





## Perfil Sócio-Demográfico, Clínico e Obstétrico das Puérperas de uma Atenção Peri-Hospitalar

### Socio-Demographic, Clinical and Obstetric Profile of Postpartum Women in Peri-Hospital Care

Isabela Soter Corrêa<sup>1</sup> ; Lidiane Ferreira Schultz<sup>2</sup> ; Suelen Alves Farias<sup>3</sup> ;  
Zaira Aparecida da Rosa Alchieri<sup>4</sup> 

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Materno Infantil pela Maternidade Darcy Vargas. Joinville, SC, Brasil.

<sup>2</sup> Doutoranda em Saúde e Meio Ambiente pela UNIVILLE. Mestre em Enfermagem pela UNG. Especialista em Terapia Familiar e de Casal pela UNIFESP. Assistência de Enfermagem à Criança e ao Adolescente Hospitalizado pelo ICR-HC/SP. Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem pela UNIFESP. Graduada pela Universidade Estadual de Minas Gerais, Joinville - SC, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Pós-Graduada em Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica, Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Neurologia do Hospital Municipal São José, Joinville - SC, Brasil.

<sup>4</sup> Assistente Social. Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina. Preceptora em Residência Uniprofissional e Multiprofissional em Saúde - HCOR- PROADI-SUS, Joinville - SC, Brasil.

\*Autor correspondente: [suelen.al.farias@gmail.com](mailto:suelen.al.farias@gmail.com)

Recebido: 10/05/2024 | Aprovado: 30/06/2024 | Publicado: 10/08/2024

#### Resumo

**Introdução:** Rede de cuidados que visa assegurar à mulher uma atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro. **Objetivo:** caracterizar o perfil sócio demográfico, clínico e obstétrico das puérperas de uma unidade peri-hospitalar e identificar as características clínicas de seus recém-nascidos, internados na UTI Neonatal. **Métodos:** pesquisa descritiva, transversal, retrospectiva e de abordagem quantitativa realizada em 2021. Participaram 180 puérperas que estiveram alojadas na Casa da Gestante, Bebê Puérpera entre fevereiro a agosto de 2021 e os seus recém-nascidos. **Resultados:** prevaleceu mulheres na faixa etária de 18 a 34 anos, multigestas, com ausência de doenças pregressas (63,3%), 1 a 2 doenças gestacionais (64,4%), número de consultas de pré-natal  $\geq 6$  (63,9%), sendo de alto risco gestacional (58,3%) e cesariana como via de parto (55,5%). Quanto aos recém-nascidos, identificou-se: recém-nascidos a termo (38,1%), média de 15,2 dias de internação, com prevalência nos diagnósticos relacionados à disfunção respiratória, icterícia neonatal, com necessidade de fototerapia, prematuridade e infecção precoce presumida, alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo (72,5%). **Conclusões:** a caracterização das puérperas da Casa da Gestante, Bebê Puérpera e seus recém-nascidos pode trazer a garantia do acesso aos serviços de saúde de maneira integral e eficaz, assegurando uma atenção humanizada durante a gravidez, ao parto e ao puerpério.

**Palavras-chave:** Centros de Saúde Materno-Infantil. Vulnerabilidade Social. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

#### Abstract

**Introduction:** Care network that aims to ensure women receive humanized care during pregnancy, childbirth and the postpartum period, as well as the child's right to a safe birth. **Objective:** to characterize the socio-demographic, clinical and obstetric profile of postpartum women in a peri-hospital unit and to identify the clinical characteristics of their newborns admitted to the Neonatal ICU. **Methods:** descriptive, cross-sectional, retrospective research with a quantitative approach carried out in 2021. The participants were 180 puerperal women who were housed at Casa da Gestante, Baby Puerpera between February and August 2021 and their newborns. **Results:** women aged 18 to 34 years, multi-gestations, with no previous diseases (63.3%), 1 to 2 gestational diseases (64.4%), number of prenatal consultations  $\geq 6$  (63, 9%), with high gestational risk (58.3%) and cesarean section as the delivery route (55.5%). As for newborns, it was identified: full-term newborns (38.1%), average of 15.2 days of hospitalization, with prevalence in diagnoses related to respiratory dysfunction, neonatal jaundice, needing phototherapy, prematurity and presumed early infection, hospital discharge on exclusive breastfeeding (72.5%). **Conclusion:** the characterization of puerperal women at Casa da Gestante, Baby Puerpera and their newborns can guarantee access to health services in a comprehensive and effective way, ensuring humanized care during pregnancy, childbirth and the puerperium.

---

**Keywords:** Maternal and Child Health Centers. Social Vulnerability. Neonatal Intensive Care Units.

---

## 1 Introdução

Como uma das estratégias para a redução da mortalidade infantil e melhoria da assistência à saúde da gestante, para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM (Roma, 2019), o Ministério da Saúde pública a portaria nº 1.459/ GM/ MS, de 24 de junho de 2011 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha (Brasil, 2019). Rede de cuidados que visa assegurar à mulher uma atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro (Brasil, 2019).

Concomitante aos serviços de atenção à saúde da gestante, recém-nascido e puérpera de alto risco, em conformidade com a Rede Cegonha, tem-se a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) regida pela portaria nº 1.020/ GM/ MS, de 29 de maio de 2013 (Brasil, 2013). Consiste em uma residência provisória de cuidado às gestantes, puérperas com ou sem seus recém-nascidos em situação de risco ou vulnerabilidade social que demandem vigilância e proximidade do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada (em um raio igual ou inferior a cinco quilômetros), embora não haja necessidade de internação neste hospital/ maternidade, garantindo acolhimento, orientação, acompanhamento, hospedagem e alimentação (Brasil, 2013).

