



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA (UNILAB)**

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ICS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ELAINE CRISTINA SÁ DE ALMEIDA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE PUÉRPERAS COM
INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS GESTACIONAIS**

REDENÇÃO – CEARÁ

2024

ELAINE CRISTINA SÁ DE ALMEIDA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE PUÉRPERAS COM
INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS GESTACIONAIS**

Monografia apresentada como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem na Universidade da Integração Afro-Brasileira – UNILAB – Campus das Auroras.

Orientadora: Prof^a. Dra. Alana Santos Monte

**REDENÇÃO – CEARÁ
2024**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Almeida, Elaine Cristina sá de.

A444p

Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas com
intercorrências clínicas e gestacionais / Elaine Cristina sá de
Almeida. - Redenção, 2024.
45f: il.

Monografia - Curso de Enfermagem, Instituto De Ciências Da
Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-
Brasileira, Redenção, 2024.

Orientadora: Profa. Dra. Alana Santos Monte.

1. Obstetrícia. 2. Saúde da mulher. 3. Gravidez de Alto
risco. 4. Período pós-parto. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 618.82

ELAINE CRISTINA SÁ DE ALMEIDA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE PUÉRPERAS COM
INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E GESTACIONAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Universidade da Integração Internacional na Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Alana Santos Monte

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB

Prof^a. Dr^a. Anne Fayma Lopes Chaves

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB

Prof^a. Dr^a. Camila Chaves da Costa

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelas grandes bênçãos derramadas sobre minha vida e por me permitir grandes realizações, por me amparar em muitos momentos, por sua infinita bondade, graça e misericórdia. Dou-lhe graças pela minha vida, pela minha família e pelo grande amor, carinho e afeto que nos une.

À minha mãe, Celma. Pelas orações, pelo apoio e incentivo aos estudos e em seguir a carreira que sonhei, pelos esforços incomparáveis por toda nossa família, pelo exemplo de mãe e mulher forte e guerreira que és, por fim, obrigada por tudo e por tanto, e por simplesmente ser minha mãe. *A senhora faz parte dessa conquista!*

Ao meu pai, Evandro. Por me apoiar e me proteger em todos os dias da minha vida. Por me tratar até hoje com o mesmo amor, cuidado, preocupação e proteção de quando era criança. Por todo esforço diário por nossa família. Tudo será por você, para honrar todos os ensinamentos a mim repassados e por toda a sua dedicação na minha criação. *Essa conquista também é sua!*

Ao meu filho, que hoje ainda em meu ventre será parte dessa conquista, que Deus em sua infinita bondade me capacite para honrar a dádiva de ser sua mãe, e para que a sua criação siga sempre sobre os ideais Dele. Grata a Ele pela graça de ser escolhida para ser sua mãe!

Aos meus irmãos. Que Deus permita vocês estarem presentes em muitas conquistas que virão e que eu possa também estar presente em suas realizações.

Ao meu companheiro de vida, Geyson, pelo apoio durante esses longos anos de formação, pelas dificuldades enfrentadas, pelo companheirismo, mas principalmente, pela presença constante em cada momento vivido.

A minha amiga Gyrlany, a qual tive a honra de conhecer no início da graduação, que foi meu ponto de apoio em muitos momentos, minha dupla em cada trabalho, e em cada estágio. Você foi essencial durante a minha formação.

A minha orientadora Profa. Dra. Alana Santos Monte, pela contribuição na elaboração deste trabalho, tornando possível a sua realização.

As puérperas, figuras principais para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos membros da banca, por aceitarem e se disponibilizarem na avaliação deste trabalho com as suas considerações.

Gratidão!

RESUMO

Introdução: O período puerperal além de ser uma fase crucial para as mulheres, traz inúmeras mudanças, pois o corpo passa por diversas mudanças físicas e emocionais. **Objetivo:** Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas internadas com intercorrências clínicas em uma maternidade de referência de Maracanaú-Ce. **Método:** Estudo transversal de abordagem quantitativa, desenvolvido em uma maternidade de referência do Município de Maracanaú - Ce, foram incluídas 111 puérperas que estavam no período de até 42 dias pós-parto que apresentaram alguma intercorrência clínica ou obstétrica e excluídas mulheres que se apresentaram hemodinamicamente instáveis ou apresentaram algum desconforto físico ou psicológico. Os dados de interesse para esse estudo foram obtidos através de uma entrevista estruturada que abordavam o tema em questão e coleta de dados do prontuário das pacientes. Os dados sobre as intercorrências clínicas, sociodemográficos e obstétricos foram compilados e analisados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 23.0, organizados em tabelas e discutidos de acordo com a literatura pertinente. **Resultados:** Das 111 mulheres 80,2% (n=89) encontravam-se na faixa etária de 20 a 39 anos, 64% (n=71) tinham mais de 9 anos de estudo, 77,5% (n=86) tinham companheiro e 60,4% (n=67) renda familiar de 1 a 2 salários-mínimos. Sobre o histórico obstétrico, a maioria passou por duas ou mais gestações 73,0% (n=81), com significância estatística de $p=0,050$. A intercorrência mais frequente, de acordo com o registro nos prontuários e relatadas pela mulher, foi o Diabetes Mellitus Gestacional 36% (n=40). A associação estatística das intercorrências com as variáveis mostrou significância estatística em Sífilis para mulheres de até 35 anos ($p=0,025$) e com 9 anos ou mais de estudo (0,011) e DMG com significância estatística pra mulheres com companheiro ($p=0,004$) e com 9 anos ou mais de estudo ($p=0,007$). **Conclusões:** Os resultados encontrados serão capazes de oferecer respostas às necessidades mais preeminentes para os gestores das organizações de saúde, e para os profissionais que atuam na área da saúde da mulher. Sendo importante destacar o desenvolvimento de mais pesquisas acerca dessa temática, pois proporcionará aos pesquisadores e profissionais de enfermagem uma visão mais ampla e minuciosa da assistência obstétrica prestada nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Obstetrícia. Saúde da mulher. Gravidez de Alto Risco. Período pós-parto.

ABSTRACT

Introduction: The puerperal period, in addition to being a crucial phase for women, brings numerous changes, as the body goes through several physical and emotional changes. **Objective:** To describe the sociodemographic and obstetric profile of postpartum women hospitalized with clinical complications in a reference maternity hospital in Maracanaú-CE. **Objective:** To describe the sociodemographic and obstetric profile of postpartum women hospitalized with clinical complications in a reference maternity hospital in Maracanaú-CE. **Method:** A cross-sectional study with a quantitative approach, developed in a reference maternity hospital in the city of Maracanaú - Ceará, included 111 postpartum women who were up to 42 days postpartum who had some clinical or obstetric complication and excluded women who were hemodynamically unstable or presented some physical or psychological discomfort. The data of interest for this study were obtained through a structured interview that addressed the topic in question and data collection from the patients' medical records. Data on clinical, sociodemographic, and obstetric complications were compiled and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences, version 23.0, organized in tables, and discussed according to the pertinent literature. **Results:** Of the 111 women, 80.2% (n=89) were in the age group of 20 to 39 years, 64% (n=71) had more than 9 years of schooling, 77.5% (n=86) had a partner and 60.4% (n=67) had a family income of 1 to 2 minimum wages. Regarding obstetric history, most had two or more pregnancies (73.0% (n=81), with a statistical significance of $p=0.050$. The most frequent complication, according to the records in the medical records and reported by the woman, was Gestational Diabetes Mellitus 36% (n=40). The statistical association of complications with the variables showed statistical significance in Syphilis for women up to 35 years of age ($p=0.025$) and with 9 or more years of schooling (0.011) and GDM with statistical significance for women with a partner ($p=0.004$) and with 9 or more years of schooling ($p=0.007$). **Conclusion:** The results found will be able to offer answers to the most prominent needs for the managers of health organizations, and for professionals who work in the area of women's health. It is important to highlight the development of more research on this theme, as it will provide researchers and nursing professionals with a broader and more detailed view of obstetric care provided in health services.

