. A maioria das usuárias foi proveniente da região de saúde de referência à maternidade, com acesso através da atenção básica e não recebiam visita dos ACS. Predominou o início do pré-natal no primeiro trimestre, com mais de sete consultas e o parto cesáreo. Identificou-se a PE e as infecções maternas como as intercorrências mais prevalentes, aparecendo o uso de substâncias ilícitas, necessitando-se, para isso, estratégias diferenciadas e uma rede maior de colaboradores.

As características das usuárias atendidas na maternidade fornecem subsídios das suas vulnerabilidades, colaborando na identificação precoce das intercorrências, manejo oportuno e planejamento de estratégias específicas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, com repercussão positiva na assistência materno-infantil e nos indicadores de morbimortalidade.

Conclui-se que a caracterização sociodemográfica e clínico-obstétrica torna-se uma ferramenta útil para profissionais e gestores, no desenvolvimento de planos de ações, qualificando a assistência em todos os níveis, evoluindo na regulação do acesso, valorizando a atenção básica, fortalecendo a rede pela complexidade dos fatores de risco e comorbidades identificadas, necessitando equipes multiprofissionais capacitadas para a atuação em uma diversidade de situações.

As limitações do estudo foram a exclusão das usuárias adolescentes e a não utilização dos prontuários. Sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos, ampliando a amostra e comparando dados de outras instituições de atendimento pelo SUS.

REFERÊNCIAS

BARON, R. et al. Socio-demographic inequalities across a range of health status indicators and health behaviours among pregnant women in prenatal primary care: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 15, n. 261, p. 1-11, 2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020 de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 de maio de 2013, nº 103, seção 1, 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de Atenção Materna e Neonatal**: segurança e qualidade. Brasília: ANVISA, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. Resolução Normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 de janeiro de 2015, nº 04, seção 1, 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Informações de Saúde**. 2017. Disponível em: <<http://bit.ly/2A2kqQI>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

CARDOSO, M. D. et al. Perceptions of pregnant women about the organization of the service/assistance in prenatal low risk in Recife. **J. res.: fundam. care. online**, v. 8, n. 4, p. 5017-5024, 2016.

DOWSWELL, T. et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 934, p. 1-80, 2015.

FÉLIX, R. S. et al. Validação de conteúdo de instrumento de coleta de dados sobre segurança do paciente. In: XX SIMPÓSIO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 5-7 out. 2016, Santa Maria, Brasil. **Anais...** Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2016.

GALLE, A. et al. Expectations and satisfaction with antenatal care among pregnant women with a focus on vulnerable groups: a descriptive study in Ghent. **BMC Women's Health**, v. 15, n. 112, p. 1-12, 2015.

HEAMAN, M. I. et al. Barriers and facilitators related to use of prenatal care by inner-city women: perceptions of health care providers. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 15, n. 2, p. 1-13, 2015.

NARDELLO, D. M. et al. Óbitos fetais e neonatais de filhos de pacientes classificadas com near miss. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 1, p. 104-111, 2017.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015. 8 p.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2016. 10 p.

ONU - ORGANIZATION UNITED NATIONS. **The Millennium Development Goals Report 2015**. United Nations New York: United Nations, 2015. 73 p.

REIS, L. G. C. Maternidade segura. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: EaD/ENSP, 2014. 452 p.

SANTOS, J. O. et al. Perfil obstétrico e neonatal de puérperas atendidas em maternidades de São Paulo. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 1, p. 1936-1945, 2015.

SCHIMITH, M. D. et al. Precarização e fragmentação do trabalho na estratégia saúde da família: impactos em Santa Maria (RS). **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 163-182, 2017.

SES - SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE (Rio Grande do Sul). Comissão Intergestora Bipartite. **Resolução nº 555/2012 - CIB/RS**. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais - CIR. /RS. Porto Alegre: Comissão Intergestora Bipartite, 2012. 4 p.