Deste modo as CGBP podem ser denominadas como uma unidade de cuidado peri-hospitalar, pois representa uma estratégia para reversão da atenção centrada em hospitais e propicia a construção de uma nova lógica de atenção, com enfoque na prevenção de agravos, promoção da saúde e na humanização do cuidado, diminuindo também os custos e riscos hospitalares, bem como ampliando os espaços de atuação dos profissionais da saúde, de modo especial, da enfermagem (Pimenta et al, 2012).

Em 2020, o Brasil registrou 270 serviços hospitalares habilitados dentro da Rede Cegonha, sendo que apenas 32 dessas unidades correspondem às Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (Brasil, 2020). São alguns exemplos a “Casa das Gestantes Zilda Arns” vinculada ao Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte/ MG e a CGBP “Ilaria Rossi de Vasconcelos” (CGBP-IRV) vinculada ao Hospital e Maternidade São José no município de Colatina/ ES (Brasil, 2020).

Em alguns países do continente africano, onde as mulheres grávidas possuem muita dificuldade no acesso aos serviços de saúde, existem modelos assistenciais similares ao da CGBP, conhecidos como Maternity Waiting Homes (MWH) (Pimenta et al., 2012). São instalações de saúde seguras e confortáveis, com o apoio de uma equipe de profissionais da saúde, em que as mulheres grávidas próximas ao parto e puérperas, podem permanecer, evitando que elas tenham que viajar longas distâncias nesse período, o que promove melhores desfechos maternos e neonatais e permite que as mulheres tenham suporte para aprender a cuidar de si mesmas e dos seus bebês (Pimenta et al., 2012).

Outra ação relevante que pode ser somada aos objetivos da CGBP é oportunizar o desenvolvimento de ações voltadas para a educação em saúde das puérperas internadas e suas famílias, pela equipe

multiprofissional que ali atua, além de envolver acadêmicos e residentes, em atividades de prevenção à infecção puerperal e ações de promoção ao aleitamento materno (Rodrigues et al., 2019).

As atividades de educação em saúde realizadas por residentes de enfermagem, contam com dinâmicas de grupo, dramatização, rodas de conversa, palestras e outras ações que objetivam auxiliar as puérperas na adaptação ao processo da maternidade e torná-las mais seguras para lidar com o momento de tensão de ter o filho na Unidade Neonatal, empoderando-as enquanto mulher e mãe (Ferraresi & Arrais, 2016). Vale ressaltar que o funcionamento da CGBP deve respeitar os valores culturais das suas usuárias e familiares, concebendo uma ambiência que acolha as diferenças culturais (Borgonove, 2013).

O interesse pela temática se deu a partir da experiência no programa de residência multiprofissional em saúde materno-infantil acompanhando o processo da gestação, parto e puerpério de alto risco para a mulher e sua família, que muitas vezes culminam na internação do recém-nascido na Unidade Neonatal e no aumento das necessidades e da assistência de enfermagem para a tríade mãe-bebê-família.

Ao observar a rotina desta mãe que precisa realizar cuidados consigo, neste momento de pós parturição, e acompanhar seu bebê, que não está junto dela, nos possibilita compreender as dificuldades que podem estar presentes nesse processo e em como isso poderá influenciar o comportamento da sua dinâmica familiar (Ferraresi & Arrais, 2016; Kegler et al., 2019).

Na perspectiva de responder à pergunta norteadora deste estudo “Qual o perfil sócio demográfico, clínico e obstétrico das primeiras puérperas da CGBP, e quais as características clínicas dos recém-nascidos destas puérperas, internados na Unidade Neonatal?” e considerando os limitados estudos relacionados a temática publicados e encontrados na literatura nacional esta pesquisa teve como objetivo caracterizar o perfil sócio demográfico, clínico e obstétrico das puérperas de uma unidade peri-hospitalar e identificar as características clínicas de seus recém-nascidos, internados na Unidade Neonatal.

## 2 Material e métodos

Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, retrospectiva e quantitativa. Foi realizado em uma maternidade, com atendimentos 100% sistema único de saúde (SUS), localizada em um município do Nordeste de Santa Catarina, no ano de 2021.

No ano de 2020 a maternidade do estudo obteve média mensal de 753 internações, 337 partos normais, 220 cesarianas, 54,8% de gestações de alto risco e 102,2% de leitos ocupados na Unidade neonatal (Brasil, 2021).

O cenário da realização desta pesquisa foi a CGBP, conhecida como casa de apoio, da maternidade, no seu primeiro semestre de funcionamento, entre os meses de fevereiro a agosto de 2021. Inaugurada em fevereiro/ 2021, a unidade fica ao lado da Maternidade, em que as usuárias têm hospedagem completa, acompanhamento por equipe multiprofissional 24 horas nos sete dias da semana, além de acesso à assistência à saúde pelo estabelecimento hospitalar durante a sua permanência na casa (Brasil, 2021).

O cálculo amostral para esse estudo não se fez necessário pois participaram todas as puérperas e seus

recém-nascidos conforme critério de inclusão, puérperas que se alojaram na CGBP durante o período de fevereiro a agosto de 2021 e que tiveram seus dados registrados em livro próprio da instituição. E seus recém-nascidos internados na Unidade Neonatal da maternidade, no mesmo período, que possuem prontuário eletrônico no sistema *Micromed*®, utilizado pela maternidade.