Descriptors: Obstetrics. Women's health. High-Risk Pregnancy. Postpartum period.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA	Associação Americana de Diabetes
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DMDG	Diabetes Mellitus Diagnosticado na gestação
HAS	Hipertensão Arterial
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
OR	Odds ratio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEG	Pré-eclâmpsia grave
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionado à Saúde
RN	Recém-Nascido
SC	Sífilis Congênita
SG	Sífilis Gestacional
SHEG	Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes

Quadro 2 - Estágios e manifestações da sífilis

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das entrevistadas segundo a faixa etária, cor/raça, estado civil, escolaridade, ocupação e renda familiar

Tabela 2 - Distribuição das entrevistadas segundo o número de gestações, partos, abortos e número de consultas pré-natal

Tabela 3 - Distribuição das entrevistadas segundo as intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual

Tabela 4 - Cruzamento entre as Intercorrências clínicas e os Dados Sociodemográficos

Tabela 5 – Cruzamento entre as Intercorrências clínicas e os Dados Obstétricos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS GERAL	14
2.1 Objetivos Específicos	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 Saúde da Mulher	15
3.2 Assistência Pré-Natal	15
3.3 INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS	16
3.3.1 Síndromes hipertensivas da gravidez (SHG).....	17
3.3.2 Diabetes Mellitus gestacional.....	18
3.3.3 Sífilis	19
3.3.4 Oligodrâmnio/Polidrâmnio	21
4 MÉTODO	22
4.1 Delineamento do Estudo	22
4.2 Local e período do Estudo.....	22
4.3 População e Amostra.....	23
4.3.1 Critérios de inclusão.....	23
4.3.2 Critérios de exclusão	23
4.4 Coleta de Dados	23
4.5 Instrumento para coleta de Dados	24
4.6 Análise de Dados.....	24
4.7 Variáveis do Estudo	24
4.8 Aspectos Éticos e Legais.....	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
5.1 Características Sociodemográficas e Obstétricas das Mulheres.....	26
5.2 Caracterização das Intercorrências Clínicas.....	32
6 CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICE A	42

1 INTRODUÇÃO

Para que se possa traçar o perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas é necessário compreender em que contexto esse período ocorre, pois nele é possível observar inúmeras mudanças desde biológicas a mudanças psicoemocionais. O período puerperal é o momento do ciclo gravídico-puerperal que corresponde à regressão física gravídica e à passagem para o exercício da maternidade. Ele inicia logo após a dequitação da placenta e termina por volta de seis semanas após o parto, período marcado por diversas mudanças corporais e adaptações emocionais, que podem resultar em desafios que comprometem a relação mãe-filho (Castiglioni *et al.*, 2020).

Os riscos e intercorrências na gestação nos extremos da vida reprodutiva da mulher estão descritos na literatura como possíveis problemas na saúde materna e neonatal. Fatores de risco maternos, tais como condições sociodemográficas desfavoráveis, idade materna menor que 15 e maior que 35 anos, baixa escolaridade, dentre outros fatores podem influenciar as condições fetais e neonatais, aumentar a morbimortalidade materna e as possibilidades de intervenções relacionadas ao tipo de parto (Oliveira & Costa, 2013, Campos *et al.*, 2021).

O puerpério é uma fase crucial para as mulheres, pois durante esse período, o corpo passa por diversas mudanças físicas e emocionais. Apesar de que a maioria das mulheres tenham boa recuperação, algumas podem passar por algumas complicações. Diante dos benefícios relativos à consulta de enfermagem no puerpério, acredita-se que reconhecer as principais necessidades da mulher nesse período e oferecer assistência sistematizada pode trazer benefícios para o binômio mãe-filho, como a identificação e tratamento precoce das patologias específicas do ciclo (Silva *et al.*, 2020).

Atualmente, nota-se a fragmentação do cuidado oferecido à mulher, o que pode prejudicar a qualidade da assistência prestada. Ao longo dos anos, programas e políticas públicas de saúde foram criados a fim de assegurar a assistência de qualidade com foco em sua integralidade, dentre as quais se destacam o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004 (Silva *et al.*, 2020).

A maioria das gestações segue um curso normal, sem quaisquer alterações graves. Porém, em média 15% das gestações apresentam fatores que predispõem a uma gravidez de alto risco, principalmente condições de vulnerabilidade social e econômica, patologias pré-

existentes, fatores nutricionais, entre outras situações que podem levar a complicações.(Guedes et al., 2022).

Uma gravidez é considerada de alto risco quando existem condições que criam uma maior probabilidade de resultados adversos e prejudiciais tanto para a mãe como para o feto. Essas condições podem ser divididas entre aquelas que existem antes da gravidez e aquelas que ocorrem durante a gravidez. (Fernandes; Campos; Francisco, 2019; Gadelha *et al.*, 2020; Soncini *et al.*, 2019).

Dentre os principais fatores de riscos que mais afetam as gestantes e podem trazer diversas consequências durante o puerpério estão: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, doenças cardíacas, obesidade, infecções recorrentes do trato urinário, infecções sexualmente transmissíveis, número de gestações e tipo de parto. Neste contexto, os riscos de complicações na gravidez podem ser multifatoriais e multicausais (Rolim *et al.*, 2020)

A OMS (2022) traz que as quatro principais causas de morte materna no Brasil, entre as obstétricas diretas, são: as síndromes hipertensivas, as hemorragias, as infecções puerperais e as complicações do aborto. As causas obstétricas diretas são responsáveis por 66% das mortes maternas em nosso país.

Com o objetivo de reduzir a mortalidade materna no Brasil em 25%, aumentando o cuidado humanizado e integral para gestantes, parturientes, puérperas e crianças, o Governo Federal lançou a Rede Alyne. O programa em fase de estruturação substitui a Rede Cegonha, e busca diminuir a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027. A Rede Alyne prevê novos recursos para reforçar a qualidade e segurança no atendimento. O novo Programa deve exigir da Saúde um investimento de 400 milhões de reais ainda no ano de 2024, chegando a um aporte de um bilhão de reais no ano de 2025 (OMS, 2024).

Sendo assim, com o objetivo de proporcionar uma atenção integral à saúde da mulher durante o período puerperal, se faz necessário que a assistência prestada seja planejada de forma a atender suas necessidades, possibilitando uma assistência de qualidade, visando a redução de complicações nesse período. Para isso, deve-se recorrer à utilização dos conhecimentos técnicos científicos existentes entre os profissionais de enfermagem, como também aos meios e recursos pertinentes para cada usuário individualmente (Andrade *et al.*, 2018).

O estudo sobre o perfil sociodemográfico e obstétrico dessas mulheres é fundamental para entender as condições de saúde, os riscos e as necessidades específicas enfrentadas durante esse período, tendo em vista ser um perfil multifacetado e que envolve uma série de fatores a saúde e o bem-estar durante o período pós-parto. Através de informações obtidas dos

prontuários, é possível ter acesso a aspectos relevantes do perfil epidemiológico, como histórico obstétrico, assistência pré-natal, intercorrências e complicações durante a gestação e o pós-parto, sendo possível obter uma visão abrangente e precisa das características e condições de saúde dessas mulheres.

Esses dados são indispensáveis para identificar potenciais riscos, complicações e desvios do curso esperado da gestação. É essencial considerar esses aspectos para planejar estratégias de cuidado e prevenção, visando a promoção da saúde materna e melhoria dos serviços de saúde prestados, permitindo que os profissionais forneçam intervenções direcionadas e oportunas referente às intercorrências que acometem algumas mulheres.

O perfil sociodemográfico das puérperas é definido pelas características sociais e demográficas das mulheres no período puerperal, onde inclui informações como idade, estado civil, escolaridade, atividade remunerada e outras variáveis relevantes, a obtenção desses dados podem auxiliar no planejamento de ações que visem proporcionar melhorias na assistência prestada a esse grupo. São informações primordiais para compreender a realidade dessa população, onde a análise desse perfil ajuda a adaptar os cuidados de saúde e promover a humanização da assistência a ser prestada.

Esse estudo busca fornecer informações que serão essenciais para que se possa compreender a situação de puérperas e conhecer suas reais necessidades, possibilitando identificar possíveis demandas e necessidades da unidade, de forma que possa contribuir para a promoção da saúde materna, possibilitando a melhoria do atendimento e uma abordagem holística, que considere não apenas os aspectos clínicos, mas também o suporte emocional e social necessário.