Como critérios de exclusão foram estabelecidos: puérperas que utilizaram as instalações da casa para passar o dia entre os horários de manuseio e visita aos seus bebês na Unidade Neonatal, e que à noite retornam para suas casas para pernoitar; puérperas que, por residirem em municípios muito distantes, ficaram alojadas temporariamente na CGBP; recém-nascidos das puérperas nos casos acima; e recém-nascidos que foram a óbito.

Assim, participaram 180 puérperas e 189 recém-nascidos, considerando nove pares de gemelares, internados na Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional - UCINCo). Houve a exclusão de três puérperas e seus recém-nascidos devido a) não localização do prontuário eletrônico; b) óbito do recém-nascido; e c) ter alojado temporariamente na CGBP por ser de um município distante e o recém-nascido estar com transferência programada para outra Unidade Neonatal.

Os nomes das participantes foram adquiridos através da ficha de admissão da puérpera na CGBP para posterior coleta dos demais dados no prontuário eletrônico das puérperas e de seus recém-nascidos no sistema *Micromed*® 2021, da maternidade em estudo. Os dados coletados foram conferidos em duplicidade, utilizando um formulário elaborado pela pesquisadora.

As variáveis do estudo referente às puérperas foram: idade, número de gestações, número de filhos, histórico de aborto, estado civil, município de residência, escolaridade, doenças pregressas, doenças gestacionais, número de consultas no pré-natal, medicamentos utilizados na gestação, hábitos tóxicos, risco gestacional e via de parto. E referente aos recém-nascidos, as variáveis foram: peso e idade gestacional ao nascimento, Apgar no 1º e 5º minuto, tempo de internação na Unidade Neonatal, diagnóstico(s) clínico(s) para internação na Unidade Neonatal e aleitamento materno exclusivo (AME) na alta hospitalar.

A idade materna foi dividida em menor que 18 anos, entre 18 a 34 anos e maior ou igual que 35 anos. Em relação ao número de filhos, contabilizou-se o recém-nascido internado na Unidade Neonatal e considerou-se de 1 a 2 filhos, de 3 a 4 filhos e acima de 4 filhos.

Quanto ao município de residência, foi feita uma divisão em três categorias. Residentes em Joinville, dos outros municípios da região referenciados para a maternidade Darcy Vargas, tais como: Araquari, Balneário Barra do Sul, Barra Velha, Garuva, Itapoá, São João do Itaperiú e São Francisco do Sul e residentes de outros municípios que foram encaminhadas para Joinville via regulação estadual.

Quanto à escolaridade da mulher optou-se por dividir em 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, superior incompleto e superior completo, conforme está preenchido no cadastro da mulher no prontuário eletrônico. Houve apenas um caso de uma mulher alfabetizada.

As variáveis doenças pregressas à gestação e as doenças gestacionais foram classificadas em ausência de

doenças, de 1 a 2 diagnósticos clínicos e mais de 2 diagnósticos clínicos. O número de consultas de pré-natal foi classificado de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2021) entre <6 consultas, ≥6 consultas, seguido da média, mínimo e máximo de consultas.

Em relação às medicações utilizadas durante a gravidez foi feita uma divisão em antihipertensivos, hormônio sintético (levotiroxina sódica, progesterona e insulina), hipoglicemiante oral, ansiolítico e outros (ácido acetilsalicílico, nitrofurantoína e espiramicina). Para classificar os hábitos tóxicos durante a gestação utilizou-se os descritos no prontuário, como nenhum hábito relatado, alcoolismo, tabagismo e drogas ilícitas (maconha, cocaína, êxtase ou crack).

Quanto à classificação do risco gestacional em alto risco, médio risco ou baixo risco, foi utilizado o instrumento de estratificação de risco gestacional da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina (Brasil, 2021) ou conforme preenchimento na evolução médica do prontuário. O tipo de parto ficou subdividido como vaginal ou cesárea. Houve apenas um caso de uma gestante de gemelares em que um recém-nascido nasceu de parto vaginal e outro recém-nascido de cesariana.

Em relação às variáveis do recém-nascido, o peso de nascimento foi classificado entre extrema baixo peso (< 1000g), muito baixo peso (1000g a 1499 g), baixo peso (1500g a 2499 g), adequado (2500g a 4000g) e macrossômico (> 4000g), conforme definições do Ministério da Saúde<sup>12</sup>. Seguindo as mesmas definições do MS, a idade gestacional foi dividida em seis categorias: Prematuridade extrema (< 28 semanas), Prematuridade grave (entre 28 a 30 semanas de gestação), Prematuridade moderada (entre 31 a 33 semanas de gestação), Pré-termo tardio (entre 34 a 36 semanas de gestação), a termo (entre 37 a 41 semanas e 6 dias de gestação) e Pós-termo (igual ou maior que 42 semanas) (Brasil, 2021).

A variável APGAR (índice de adaptação da vida extrauterina do recém-nascido) classificou-se como <7 e ≥7, seguido da média, mínimo e máximo. sendo considerado um importante indicador de risco para a morbimortalidade neonatal (Silva et al.,2020).