Diante do exposto, justifica-se a realização desse estudo que tem por objetivo conhecer o perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas com intercorrências clínicas na gestação assistidas em uma maternidade de referência do município de Maracanaú-Ce, levando em consideração à repercussão que as intercorrências trazem para o binômio mãe-bebê. Faz-se pertinente conhecer as intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes vivenciadas pelas mulheres no período gestacional e puerperal, uma vez que esse estudo contribuirá para o direcionamento das ações realizadas por profissionais, contribuindo para o cuidado e enriquecendo o ensino na área da saúde da mulher, intensificando assim medidas de educação em saúde capazes de prevenir tais intercorrências.

2 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas internadas com intercorrências clínicas em uma maternidade de referência de Maracanaú-Ce.

2.1 Objetivos Específicos

- Identificar as intercorrências clínicas descritas no prontuário das pacientes e aquelas relatadas pelas mulheres;
- Analisar a associação entre as intercorrências clínicas e os dados sociodemográficos e obstétricos das puérperas internadas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 SAÚDE DA MULHER

A Saúde da Mulher envolve o cuidado integral das mulheres em todas as fases da vida. Esse cuidado deve incluir um conjunto de ações de prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde, garantindo acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde. É fundamental atender as necessidades específicas das mulheres, respeitando suas diversidades e promovendo a equidade em saúde. Esses cuidados incluem a saúde ginecológica, os direitos sexuais e reprodutivos, a saúde materna ao longo de todo o ciclo gravídico e puerperal, a dignidade menstrual, atenção ao climatério e à menopausa, a saúde mental e os cuidados em situações de violência (OMS, 2024).

Atualmente no Brasil temos o Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) coordenado pelo Ministério da Saúde que foi promulgado no ano de 2004, onde estão os princípios e diretrizes do programa que é pouco falado e conhecido pela classe feminina. Esta política foi elaborada em parceria com diversos setores da sociedade, em especial o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional, (OMS, 2024).

Além disso, o Ministério da Saúde tem se dedicado a reduzir a mortalidade materna, prevenir doenças e agravos, promover a autonomia e o bem-estar das mulheres e combater a violência de gênero.

3.2 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Segundo a Portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências:

Os estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir uma atenção de pré-natal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir: [...] 3.10. Tratamento das intercorrências da gestação (Brasil, 2005a, p. 1).

O objetivo deste acompanhamento de pré-natal é assegurar o desenvolvimento saudável da gestação, permitindo um parto com menores riscos para a mãe e para o bebê.

Aspectos psicossociais são também avaliados e as atividades educativas e preventivas devem ser realizadas pelos profissionais do serviço.

3.3 INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS

No puerpério as mulheres não estão doentes. No entanto, há a possibilidade de intercorrências clínicas como anemias, hemorragias, infecções e morte materna, fazendo com que o puerpério seja considerado um período crítico. Nesse período, mesmo que assistido de forma regular pelos profissionais de saúde, em sua maioria, os cuidados são direcionados ao recém-nascido, deixando a puérpera em segundo plano (Lima *et al.*, 2017; Albuquerque; Rolemberg, 2021).

O suporte oferecido pela equipe de saúde é essencial, uma vez que a puérpera precisa de alguém que esclareça suas dúvidas e lhe transmita autoconfiança, indispensável ao desempenho materno. As puérperas necessitam, ainda, de ajuda e auxílio de familiares, como também de grupos de apoio que favoreçam esta fase (Silva; Krebs, 2021).

Por fim, os efeitos que as intercorrências clínicas/obstétricas trazem podem variar entre físicos, psicológicos, sociais e econômicos, podendo ter efeito temporário ou permanente na vida dessas mulheres bem como na saúde das crianças. Desse modo, é de extrema importância que se conheça essas condições clínicas que se tem um grande potencial de óbito materno-fetal se não tratadas corretamente, onde segundo o Ministério da Saúde as mais frequentes são (Quadro 1):

Quadro 1 - Intercorrências Clínicas e Obstétricas mais frequentes.

Intercorrências clínicas e obstétricas na gestação atual
Síndromes hipertensivas (hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia) Diabetes mellitus gestacional com necessidade de uso de insulina Infecção urinária alta Cálculo renal com obstrução Restrição de crescimento fetal

Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrosomia

Oligoidrâmnio/polidrâmnio

Suspeita atual de insuficiência istmo cervical

Suspeita de acretismo placentário

Placenta prévia

Hepatopatias (por exemplo: colestase gestacional ou elevação de transaminases)

Anemia grave ou anemia refratária ao tratamento

Suspeita de malformação fetal ou arritmia fetal

Isoimunização Rh

Sífilis

Outras doenças infecciosas na gestação: toxoplasmose aguda, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, tuberculose, hanseníase, hepatites, condiloma acuminado (no canal vaginal/colo ou lesões extensas localizadas em região genital/perianal)

Suspeita ou diagnóstico de câncer

Transtorno mental

Fonte: Brasil, 2022.

3.3.1 SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO (SHG)

As síndromes hipertensivas, de acordo com Ministério da Saúde (2022) são as intercorrências clínicas mais comuns da gestação e representam a principal causa de morbimortalidade materna no mundo, existem diversas classificações envolvendo as síndromes hipertensivas na gestação, são classificadas em:

- Hipertensão arterial crônica: presença de hipertensão relatada pela gestante ou identificada antes da 20ª semana de gestação.

- Hipertensão gestacional: identificação de hipertensão arterial na segunda metade da gestação, em gestante previamente normotensa, porém sem proteinúria ou manifestação de outros sinais/sintomas relacionados à pré-eclâmpsia (PE). É um diagnóstico temporário de gestantes que não preenchem os critérios de pré-eclâmpsia. Pode evoluir para pré-eclâmpsia em 10% a 50% dos casos. Deve desaparecer até 12 semanas após o parto. Assim, diante da persistência dos valores pressóricos elevados, deve ser reclassificada como hipertensão arterial crônica, que deixou de ser diagnosticada pelas alterações fisiológicas da primeira metade da gestação.

- Pré-eclâmpsia: identificação de hipertensão arterial, em gestante previamente normotensa, a partir da 20ª semana de gestação, associada à proteinúria significativa. Na ausência de proteinúria, também se considera pré-eclâmpsia quando a hipertensão arterial for acompanhada de comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos-alvo (trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal, edema pulmonar, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia) ou de sinais de comprometimento placentário (restrição de crescimento fetal e/ou alterações dopplervelocimétricas).

Pode ser subclassificada em relação à idade gestacional em que é feito o diagnóstico:

- Pré-eclâmpsia precoce (<34 semanas de gestação)
- Pré-eclâmpsia tardia ($\geq$ 34 semanas)
- Pré-eclâmpsia pré-termo (<37 semanas)
- Pré-eclâmpsia de termo ($\geq$ 37 semanas)

3.3.2 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Distúrbio metabólico caracterizado pela hiperglicemia persistente, decorrente da deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos. A hiperglicemia persistente está associada a: complicações crônicas da micro e macro circulação, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. Há dois tipos de hiperglicemia que podem ser identificadas na gestação: o diabetes mellitus diagnosticado na gestação (DMDG) e o diabetes mellitus gestacional (DMG).

Sendo diferenciado esses dois tipos pelo nível de hiperglicemia. Gestantes com diabetes pré-gestacional podem apresentar agravamento das complicações crônicas microvasculares e no controle glicêmico, pois a gravidez é um estado hiperglicemiante. Valores de HbA1c maiores que 8% são relacionados a maior risco de malformações. Na paciente

diabética com bom controle metabólico a incidência de malformação fetal não difere da população não diabética (Brasil, 2022).

Essa intercorrência está associada ao aumento do risco de complicações durante a gravidez, tanto para a mãe quanto para o feto, tais quais, principalmente, as síndromes hipertensivas da gestação e as relacionadas ao crescimento e adiposidade fetal excessivos. Embora, usualmente, a evolução dessa condição clínica não aconteça para além da gravidez, mulheres que tiveram DMG possuem, ao longo do tempo, um risco maior de terem diabetes tipo 2 (American Diabetes Association *et al.*, 2019).

3.3.3 Sífilis

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, porém, curável, de caráter sistêmico, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, quando não tratada precocemente, essa IST pode comprometer principalmente o sistema nervoso e cardiovascular. Está na lista de agravos e doenças de notificação compulsória. Sua transmissão é predominantemente por contato sexual ou por meio da placenta de uma gestante para o feto. Em gestantes, quando não diagnosticadas e tratadas adequadamente pode ocorrer a disseminação por via transplacentária, categorizada como transmissão vertical, ou ainda, a possibilidade da transmissão durante o parto vaginal, caso a mãe apresente alguma lesão sifilítica. Seu tratamento é garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2020).

A sífilis na gestante (SG) e a sífilis congênita (SC) recrudesceram na última década no Brasil. A testagem para diagnóstico dessa IST é realizada duas vezes durante a gestação: na primeira consulta e no terceiro trimestre da gestação. A precocidade do diagnóstico e do tratamento na gravidez são essenciais para o melhor prognóstico neonatal e entende-se a SC como um bom indicador da qualidade da atenção pré-natal.

Quadro 2 – Estágios e manifestações da sífilis.

Estágios da sífilis	Manifestação clínica
Primária	Cancro duro (úlceras genitais). Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides)

	palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão). Micropoliadenopatia. Linfadenopatia generalizada. Sinais constitucionais. Quadros neurológicos, oculares e hepáticos.
Latente recente (até um ano de duração)	Assintomática
Latente tardia (mais de um ano de duração) Assintomática	Assintomática
Terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo. Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa articulares. Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica. Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral.

Fonte: Brasil, 2022.

Dentre as complicações da sífilis na gestação estão o abortamento, a natimortalidade, a malformação do feto, cegueira, surdez e o nascimento prematuro, portanto, o diagnóstico precoce e tratamento adequado diminuem as chances de tais complicações.

Caso VDRL seja positivo, a gestante e o parceiro necessitam de tratamento com doses de penicilina. Como a sífilis não confere imunidade definitiva após o tratamento e pode ser readquirida na mesma gestação, recomenda-se a estimulação do uso de preservativos, (Brasil, 2022).

Segundo o Ministério da Saúde/SVS, no ano de 2023, foram notificados no Brasil 35.741 casos de grávidas com sífilis e 12.091 casos de sífilis congênita. Sendo ainda considerada um problema de saúde pública, as estratégias de prevenção são baseadas na correta

identificação da infecção, habitualmente pelo diagnóstico laboratorial adequado, visto que o diagnóstico clínico é incomum, além da instalação de tratamento adequado para a gestante e para a sua parceria sexual (Brasil, 2022).

3.3.4 Oligoidrâmnio/Polidrâmnio

Oligoidrâmnio: Volume de líquido amniótico abaixo do esperado para idade gestacional. Sua incidência é de aproximadamente 1% das gestações, sendo mais comum nas gestações que atingem o termo (1% a 5%). Os dois principais mecanismos de Oligoâmnio são a oligúria/anúria fetal e a rotura prematura das membranas. Redução na produção ou aumento na deglutição fetal são vias fisiopatológicas menos importantes no desenvolvimento do Oligoâmnio (Brasil, 2022).

Polidrâmnio: Definido como o excesso na quantidade de líquido amniótico, com incidência na população geral de 1% a 2%. Sua etiologia pode ser idiopática (60% dos casos) ou associada a diversas condições (DMG, macrosomia fetal, Obstrução gastrointestinal primária, malformações craniofaciais, síndromes genéticas, cardiopatias de alto débito fetal, taquicardia supraventricular, entre outras) (Brasil, 2022).

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal com abordagem quantitativa. O método de estudos de corte transversal é obter dados fidedignos que ao final da pesquisa permitam elaborar conclusões confiáveis, robustas, além de gerar novas hipóteses que poderão ser investigadas com novas pesquisas. A característica principal dos estudos de corte transversal é que a observação das variáveis, quer se trate de casos, de indivíduos, ou de outros tipos de dados, é realizada em um único momento (Zangirolami, 2018).

Já o estudo com abordagem quantitativa é, de acordo com Knechtel (2014), uma modalidade de pesquisa que atua sobre um problema baseando-se no teste de uma teoria, com variáveis quantificadas em números. O modo de análise é estatístico, portanto, existe uma preocupação com a quantificação dos dados. Para Knechtel (2014), o estudo quantitativo preocupa-se com a experimentação, mensuração e controle dos fatos de forma rigorosa.

Portanto, a pesquisa quantitativa procura traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las por meio de recursos técnicos de estatística, lidando com fatos observáveis sistematicamente no objeto de estudo (Kauark; Manhães; Medeiros, 2010).

4.2 Local e Período do Estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital da Mulher e da Criança Eneida Soares Pessoa, localizado no município de Maracanaú, uma unidade integrante do Sistema Único de Saúde – SUS, classificada como uma unidade pública de médio porte e nível de complexidade secundária. Faz parte da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde – Cres, sendo referência para seus oito municípios do interior do Estado (Maracanaú, Maranguape, Pacatuba, Guaiúba, Acarape, Redenção, Barreira e Palmácia), durante o período de dezembro de 2023 a maio de 2024.

A escolha da maternidade para a pesquisa com as puérperas foi baseada em critérios como representatividade demográfica, por ser uma unidade de referência e que abrange muitos municípios. Esses municípios além de representarem diferentes contextos sociodemográficos, garantem uma compreensão sobre as experiências de cada participante. Outro fator determinante para a escolha do local de pesquisa foi a fácil acessibilidade e disponibilidade da unidade em ceder o setor para a realização da coleta de dados.

4.3 População e Amostra

O nível de confiança escolhido para o estudo foi de 0,5 que expresso em números de desvio padrão possui o valor de 1,96. Foi utilizado como base para a porcentagem a qual o fenômeno se verifica 50% e o tamanho da população de 150 partos mensais. O erro máximo permitido foi de 5%. Assim, pelo cálculo amostral a composição da amostra do estudo seriam 108 mulheres.

A amostra final do estudo foi composta por 111 participantes que se encontravam internadas nas enfermarias do setor da maternidade no período de coleta de dados e que apresentaram alguma intercorrência clínica/obstétrica segundo as anotações nos prontuários e relatadas pela mulher.

A técnica de amostragem foi probabilística por conveniência, que consiste na captação de pessoas de mais fácil acesso para participar do estudo (Polit; Beck, 2011). O método de amostragem probabilística é utilizado quando se selecionam participantes para um estudo com base na facilidade de acesso. Nesse método as pessoas mais acessíveis são escolhidas para participar da pesquisa. Essa técnica pode introduzir viés de seleção, uma vez que os participantes não são escolhidos de forma aleatória.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas na amostra da pesquisa mulheres que apresentaram alguma intercorrência clínica (DMG, SHG, Sífilis) que estavam no período puerperal de até 42 dias.

4.3.2 Critérios de exclusão

Mulheres que estivessem em estado grave de saúde (hemodinamicamente instável), que apresentaram desconforto físico (dor, incômodo) ou psicológico (ansiedade, agitação) impossibilitadas de participar.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada semanalmente por meio de duas etapas. Inicialmente foi realizado um momento de apresentação com a paciente para assim reforçar o propósito da

pesquisa, seguidamente as participantes ao concordarem participar da pesquisa, eram solicitadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram coletados os dados sociodemográficos e obstétricos diretamente com as participantes a partir de uma entrevista estruturada, composta por perguntas que abordavam o tema em questão.

Em seguida, eram coletadas informações importantes e pertinentes dos prontuários sobre os dados obstétricos que não eram colhidos no momento da entrevista, a exemplo o número de consultas pré-natal e intercorrências clínicas.

4.5 Instrumento para Coleta de Dados

O instrumento para a coleta de dados foi um questionário dividido em sessões apresentando os dados sociodemográficos (procedência, idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar), e o prontuário das participantes sendo colhido dados referente ao número de gestações, partos e abortos e, intercorrências clínicas apresentadas na gestação atual.

4.6 Análise de Dados

Os dados sociodemográficos e obstétricos foram compilados e analisados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0, e posteriormente organizados em tabelas e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

4.7 Variáveis do Estudo

- Características sociodemográficas: Idade (em anos completos no momento da entrevista), escolaridade (em anos de estudo), estado civil, ocupação, renda familiar, raça/cor.
- História Gestacional Pregressa: foi considerado o número de gestações (número de vezes que a mulher ficou grávida, incluindo a última gestação), número de partos, número de abortos.
- História da Gestação Atual: Número de consultas pré-natal, diagnóstico na admissão.
- Intercorrências na gestação: alterações no estado clínico e/ou obstétrico registrado no prontuário e/ou relatado pela mulher.