Para definir o tempo de internação na Unidade Neonatal estabeleceu-se a divisão entre 1 a 14 dias, 15 a 30 dias e maior que 30 dias, seguido da média, mínimo e máximo de dias. Quanto ao número de diagnósticos clínicos durante a internação na Unidade Neonatal optou-se por dividir em menor ou igual a 3 diagnósticos, de 4 a 5 diagnósticos e maior ou igual a 6 diagnósticos, seguido da média, mínimo e máximo de diagnósticos.

Os dados foram organizados por meio de uma planilha no software Microsoft Office - Excel® 2016, e posteriormente processados e realizado a análise descritiva dos dados por meio do cálculo das frequências absolutas (n) e relativas (%), para obtenção de média e desvio padrão, apresentadas sob forma de tabelas. Na análise e interpretação dos dados foram utilizados a literatura científica disponível, para identificar as divergências ou semelhanças dos achados.

Todas as recomendações éticas para pesquisa com seres humanos, conforme Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº 466/ 2012<sup>15</sup> foram seguidas e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt sob o número do parecer 4.733.596 na data de 25 de maio de 2020.

### 3 Resultados

#### 3.1 Caracterização sociodemográfica das puérperas de uma unidade de cuidados peri-hospitalar.

Participaram 180 puérperas que se alojaram na unidade de cuidados peri-hospitalar de uma maternidade pública localizada no Nordeste de Santa Catarina, Brasil, entre fevereiro e agosto do ano de 2021. Quanto as características sociodemográficas, houve maior prevalência de mulheres na faixa etária entre 18 a 34 anos 135 (75,0%), multigestas 107 (59,5%), que possuíam de um a dois filhos vivos 132 (73,4%), solteiras 115 (63,8%), procedentes do município de Joinville 121 (67,2%), com 2º grau completo 97 (53,9%) e 37 (20,5%) apresentavam histórico de aborto(os) prévio(os) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica de puérperas usuárias de uma unidade de cuidados peri-hospitalar de uma maternidade pública do Nordeste de Santa Catarina, Brasil entre fevereiro e agosto de 2021.

Variáveis	n	%
<i>Idade materna(anos)</i>		
18-34	135	75,0
≥35	36	20,0
< 18	9	5,0
<i>Gestações</i>		
Multigesta	107	59,5
Primigesta	73	40,5
<i>Número de filhos</i>		
1-2	132	73,4
3-4	33	18,3
>4	15	8,3
<i>Histórico de abortos</i>		
Não	143	79,5
Sim	37	20,5
<i>Estado Civil</i>		
Solteira	115	63,8
União estável	57	31,7
Divorciada	8	4,5
<i>Município de residência</i>		
Joinville	121	67,2
Municípios referenciados	55	30,6
Outros	4	2,2
<i>Escolaridade</i>		
2º grau completo	97	53,9
2º grau incompleto	22	12,2
1º grau incompleto	22	12,2
1º grau completo	18	10,0
Superior completo	12	6,7
Superior incompleto	8	4,4
Alfabetizada	1	0,6

**Fonte:** elaborada pelo autor. Sistema Micromed ®, 2021.

#### 3.2 Caracterização das puérperas de uma unidade de cuidados peri-hospitalar quanto aos dados obstétricos

Em relação aos dados obstétricos, 114 (63,3%) das puérperas não apresentaram doenças progressivas à gestação, enquanto 66 (36,7%) haviam diagnóstico prévio de hipertensão arterial crônica, obesidade,

hipotireoidismo ou Diabetes Mellitus tipo 2. Das participantes do estudo 116 (64,4%) desenvolveram de uma a duas doenças ou complicações durante o período gestacional, em que as mais prevalentes foram: Diabetes Mellitus gestacional, trabalho de parto prematuro, infecção do trato urinário, ruptura prematura de membranas (RUPREME), restrição do crescimento intrauterino (RCIU), pré-eclâmpsia, síndrome hipertensiva específica da gestação (SHEG) ou tiveram uma gestação gemelar, considerada de alto risco.

A média do número de consultas durante o pré-natal foi de 7,8 consultas e desvio padrão de 3,3, em que 115 (63,9%) das mulheres realizaram mais de seis consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde<sup>15</sup>. A maioria das puérperas não utilizou nenhuma medicação de tratamento durante a gestação 114 (63,3%) e não relataram nenhum hábito tóxico 159 (88,3%). Quanto à classificação de risco gestacional houve uma maior proporção de alto risco 105 (58,3%). A cesariana como via de parto prevaleceu entre as puérperas do estudo 100 (55,5%) (Tabela 2).

**Tabela 2** – Dados obstétricos de puérperas usuárias de uma unidade de cuidados peri-hospitalar de uma maternidade pública do Nordeste de Santa Catarina, Brasil entre fevereiro e agosto de 2021.

Variáveis	n	%	Média	Mínimo	Máximo
<i>Doenças progressas (número)</i>					
Ausência	114	63,3			
1-2	54	30,0			
>2	12	6,7			
<i>Doenças Gestacionais</i>					
1-2	116	64,4			
>2	34	18,9			
Ausência	30	16,7			
<i>Consultas pré-natal (número)</i>					
≥ 6	115	63,9	7,8	0	20
< 6	65	36,1			
<i>Medicações utilizadas na gestação</i>					
Nenhuma	114	63,3			
Antihipertensivo	27	15,0			
Hormônio sintético	24	13,4			
Hipoglicemiante oral	20	11,2			
Ansiolítico	8	4,5			
Outros	4	2,3			
<i>Hábitos Tóxicos</i>					
Nenhum relatado	159	88,3			
Tabagismo	19	10,5			
Drogas ilícitas	5	2,7			
Alcoolismo	4	2,2			
<i>Risco Gestacional</i>					
Alto	105	58,3			
Baixo	74	41,1			
Médio	1	0,6			
<i>Via de Parto</i>					
Cesárea	100	55,5			
Vaginal	79	43,9			
Cesárea + vaginal	1	0,6			

**Fonte:** Sistema *Micromed*®, 2021.

### 3.3 Caracterização clínica dos recém-nascidos das puérperas usuárias de uma unidade de cuidados peri-hospitalar

Referente à caracterização clínica dos recém-nascidos, filhos das puérperas participantes da pesquisa, 86 (45,5%) tiveram peso de nascimento adequado (2500g a 4000g) e 65 (34,4%) nasceram pré-termos tardios (entre 34 a 36 semanas e 6 dias) aproximando-se dos nascimentos a termo 72 (38,1%). A média do APGAR no 1º minuto de vida foi 6,8 e desvio padrão de 1,9, em que 133 (70,4%) atingiram nota maior ou igual que 7. Já no 5º minuto de vida, a média do APGAR foi de 8,2 e desvio padrão de 1,2, em que 172 (91,1%) atingiram nota maior ou igual que 7.

O tempo médio de internação na Unidade Neonatal foi de 15,2 dias e desvio padrão de 14,4, com um mínimo de 3 dias e máximo de 90 dias (mediana de 10 dias). Em relação aos diagnósticos clínicos, 107 (56,6%) dos recém-nascidos apresentaram até 03 diagnósticos médicos, com uma média de 3,8 e desvio padrão de 2,5, sendo mais prevalentes os relacionados à disfunção respiratória 165 (87,3%), icterícia neonatal, com necessidade de fototerapia 111 (58,7%), prematuridade 107 (56,6%) e infecção precoce presumida 81 (42,8%).

Quanto ao aleitamento materno exclusivo, 137 (72,5%) dos recém-nascidos receberam alta hospitalar recebendo esse tipo de aleitamento. Os outros 52 (27,5%) necessitaram de fórmula artificial complementar ao aleitamento materno e/ou receberam indicação médica para o uso da mamadeira (Tabela 3).

**Tabela 3** – Caracterização dos recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal filhos de puérperas usuárias de uma unidade de cuidados peri-hospitalar de uma maternidade pública do Nordeste de Santa Catarina, Brasil entre fevereiro e agosto de 2021.

Variáveis	n	%	Média	Mín	Máx	Mediana
<i>Peso ao nascimento (gramas)</i>						
2500 a 4000	86	45,5				
1500 a 2499	78	41,3				
1000 a 1499	14	7,4				
> 4000	8	4,2				
< 1000	3	1,6				
<i>Idade gestacional ao nascimento (semanas)</i>						
37 a 41 + 6 dias	72	38,1				
34 a 36	65	34,4				
31 a 33	36	19,0				
28 a 30	11	5,8				
< 28	4	2,1				
≥ 42	1	0,6				
<i>APGAR no 1º minuto</i>			6,8	0	9	
≥7	133	70,4				
< 7	56	29,6				
<i>APGAR no 5º minuto</i>			8,2	2	10	
≥7	172	91,1				
< 7	17	8,9				
<i>Tempo de internação (dias)</i>			15,2	3	90	10
1 a 14	127	67,2				
15 a 30	38	20,6				
> 30	23	12,2				
<i>Diagnósticos clínicos</i>			3,8	1	15	
≤ 3	107	56,6				
4-5	47	24,9				

$\geq 6$	35	18,5
AME* na alta		
Sim	137	72,5
Não	52	27,5

\*AME – Aleitamento Materno Exclusivo.  
Fonte: Sistema *Micromed*®, 2021.

## 4 Discussão

A pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento”, demonstrou que 51,4% das mulheres que utilizaram o serviço público de saúde no Brasil para o nascimento do filho tinham até 20 anos de idade e 39,5% de 20 a 24 anos (Torloni, Betran & Belizan, 2016), resultados divergentes ao encontrado nesta pesquisa quanto à faixa etária prevalente nas puérperas usuárias de uma unidade peri-hospitalar de uma maternidade pública.

No Brasil, um estudo realizado no Estado do Espírito Santo apontou que, no ano de 2018, ao todo 177 puérperas alojaram na CGBP em questão (Rodrigues et al., 2019). Resultado inferior ao encontrado em nossa pesquisa, em que 180 puérperas alojaram na casa de apoio apenas nos seis primeiros meses de funcionamento.

Um outro estudo investigou a idade materna avançada relacionado a probabilidade de near miss neonatal e encontrou-se que essa probabilidade para mulheres nulíparas com idade igual ou maior que 35, foi 62% maior quando comparada com mulheres com idade entre 20-29 anos, e para mulheres múltíparas essa chance foi 51% maior (Martinelli et al., 2019).

Quanto ao número de gestações, puérperas multigestas e primigestas tiveram proporções aproximadas nesse estudo. Porém, outra pesquisa, realizada em Belo Horizonte, apontou resultados divergentes, em que 39,3% das puérperas que utilizaram a CGBP eram primigestas e 60,7% eram multigestas (Pimenta et al., 2012).