4.8 Aspectos Éticos e Legais

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira com parecer de número 67968023.2.0000.557 seguindo os aspectos Ético-Legais das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) conforme resolução 466/12, concernente à pesquisa envolvendo seres humanos.

As participantes elegíveis foram convidadas a participar da pesquisa, e ao concordarem, foram solicitadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias iguais no qual constam os objetivos da pesquisa, bem como a não existência de risco conhecido à saúde física e mental delas, visto que não foi utilizada nenhuma forma de intervenção. Ressaltou-se que o estudo poderia causar constrangimento aos participantes quanto às perguntas, bem como algum desconforto relacionado ao tempo destinado a entrevista sendo assegurado a desistência da entrevista pela participante a qualquer momento.

Foi assegurado à participante a confidencialidade das informações, dados coletados e identificação das mesmas e, ressaltado que os dados seriam utilizados somente para a pesquisa. Não havendo nenhum gasto financeiro por parte da participante, bem como nenhum retorno financeiro. No caso de menores de 18 anos, o TCLE também foi assinado pelo responsável legal no momento da entrevista.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise foi realizada a partir da entrevista de 111 puérperas com faixa etária entre 14 e 44 anos. Os principais resultados serão apresentados da seguinte forma: inicialmente serão descritos a caracterização sociodemográfica e econômica da amostra, apresentando os resultados em tabelas. Trazendo comparações com estudos que se assemelham a temática. Posteriormente, serão mostrados os resultados da história gestacional pregressa e atual das mulheres e problemas de saúde na gestação atual.

Em seguida, serão mostrados os resultados compilados em tabelas com os cruzamentos realizados sobre intercorrência clínica e as características sociodemográficas e intercorrências clínicas e os dados obstétricos das mulheres.

5.1 Características Sociodemográficas e Obstétricas das mulheres

Ao considerar os dados sociodemográficos identificou-se na Tabela 1 abaixo, que em relação à idade, houve um predomínio de puérperas na faixa etária de 20 a 39 anos 80,2% (n=89), quanto à raça/cor constatou-se que 81,1% (n=90) se autodeclararam pardas. No tocante ao estado civil, 77,5% (n=86) era constituída por mulheres com companheiro.

Acerca da escolaridade, 64% (n=71) concluíram o ensino médio, 13,5% (n=15) tinham ensino médio incompleto, 4,5% (n=5) tinham ensino superior, 10,8% (n=12) ensino fundamental incompleto, 6,3% (n=7) concluíram o ensino fundamental e apenas 0,9% (n=1) dessas mulheres não tinha estudo. Em relação a ocupação e renda familiar dessas mulheres 5,4% (n=6) eram estudantes, 36,9% (n=41) tinha remuneração e 57,7% (n=64) não tinham nenhum tipo de remuneração. Quanto ao componente renda familiar 60,4% (n=67) recebiam de 1 a 2 salários-mínimos.

Tabela 1 – Distribuição das entrevistadas segundo a faixa etária, cor/raça, estado civil, escolaridade, ocupação e renda familiar. Maracanaú-CE, 2024.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Faixa etária		
Até 19 anos	11	9,9
20 a 35 anos	89	80,2
> 35 anos	11	9,9
Cor/raça		
Parda	90	81,1
Preta	14	12,6
Branca	6	5,4
Indígena	1	0,9
Estado civil		
Com companheiro	86	77,5
Sem companheiro	25	22,5
Escolaridade		

Nenhuma escolaridade	1	0,9
Ensino médio completo	71	64,0
Ensino médio incompleto	15	13,5
Ensino fundamental completo	7	6,3
Ensino fundamental incompleto	12	10,8
Ensino superior	5	4,5
Ocupação		
Estudante	6	5,4
Com remuneração	41	36,9
Sem remuneração	64	57,7
Renda familiar		
< 1 salário	42	37,8
1 a 2 salários	67	60,4
3 a 4 salários	2	1,8
Total	111	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Analisando os dados de maior incidência, referente a faixa etária houve um predomínio de pacientes entre 20 e 39 anos 80,2 (n=89). Em um estudo de Silva *et al.*, (2019) realizado no Estado de Minas Gerais, com objetivo de analisar a qualidade de vida (QV) das puérperas e correlacioná-la com variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas e neonatais, os dados relacionados a faixa etária das participantes corroboram com os dados encontrados na pesquisa em questão, onde no estudo prevaleceram pacientes com a média de idade de 25,81 anos, variando de 14 a 42 anos, 9,7% eram adolescentes e 10,7 % tinham mais que 35 anos.

Ao analisarmos a etnia das puérperas, observou-se o predomínio da raça parda 81,1%, seguidamente da etnia preta 12,6%. A discussão sobre a variável raça/cor é um fator determinante para desfechos na saúde pública e indicadores sociais, visto que, por muito tempo, a população negra se manteve estagnada em relação a renda, níveis de educação e acesso à saúde, se comparada à população branca. Com isso, reforça-se o incentivo a pesquisas que analisem a estratificação social relacionada à saúde (Mendez *et al.*, 2020). Os dados corroboram com o estudo de Silva *et al* (2019) realizado no Estado de Minas Gerais com 103 puérperas onde houve o predomínio de 41,8% de participantes que se autodeclararam pardas.

A morbimortalidade materna da mulher negra pode estar relacionada à predisposição biológica das negras para doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus, mas também

aos fatores relacionados à dificuldade de acesso ao sistema de saúde, à baixa qualidade do atendimento (por razões sociais ou de discriminação) e à falta de ações ou de capacitação dos profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas (OMS, 2010)

A OMS (2022) trouxe dados que apontam que enquanto o número de mortes maternas para mulheres brancas era 46,56, no caso das mulheres pretas, esses dados eram mais que o dobro: 100,38 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. No caso das pardas, a incidência é de 50,36. Vale lembrar que o Brasil assumiu uma meta junto às Nações Unidas de redução para 30 mortes até 2030.

A escolaridade predominante no presente estudo evidencia que a maioria das puérperas possuía ensino médio completo 64%, achado semelhante ao estudo realizado por Aragão e Santos (2023) em uma maternidade pública da Bahia cujo objetivo foi descrever as percepções de puérperas negras acerca dos cuidados recebidos durante o parto, a pesquisa traz que 60% das entrevistadas tinham ensino médio completo.

Quanto à situação conjugal, 60% das puérperas tinham companheiro, esse dado corrobora com os dados encontrados no estudo de Silva *et al.*, (2019) onde a maioria das entrevistadas também eram mulheres com companheiro 65%, fortalecendo a importância de um companheiro no momento do parto e pós-parto para essas mulheres.

Monteschio *et al.*, (2020), em um estudo que analisou as complicações puerperais em mulheres atendidas para o parto pelo setor público de saúde em um município no Sul do Brasil, apontou que das puérperas em estudo, 88,5% tinham companheiro e 58,1% não concluíram o ensino médio.

O nível de escolaridade materna é um importante fator para caracterizar o perfil obstétrico e sociodemográfico das gestantes visto que tem forte influência sobre a escolha do tipo de parto e na quantidade de vezes que a gestante comparece às consultas de pré-natal.

Quanto a renda familiar dessas mulheres 60,4% relataram receber entre 1 e 2 salários-mínimos, esse dado se assemelha ao estudo realizado por Ribeiro *et al.*, (2021) que buscou analisar os fatores sociodemográficos e obstétricos que podem influenciar na qualidade de vida relacionada à saúde da mulher, no qual 69,1% das pacientes tinham renda familiar entre 1 e 3 salários-mínimos.

Tabela 2 – Distribuição das entrevistadas segundo o número de gestações, partos e número de abortos e o número de consultas pré-natal. Maracanaú- CE, 2024.