Outras características maternas apontadas nesse estudo foram a prevalência de puérperas usuárias da casa de apoio solteiras e residentes do mesmo município da maternidade. A implementação da CGBP consolida um olhar ampliado, complementar e prestativo para a assistência humanizada a essa puérpera socialmente vulnerável, seja por não possuir uma rede de apoio adequada ao enfrentamento deste processo, seja pela dificuldade no transporte diário à maternidade, mesmo que residindo no mesmo município (Rodrigues et al., 2019).

Quanto à escolaridade das puérperas, mais de 35% não ultrapassaram o 1 grau completo. Estudos têm apontado a relação entre baixa escolaridade da mãe com menor planejamento familiar, redução do acompanhamento pré-natal, maiores intercorrências durante o parto, risco aumentado para nascimento de bebês prematuros, dificuldades para o cuidado com o recém-nascido entre outros fatores associativos e de vulnerabilidade social (Costa et al., 2014).

Na CGBP as puérperas são cuidadas e acolhidas, conseqüentemente, aumentam sua capacidade de reconhecer e de atender às necessidades do recém-nascido, de serem mais responsivas com ele, garantindo um ambiente mais saudável para o desenvolvimento desse bebê, facilitando toda a sua dinâmica familiar e obtendo benefícios de imediato e para o futuro desta criança, da família e da sociedade (Brasil, 2017).

Das puérperas usuárias da CGBP, 83% tiveram alguma complicação gestacional ou doença no período. Um estudo mostrou que as doenças hipertensivas (pré-eclâmpsia e eclâmpsia) e infecção urinária, mostraram-se relacionadas ao near miss neonatal (Martinelli *et al.*, 2019).

A prevalência encontrada das puérperas com alto risco gestacional pode ser reflexo de que a maternidade do estudo é referência em gestação de alto risco e alta complexidade em neonatologia, justificando a proporção de que aproximadamente 60% das puérperas realizaram o pré-natal de alto risco (Brasil, 2017).

Identificar previamente os fatores de risco, possibilita o preparo das equipes de saúde e do gerenciamento de intervenções que reduzem as intercorrências no período perinatal, no parto, pós-parto e, conseqüentemente, a morbimortalidade materna e neonatal (Demitto *et al.*, 2017).

A realização de acompanhamento pré-natal com número de consultas recomendadas são fundamentais para identificação de risco de imediato e posterior ao nascimento do bebê. Nesse estudo, a média de consultas de pré-natal realizadas foram 7,8, em que 115 (63,9%) das mulheres realizaram mais de seis consultas (Brasil, 2017).

Uma pesquisa realizada com 2.286 recém-nascidos, foi encontrado que quanto maior o número de consultas de pré-natal menor é a probabilidade de ocorrência de prematuridade tardia. Entre as mães que realizaram menos de seis consultas pré-natal a prevalência de prematuridade tardia foi 74% maior (Marmitt & Cesar, 2016).

Em relação ao uso de medicação durante a gestação, quase 37% das puérperas do nosso estudo realizaram tratamento com anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, hormônios sintéticos ou outros tipos de medicamentos. Um estudo realizado a partir de entrevistas com 1099 gestantes, em um município da Bahia, em 2017, encontrou que a prevalência para consumo de medicamentos durante a gestação foi de 84,7%. E que os fatores associados à utilização de medicamentos durante a gravidez foram escolaridade  $\geq 11$  anos de estudo, ter feito três ou mais consultas pré-natal e ter algum problema de saúde (Costa *et al.*, 2017).

A variável “hábitos tóxicos” foi analisada devido ao impacto para o prognóstico do recém-nascido e de sua mãe, como por exemplo, um risco aumentado de aborto espontâneo ou de tempo de gestação reduzido, de apoplexia miometral e placenta prévia, nascimentos mais prematuros e / ou hipotrofia, dependendo da dose e do tempo de uso da droga durante a gravidez (Lamy & Thibaut, 2017).

Em nosso estudo a maior parte das gestantes relatou não possuir nenhum hábito tóxico durante a gravidez, porém essa informação pode ser subnotificada, uma vez que as gestantes podem apresentar “sentimentos de culpa” que, antecipando uma possível repressão e desaprovação pelo profissional de saúde, pode negar ou subnotificar seu uso de drogas (Kassada *et al.*, 2013). Mesmo assim, é relevante considerar que 15% das puérperas relataram algum hábito tóxico durante a gestação (Kassada *et al.*, 2013).

Outra questão a ser analisada é que mães com alta dependência química não costumam se alojar na unidade de cuidados peri-hospitalar, por não terem a característica de permanecer por períodos prolongados, a dificuldade de seguir as regras de convivência e conviver com outras pessoas. Contudo, o alojamento destas mães é de suma importância para a promoção da educação em saúde, vista como uma janela de oportunidades

para o exercício da maternidade.

Em relação à via de parto, a cesariana foi prevalente 55,5% da nossa amostra. Outros estudos convergem com esse relacionando as cesáreas no Brasil e trazem que nas últimas quatro décadas, a proporção de cesarianas no país quase quadruplicou, passando de 14,5% em 1970 para mais de 50% em 2010 (Leal *et al.*, 2021; Leal & Gama, 2019).

É reconhecido que em uma cesariana as mulheres perdem a oportunidade de serem protagonistas do nascimento de seus filhos e são expostas com eles a maiores riscos de morbimortalidade e mortalidade. Além de que essa via de parto pode possibilitar maiores riscos para óbitos neonatais, problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anóxia e aumento de bebês internados em UTI neonatal por períodos prolongados (Vicente & Lima, 2018).