DADOS OBSTÉTRICOS	N	%
Número de gestações		
1 gestação	30	27,0
2 ou mais gestações	81	73,0
Número de partos		
1 parto	35	31,5
2 ou mais partos	76	68,5
Evento abortivo		
Nunca sofreu aborto	80	72,1
1 aborto	22	19,8
2 ou mais abortos	8	7,2
Mais de 4 abortos	1	0,9
Número de consultas pré-natal		
1 a 3 consultas	1	0,9
4 a 6 consultas	13	11,7
7 ou mais consultas	97	87,4
Total	111	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação às informações obstétricas, foi possível identificar na Tabela 2, que 73% (n=81) tiveram 2 ou mais gestações, 27% (n=30) apenas uma gestação. O histórico de partos indicou que 68,5% (n=76) dessas mulheres tiveram dois ou mais partos, 31,5% (n=35) tiveram apenas um parto. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado por Oliveira *et al.* (2024) que buscou identificar o perfil socioeconômico, obstétrico e comportamental de puérperas em uma maternidade escola em São Paulo, no qual trouxe que 61,98% das entrevistas tiveram dois partos ou mais. Quanto ao número de eventos abortivos os dados coletados se assemelham aos dados trazidos por Oliveira *et al.*, (2024) que em um estudo realizado em Ribeirão Preto – SP, identificou que 78,87% das entrevistadas não tiveram nenhum aborto.

A análise dos dados demonstra que entre as mulheres entrevistadas 87,4% realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, apresentando dados similares ao estudo de Silva, Carvalho

e Chaves (2021), realizado em Maranhão, no qual os autores trouxeram que 76,2% das mulheres apresentaram mais de seis consultas durante o pré-natal, encontrando-se dentro dos padrões ministeriais que é de no mínimo seis consultas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece à população brasileira, de forma universal, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), diretrizes, ações e iniciativas que contribuem para combater esta realidade, como o pré-natal. A assistência pré-natal surge como uma ferramenta embasada em medidas preventivas que possibilitam o desenvolvimento gestacional com segurança. Um pré-natal de qualidade está diretamente associado à redução de desfechos gravídicos indesejados, como baixo peso e prematuridade, além de minimizar as chances de complicações obstétricas, como eclâmpsia, DMG e mortes maternas (Marques *et al.*, 2021).

Tabela 3 - Distribuição das Intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual. Maracanaú-CE. 2024.

INTERCORRÊNCIAS	N	%
Hemorragia pós-parto grave	1	0,9
Pré-eclâmpsia grave	17	15,3
Rotura uterina	2	1,8
DMG	40	36,0
Hipertensão Arterial	28	25,2
Sífilis	20	18
Oligoidrâmnio	3	2,7
Total	111	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto a distribuição das entrevistadas segundo as intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual, percebe-se na Tabela 3, que houve um predomínio de 36% (n=40) de mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), seguida de 25,2% (n=28) de mulheres com Hipertensão arterial, 18% (n=20) tiveram diagnóstico de sífilis, 15,3% (n=17) tiveram pré eclâmpsia grave, 2,7% (n=3) tiveram Oligoidrâmnio durante a gestação, 1,8%(n=2) rotura uterina e apenas 0,9% (n=1) dessas mulheres teve hemorragia pós-parto grave.

Em um estudo que buscou caracterizar o perfil epidemiológico de gestantes com DMG atendidas em serviço de referência Costa *et al.*, (2022) trouxe que a intercorrência de maior prevalência foi a DMG em 90,2%, seguida da obesidade que esteve presente em 51,9% das participantes. A obesidade além de aumentar os riscos para o desenvolvimento da DMG, se torna um fator de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. Os autores ainda trazem que 25,9% das participantes investigadas foram diagnosticadas com Hipertensão Arterial, incidência semelhante aos dados colhidos durante o estudo em questão.

No estudo atual, 18% das participantes apresentaram o diagnóstico de sífilis confirmado durante a gravidez atual. Se comparado ao estudo realizado por Pereira *et al.*, (2020) em Juiz de Fora - MG no qual trouxe que a prevalência de sífilis foi 34,62% em participantes com a média de idade entre 20 e 24 anos, os dados do estudo atual traz uma diminuição da taxa de diagnósticos durante a gravidez no Município de Maracanaú-Ce.

Os autores ainda fazem um comparativo entre a faixa etária e à escolaridade das participantes e o diagnóstico da sífilis, onde relacionado a escolaridade 54,06% delas possuíam apenas o ensino fundamental. Dessa forma, os autores trazem que uma baixa formação acadêmica e a faixa etária jovem adulta se tornam fatores que influenciam para uma incidência de sífilis nesse público. (Pereira *et al.*, 2020)

As Síndromes Hipertensivas Gestacional (SHG) estiveram presentes em 40,5% das participantes, dentre elas a de maior incidência foi a Hipertensão Arterial com 25,2%, seguida da Pré-eclâmpsia grave com 15,3%. Em uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro por Villalba *et al.*, (2022) apresentou dados que divergem do estudo em questão, trazendo que a Pré-eclâmpsia Grave foi a complicação que teve uma maior incidência, sendo mais prevalente em 77,3% das participantes do estudo.

A classificação de risco gestacional é um instrumento considerado valioso para as condutas a serem realizadas durante a assistência pré-natal. As gestações que exibem prognósticos desfavoráveis à saúde materna e fetal e assim necessitem de acompanhamento frequente com aparatos tecnológicos mais específicos é classificada como gestação de alto risco. Essa classificação deve ser considerada para nortear a assistência obstétrica ofertada com vistas a prevenir complicações durante a gestação e o parto (Brasil, 2012).

5.2 ASSOCIAÇÃO DAS INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS COM OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS

A tabela 4 traz a associação estatística entre os dados sociodemográficos e as variáveis estudadas: hipertensão arterial, pré-eclâmpsia grave, diabetes mellitus gestacional e sífilis.

Tabela 4 – Associação entre as Intercorrências Clínicas e os Dados sociodemográficos das puérperas. Maracanaú-CE, 2024.

INTERCORRÊNCIAS	IDADE			ESTADO CIVIL			OCUPAÇÃO			ESCOLARIDADE		
	Até 34 anos	35 ou mais	Valor p	Com companheiro	Sem companheiro	Valor p	Com ocupação	Sem ocupação	Valor p	Até 8 anos	9 anos ≥	Valor p
HAS	30 (69,8)	13 (30,2)	0,3334	31 (72,1)	12 (27,9)	0,280	12 (27,9)	31 (72,1)	0,117	9 (20,9)	34 (79,1)	0,526
PEG	12 (70,6)	5 (29,4)	0,666	13 (76,5)	4 (23,5)	0,914	7 (41,2)	10 (58,8)	0,694	2 (11,8)	15 (88,2)	0,466
DMG	26 (65,0)	14 (35,0)	0,075	37 (92,5)	3 (7,5)	0,004	19 (47,5)	21 (52,5)	0,083	2 (5,0)	38 (95,5)	0,007
Sífilis	27 (90,0)	3 (10,0)	0,025	20 (66,7)	10(33,3)	0,097	22 (73,3)	6 (26,7)	0,172	10 (33,3)	20 (66,7)	0,011

Fonte: Dados da pesquisa.

Foi possível perceber na Tabela 4 que houve uma significância estatística relacionando a Sífilis com a idade das puérperas ($p=0,025$) e com a escolaridade ($p=0,011$), demonstrando que 90% das mulheres que tiveram sífilis tinham até 34 anos e 66,7%% tinham 9 anos de estudos ou mais.

Os dados referentes a idade das participantes corroboram com o estudo realizado por Macêdo *et al.*, (2020) que teve como objetivo avaliar as barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical da sífilis em gestantes, onde os autores trazem que 63,3% tinham entre 20 e 34 anos. Se assemelhando também ao estudo de Santos *et al.*, (2022) que buscou traçar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis materna e congênita trazendo que 69% das participantes tinham entre 20 e 34 anos.

O estudo de Souza *et al.*, (2023) cujo objetivo foi analisar as características epidemiológicas do binômio mãe-filho exposto à sífilis, mostrou que houve predomínio de casos de Sífilis Gestacional em mulheres entre 20 e 39 anos, com aumento de 7,81% entre o primeiro e o terceiro triênio.

Pereira *et al.*, (2020) em um estudo que buscou observar a correlação entre o fator etário e educacional no diagnóstico da sífilis em gestantes do Município de Juiz de Fora - MG, mostrou que em relação à idade da gestante e a formação escolar, destaca-se mulheres com idade igual ou superior a 20 anos e com formação igual ou superior ao ensino médio apresentam risco de contaminação 36% maior em relação ao grupo com menor formação.

Baldo *et al.*, (2021) em um estudo com o objetivo de compreender o que a literatura revela acerca do perfil epidemiológico dos casos de sífilis na gestação nos últimos anos no Brasil, trouxe que a região nordeste e sul do país foram campo de pesquisa em 81,2% dos artigos. Com o estudo, observa-se que ainda existem barreiras para o acesso oportuno das gestantes ao diagnóstico de sífilis na gestação, especialmente entre as mais vulneráveis: gestantes jovens, em média 25 anos, não brancas, residentes nas regiões Norte e Nordeste, baixa escolaridade, ausência de ocupação remunerada, múltiplos parceiros e múltiparas.

As autoras ainda trazem a necessidade de implementar medidas educacionais precocemente na população e buscar a homogeneização no atendimento de saúde impedindo que fatores socioeconômicos, comportamentais e demográficos prejudiquem a atenção integral à saúde da mulher brasileira (Baldo *et al.*, 2021).

Com isso, se faz necessário conhecer o perfil das mulheres diagnosticadas com sífilis, em busca de compreender os desafios enfrentados durante esse processo e suas consequências no período gravídico. No que diz respeito às características das mulheres positivadas, constatou-

se que há algumas condições comuns associadas ao alto número de gestantes acometidas por essa patologia, sendo elas: fatores socioeconômicos, comportamentais, demográficos e alguns vinculados à assistência à saúde (Silva; Carvalho; Chaves, 2021).

Já em relação ao DMG a associação estatística também foi significativa, demonstrando que 92,5% das mulheres que tiveram DMG como principal intercorrência, tinham companheiros ($p=0,004$) e que 95,5% tinham mais de 9 anos de estudo ($p=0,007$).

Segundo Silva *et al.*, (2019), que realizou um estudo em uma maternidade de referência do estado do Piauí, com o objetivo de analisar a qualidade de vida (QV) das puérperas e relacioná-la com variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas e neonatais, identificou que entre as mulheres que apresentaram intercorrências clínica ou obstétrica na gestação atual 65% delas tinham companheiro, essa associação aponta a importância de um companheiro, bem como um apoio familiar nesse período, o que proporciona uma segurança e o desempenho de um papel extremamente positivo para essas mulheres.

Para Agostini *et al.* (2020), a experiência da interação no ambiente domiciliar leva à criação de significados e facilita o processo de ensino e aprendizagem das práticas parentais positivas, além de contribuir para a construção do papel materno. Dados encontrados em um estudo de Silva *et al.* (2019) trazem que 38,8% dessas mulheres tinham o ensino médio completo e 8,7% dessas mulheres tinham DMG.

De acordo com Bertoli *et al.*, (2022) compreende-se o DMG como decorrência do “aumento dos graus de glicose no período da gravidez, colocando em risco a saúde da gestante e do bebê”. Os autores acrescentam que fatores como hábitos de vida; atividades laborais; genética; história da família e idade avançada podem contribuir diretamente no desenvolvimento da diabetes mellitus gestacional.

Salvadori e Silva (2022), destacam que fatores como peso; idade; sexo e escolaridade influenciam diretamente no desenvolvimento da diabetes gestacional, bem como destacam a necessidade de acompanhamento sistemático e contínuo da mãe e do feto, garantindo o desenvolvimento normal e o tratamento da diabetes mellitus gestacional. Ainda de acordo com os autores, o diabetes mellitus gestacional é um problema de saúde pública que, epidemiologicamente, tende a atingir mulheres com baixo grau de escolaridade; pardas e pretas.

A tabela 5 traz a associação estatística entre os dados obstétricos e as variáveis estudadas: hipertensão arterial, pré-eclâmpsia grave, DMG e sífilis.

Tabela 5 – Associação entre as Intercorrências Clínicas e os Dados Obstétricos das puérperas. Maracanaú-CE, 2024.

Intercorrências	Pré-natal			Gestação			Parto		
	4 a 6 consultas	7 ou mais	Valor p	1 gestação	2 gestações ou mais	Valor p	1 parto	2 partos ou mais	Valor p
HAS	3 (7,0)	40 (93,0)	0,155	13 (30,2)	30 (69,8)	0,545	16 (37,2)	27 (62,8)	0,306
PEG	4 (23,5)	13 (76,5)	0,666	5 (29,4)	12 (70,6)	0,810	6 (35,3)	11 (64,7)	0,717
DMG	5 (12,5)	35 (87,5)	0,979	7 (17,5)	33 (82,5)	0,090	8 (20,0)	32 (80,0)	0,050
Sífilis	5 (16,7)	25 (83,3)	0,141	11 (36,7)	19 (63,3)	0,164	11 (36,7)	19 (63,3)	0,479

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela 5 traz que a variável DMG esteve associada ao número de partos, trazendo uma significância estatística de $p=0,050$, demonstrando que 80% das mulheres que tinham DMG tiveram 2 partos ou mais. Essa relação se associa ao fato de que quem tem DMG na primeira gestação tem uma maior probabilidade de ter novamente em gestações futuras, desenvolver DM2 após a gestação e maiores complicações durante e após o parto (ADA, 2004).

A gestação é um fenômeno fisiológico, onde sua evolução na maioria dos casos ocorre sem intercorrências. Apesar disso, algumas gestantes por serem portadoras de alguma patologia ou desenvolverem algum problema durante o período gestacional, podem apresentar uma maior probabilidade de acontecimentos desfavoráveis e complexos nesse período.

Conforme Souza e Ferreira (2021), o DMG é definido como qualquer grau de intolerância à glicose que começa ou é detectado durante a gravidez. Esta definição se aplica quando o tratamento é baseado em dieta ou terapia com insulina. Esta condição pode persistir ou não após a gravidez. Deve-se notar, entretanto, que esta definição não exclui o fato de que uma intolerância à glicose não detectada já está presente antes da gravidez.

Souza e Ferreira (2021), ressaltam que o DMG é classificado de acordo com a intolerância glicêmica, que pode se desenvolver durante a primeira gravidez e que, além dos riscos fetais, pode acarretar fatores de risco que podem desencadear complicações que pode persistir após o parto. O DMG é detectado entre a 24ª e a 28ª semana de gravidez, logo na primeira gestação.

As gestantes portadoras de DMG são classificadas como grávidas de risco e devem ser encaminhadas para o pré-natal de alto risco. De acordo com a Associação Americana de Diabetes (2004), mulheres com DMG têm alto risco de recorrência em gestações futuras. Além disso, segundo Pereira *et al.*, (2019), o principal fator de risco para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus do tipo 2 e de síndrome metabólica é o antecedente obstétrico de DMG. Pereira (2019), afirma que o diagnóstico de DMG deve ser considerado uma prioridade de saúde mundial, pois nos últimos anos, houve aumento progressivo do número de mulheres com diagnóstico de diabetes em idade fértil e durante o ciclo gravídico-puerperal, como reflexo do crescimento populacional, do aumento da idade materna, da falta de atividade física e, principalmente, do aumento da prevalência de obesidade.

A prevalência de hiperglicemia durante a gravidez pode variar dependendo dos critérios diagnósticos utilizados e da população estudada.

Conforme Chacur (2021) diversas são as complicações que o diabetes gestacional traz para a mãe e para o recém-nascido, os filhos de mães com diabetes gestacional podem

apresentar complicações quando ainda estão dentro do útero ou após o nascimento. Além do aumento nos níveis de insulina no corpo da mulher, é possível que o mesmo aconteça com o feto, que passa a receber muita glicose por meio da placenta, o chamado hiperinsulinismo.

Outro fator que chama atenção na Tabela 5 mesmo não se chegando a uma significância estatística é que 93% das mulheres com HAS e 76,5% das mulheres com PEG realizaram mais de 7 consultas de pré-natal, demonstrando uma boa adesão ao cuidado. Dados de um estudo realizado por Moraes *et al.*, (2019) que buscou identificar o perfil clínico de mulheres com Síndromes Hipertensivas na Gestação e seus neonatos, trouxe que 31,05% tinham HAS e 43,68% tiveram PEG, identificando também que 41,58% das mulheres entrevistadas realizaram acima de 6 consultas pré-natal.

O Ministério da Saúde (2023), traz que as síndromes hipertensivas como HAS e PEG são condições clínicas de maior risco na gestação e as principais causas de mortalidade no Brasil. Trazendo ainda que a taxa dessa intercorrência obstétrica em 2021 passou a ser 33,3 mortes por 1.000 partos.

O Ministério da Saúde (MS) implantou no ano de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), garantindo assim a redução dos óbitos maternos e perinatais e uma assistência de qualidade e humanizada desde o parto até o puerpério (Lima *et al.*, 2019). Mostrando a importância das consultas durante a gestação, principalmente para aquelas classificadas como sendo de alto risco, diminuindo assim os riscos de morbimortalidade materna e neonatal. Garantindo um acompanhamento de todos os aspectos gestacionais, visando uma evolução segura, sem grandes impactos para a saúde materna e fetal.

6 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados com a realização dessa pesquisa, trouxe que as condições clínicas mais frequentes encontradas nas pacientes internadas na maternidade no período de coleta de dados foram a DMG, SHG e Sífilis. Podendo também ser traçado o perfil sociodemográfico dessas mulheres, caracterizado por mulheres em idade reprodutiva, de cor parda, com companheiro, com média de mais 9 anos de estudos e de renda familiar entre 1 e 2 salários-mínimos, descrevendo assim o objetivo principal da pesquisa.

Os resultados colhidos reforçam a necessidade de atenção, suporte e apoio à mulher no período gestacional, do parto e pós-parto, seja a mulher primípara ou multípara, de regiões vulneráveis ou não, e que estas devem receber o máximo de informações quanto a importância de um acompanhamento pré-natal de qualidade. Nesse sentido, é primordial que a equipe multiprofissional que acompanhará essas pacientes esteja ciente sobre os diagnósticos e suas possíveis consequências a vida dessas mulheres.

Como limitação para o estudo pode ser apontado o fato de uma parte dos dados terem sido coletados dos prontuários referentes a intercorrências clínicas, não possibilitando assim a caracterização de alguns critérios devido ao preenchimento incorreto de alguns itens no prontuário. Uma vez que se pode destacar a omissão de alguns dados importantes nas evoluções, bem como o preenchimento inadequado de alguns itens, onde frequentemente foi observado diversos itens ignorados no preenchimento do prontuário das pacientes, sendo esclarecidos no momento da entrevista. Podendo esses fatores contribuir para uma dificuldade perante a monitorização dos dados coletados.

Quanto as contribuições do estudo, a sua realização servirá para o fortalecimento da pesquisa no campo da saúde da mulher, ampliando o conhecimento sobre os fatores que possam influenciar nas intercorrências clínicas que podem afetar essas mulheres e sobre a morbidade materna grave que pode ocorrer a partir de tais complicações não tratadas.

Além disso, os resultados encontrados serão capazes de oferecer respostas às necessidades mais preeminentes para os gestores das organizações de saúde, bem como para os profissionais de saúde que atuam na área da saúde da mulher. Sendo importante destacar o desenvolvimento de mais pesquisas acerca dessa temática, pois proporcionara aos pesquisadores e profissionais de enfermagem uma visão mais ampla e minuciosa da assistência obstétrica prestada nos serviços de saúde. Além de auxiliar no reconhecimento e tomada de decisão para as principais necessidades enfrentadas por essas usuárias do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, F. C. P. A. D. *et al.* Vivências de interação entre mãe adolescente e enfermeira visitadora: um estudo fenomenológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, e03635, 2024.

ALMEIDA, V.S. *et al.* Sociodemographic, clinical and obstetric profile of puerperal women in a joint accommodation: descriptive study. **Research, Society and Development**, [S. l.], v.9, n.8, p. e361985450, 2020.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION *et al.* 14. Management of diabetes in pregnancy: standards of medical care in diabetes 2019. **Diabetes Care**, v. 42, n. Supplement 1, p. S165-S172, 2019. Acesso em: 13 abr. 2024.

ANDRADE, S, G; *et al.* Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**. Vol.04, 2018. Acesso em: 24 out. 2024.

ARAGÃO, T.E.B.; SANTOS, A.N.S. Percepção de puérperas negras sobre os cuidados recebidos no parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 37, 2023. DOI: 10.18471/rbe.v37.46421. Disponível em: <https://revbaianaenferm.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/46421>. Acesso em: 24 out. 2024.

AZEVEDO, RC; SILVA, HML. Diabetes Mellitus Gestacional: Uma Revisão Integrativa de Literatura. Id on Line **Rev. Psic.**, fevereiro/2023, vol.17, n.65, p. 397-408, ISSN: 1981-1179.

BERTOLI, MR, *et al.*, Clinical-epidemiological profile of pregnant women with Gestational Diabetes Mellitus in Belém of Pará. **Research, Society and Development**, [S. l.], v.12, n.9, p. e8812943196, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i9.43196. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/43196>. Acesso em: 31 may. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Mulher**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher>. Acesso em: 18 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Boletim epidemiológico de sífilis, 2020. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, DF: MS, 2020b. Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5ª ed. P. 9-302. Brasília/DF, 2012.

CASTIGLIONI, C.M. *et al.* (2020) Práticas de cuidado no puerpério desenvolvidas por enfermeiras em Estratégias de Saúde da Família. **Rev. Enferm.** UFSM – REUFSM, Santa Maria, RS, v 10, e 50, p. 1-19, 2020 DOI: 10.5902/2179769237087 ISSN 2179-7692. Acesso em: 15 abr. 2024.

CFB, & ZARDETO, G. Diabetes mellitus gestacional: sintomas, diagnóstico e tratamento /. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, 2022, 8 (2), 10052–10061.
<https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-106>. Acesso em: 14 abr. 2024.

COSTA, L. D.; *et al.*, Diabetes Mellitus Gestacional: perfil epidemiológico de maternidade de alto risco. Arquivos de **Ciências da Saúde da UNIPAR**. Umuarama. v. 26, n. 3, p. 587-603, set./dez. 2022. Acesso em: 28 out. 2024.

FERNANDES, J. A.; CAMPOS, G. W. D. S.; FRANCISCO, P. M. S. B. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 406–416, 2019.

GUEDES, H. M. *et al.* Gestação de alto risco: perfil epidemiológico e fatores associados com o encaminhamento para serviço especializado. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 12, 2022. Disponível em:
<http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4219>. Acesso em: 27 nov. 2024.

GULTIE, T. *et al.* Home Delivery and Associated Factors between Reproductive Age Women in Shashemene Town, **Etiópia**. **J Women's Health Care**,. v.5, n.1, p. 1-4, 2016

JUNQUEIRA, J. M. de O., *et al.*, Diabetes mellitus gestacional e suas complicações – Artigo de revisão Gestational diabetes mellitus and its complications - Review article. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.12, p. 116574-116589 dec. 2021.

LIMA, K. M. S. G., *et al.*, (2019). Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Alto risco. **Braz. J. Hea. Rev.**, 2(4), 3183-3197.

MACÊDO, V. C. DE . *et al.*, Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 518–528, out. 2020. Acesso em: 23 out. 2024.

MACHADO, J. R. F. Metodologias de pesquisa: um diálogo quantitativo, qualitativo e quali-quantitativo. **Devir Educação**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. e–697, 2023. DOI: 10.30905/rde.v7i1.697. Disponível em: <https://devireducacao.ded.ufla.br/index.php/DEVIR/article/view/697>. Acesso em: 28 abril. 2024.

MAIA, M. R. G.; *et al.*, Idade materna e associação com intercorrências na gestação e parto. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 5, p. e15010514471, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i5.14471. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14471>. Acesso em: 31 maio. 2024

MIRANDA, A.R.; *et al.*, Abordagem quantitativa em pesquisas educacionais: perspectivas no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual do Ceará (2013-2016). **Ensino em Perspectivas**, Fortaleza, v.2, n.2, p. 1-19, 2021. Disponível em:
<https://revistas.uece.br/index.php/ensinoemperspectivas>. Acesso em 18 de abr. 2024

Ministério da Saúde (BR). **Gestação de Alto Risco**: Manual Técnico. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.

Ministério da Saúde. **