Muitos casos de prematuridade tardia no Brasil podem ser decorrentes de uma prematuridade iatrogênica em mulheres que realizaram cesarianas com uma avaliação incorreta da idade gestacional (Torloni, Betran & Belizan, 2016).

O Inquérito Nacional sobre Partos e Nascimentos realizado em 2011-2012 (Torloni, Betran & Belizan, 2016), trouxe que a taxa de prematuridade no Brasil é de 11,5%, sendo 74% destes prematuros tardios (34 a 36 semanas). Em nosso estudo, a prevalência de recém-nascidos a termo (38,1%) ficou muito próxima dos prematuros tardios (34,4%).

Em nosso estudo, prevaleceu o peso adequado ao nascimento (2500g a 4000g), considerado um fator relevante ao prognóstico do recém-nascido, isoladamente, uma vez que o peso ao nascimento e a idade gestacional são considerados fatores de risco determinantes da evolução do recém-nascido (Oliveira *et al.*, 2018).

A prematuridade está intimamente relacionada à imaturidade fisiológica e metabolicamente, apresentando riscos aumentados de complicações neonatais, como dificuldade respiratória, hipotermia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, dificuldades de alimentação e infecções (Almeida *et al.*, 2020).

Quanto aos diagnósticos clínicos dos recém-nascidos durante a internação na Unidade Neonatal, prevaleceram os relacionados à disfunção respiratória 165 (87,3%), icterícia neonatal, com necessidade de fototerapia 111 (58,7%), prematuridade 107 (56,6 %) e infecção precoce presumida 81 (42,8%). Um estudo que procurou identificar as principais causas de internações em uma unidade neonatal no extremo Norte do Brasil, converge com os nossos achados. Em uma amostra composta por 206 recém-nascidos, encontrou como diagnóstico principal de internação a prematuridade (48,06%), seguida da disfunção respiratória (18,93%) e hipoglicemia (6,31%) (Silva *et al.*, 2020). Resultado similar também à outra pesquisa em que a prematuridade (79,3%), desconforto respiratório (56,9%) e infecção neonatal (22,4%) foram os diagnósticos clínicos de internação mais prevalentes (Ferraresi & Arrais, 2016).

Em relação ao Índice de APGAR, 70,4% dos recém-nascidos obtiveram nota maior ou igual à 7 no primeiro minuto e 91,1% atingiram nota maior ou igual à 7 no quinto minuto, representando boa vitalidade no nascimento, pela pontuação. Esse resultado mostra-se significativo no que se refere à recuperação fisiológica

do recém-nascido logo após o seu nascimento (Silva et al., 2020).

Quando analisado o tempo de internação na Unidade Neonatal, os recém-nascidos estudados permaneceram internados com média de 15,2 dias, resultados semelhantes a este estudo encontraram médias de 10,7 e 17 dias de internação (Silva et al., 2020; Oliveira et al., 2015). No ano de 2020, a média do tempo de internação na Unidade Neonatal, da maternidade do estudo, foi de 7,3 dias, atingindo a meta estabelecida pela instituição de 7 dias (Brasil, 2021).

No que diz respeito à alimentação do recém-nascido na Unidade Neonatal, nosso estudo constatou que 72,5% da amostra recebeu alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo (AME), dado análogo a outro estudo que verificou-se que dos 107 prontuários analisados, 82 recém-nascidos (76,64%) no momento da alta hospitalar estavam sendo alimentados através do leite materno exclusivo (Pachu & Viana, 2018).

Promover o AME é um dos grandes objetivos desta casa de apoio, uma vez que a puérpera que consegue ficar alojada próximo ao seu filho, fortalece o vínculo com seu bebê, facilitando condições para o aleitamento materno efetivo (Pachu, Viana, 2018). Assim, o resultado encontrado reflete a eficiência da implementação da casa de apoio da maternidade do estudo, mesmo a casa sendo inaugurada em ano da pandemia do COVID-19, com rígidos protocolos sanitários de convivência e visitas à Unidade Neonatal (Pachu & Viana, 2018).

Contudo, os 52 (27,5%) recém-nascidos que receberam alta hospitalar cuja alimentação não era exclusivamente o aleitamento materno, estavam em aleitamento misto com a oferta do seio materno e da fórmula artificial, devido não ser possível, durante a internação, retirar a complementação da dieta. Dentre outras justificativas encontradas nos prontuários, quatro foram transferidos para outra unidade neonatal durante a internação, dois tiveram suas mães afastadas pela COVID-19 e um recebeu alta em uso exclusivo de mamadeira (Pachu & Viana, 2018).

Os resultados deste estudo permitiram caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das puérperas que são mães de recém-nascidos internados em uma Unidade Neonatal e identificar as principais características clínicas que objetivaram suas internações, bem como identificou a incidência da alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo, um dos principais objetivos do alojamento das puérperas na CGBP.

Esta pesquisa, mostra-se relevante e pode auxiliar os gestores da Maternidade Darcy Vargas com informações importantes para a avaliação e planejamento de novas ações, além da construção de indicadores na CGBP.

Como limitação deste estudo, destacam-se o preenchimento e arquivamento manual das ficha de admissão da puérpera na CGBP, não estando estas vinculadas ao sistema de prontuário eletrônico da instituição, em que alguns dados foram de difícil compreensão e incorretamente preenchidos, uma vez que foram auto relatados. E a não associação entre as variáveis pesquisadas, podendo essas análises serem realizadas, posteriormente. Outra limitação foi a pouca quantidade de estudos sobre a caracterização das puérperas usuárias da CGBP nacionalmente e internacionalmente, para a complementação das discussões desta pesquisa.

Como ponto forte do estudo, destacamos como o primeiro estudo de caracterização das puérperas

usuárias da CGBP na instituição, local de realização do estudo, assim como também no Estado de Santa Catarina. Com acesso de maneira organizada e disponibilizada nos prontuários dos participantes.

Torna-se importante a realização de novos estudos nos próximos anos de funcionamento da CGBP para a ampliação e planejamento de ações e estratégias que possam contribuir para a melhoria do serviço prestado, a partir da construção de indicadores, além de acrescentar conhecimentos sobre a temática abordada.

A divulgação e produção científica, a partir da caracterização das puérperas usuárias da CGBP e seus recém-nascidos pode trazer visibilidade para favorecer a implantação de novas CGBP em outros estados brasileiros e a garantia do acesso aos serviços de saúde de maneira integral e eficaz, assegurando à mulher uma atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e ao recém-nascido o crescimento e desenvolvimento saudáveis.

## Referências

- Borgonove, K. C. A. (2013). Hospital Sofia Feldman. Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP). <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/rede-cegonha/eventos-2/oficina-processos-de-trabalho-na-rede-cegonha/7630-cgbp-florianopolis-112013/file>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011, 24 de junho). Portaria nº 1.459, Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013, 29 de maio). 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. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). Ministério da Saúde reforça cuidados materno-infantis no SUS. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-reforca-cuidados-materno-infantis-no-sus>
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2012, 12 de dezembro). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2012). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Cuidados Gerais (Vol. I, 2ª ed.). Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2017). Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico (3ª ed.). Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_metodo\\_canguru\\_manual\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf)
- Costa, A. L., Araujo Júnior, E., Lima, J. W., & Costa, F. S. (2014). Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 36(1), 29-34. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032014000100007>
- Costa, D. B., Coelho, H. L. L., & Santos, D. B. dos. (2017). Utilização de medicamentos antes e durante a gestação: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2). <https://doi.org/10.1590/010>

- Demitto, M. de O., Gravena, A. A. F., Dell'Agnolo, C. M., Antunes, M. B., & Peloso, S. M. (2017). High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016127103208>
- Ferraresi, M. F., & Arrais, A. da R. (2016). Perfil epidemiológico de mães de recém-nascidos admitidos em uma unidade neonatal pública. *Revista Rene*, 17(6), 733-740. [10.15253/2175-6783.2016000600002](https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000600002)
- Governo de Santa Catarina. Secretaria do Estado de Saúde. (2021). Maternidade Darcy Vargas chega aos 74 anos com sistema pioneiro de biometria de mães e bebês. <https://www.sc.gov.br/noticias/temas/saude/maternidade-darcy-vargas-chega-aos-74-anos-com-sistema-pioneiro-de-biometria-de-maes-e-bebes>
- Governo de Santa Catarina. Secretaria do Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. (2021). Deliberação 198/CIB/2021. Aprova a estratificação do risco gestacional. <https://www.cosemssc.org.br/wp-content/uploads/2021/08/DELIBERACAO-CIB-198-2021.pdf+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>
- Kegler, J. J., Neves, E. T., Silva, A. M. da, Jantsch, L. B., Bertoldo, C. da S., & Silva, J. H. da. (2019). Estresse em pais de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Escola Anna Nery*, 23(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0178>
- Machado, A. K. F., Marmitt, L. P., & Cesar, J. A. (2016). Prematuridade tardia no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 16(2), 113-120. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000200003>
- Martinelli, K. G., Gama, S. G. N. da, Almeida, A. H. do V. de, Pacheco, V. E., & Neto, E. T. dos S. (2019). Advanced maternal age and factors associated with neonatal near miss in nulliparous and multiparous women. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(12). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00222218>
- Pimenta, A. M., Vieira, J. N., Ventura, K. de S., & Pimenta, G. M. (2012). Programa "Casa das Gestantes": perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(4), 912-920. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400023>
- Rodrigues, A. de F. M., Nunes, A. C. V. P., Santos, E. F., Pires, E. R., Vicente, I. G., Reis, J. do N., Rodrigues, L. A., Modenesi, M. B. C., & Gonzales, R. V. (2019). Vivência de acadêmicas e residentes de enfermagem obstétrica na casa da gestante: relato de experiência. In I. C. de N. Sombra (Ed.), *Diários da teoria e prática na enfermagem* (pp. 137-146). Atena Editora. [10.22533/at.ed.48519230910](https://doi.org/10.22533/at.ed.48519230910)
- Roma, J. C. (2019). Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. *Ciência e Cultura*, 71(1), 33-39. <https://doi.org/10.21800/2317-66602019000100011>
- Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina. (2021). Maternidade Darcy Vargas. Indicadores Hospitalares - Maternidade Darcy Vargas. Joinville, Brasil.
- Silva, A. G. da, Cardoso, A. dos S., Oliveira, C. B. de, & Moura, H. O. de. (2020). Principais causas de internações em uma unidade neonatal no extremo Norte do Brasil. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(5), 12416-12430. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-086>
- Torloni, M. R., Betrán, A. P., & Belizán, J. M. (2016). Nascer no Brasil: indicando caminhos para a mudança [Editorial]. *Reproductive Health*, 13(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>

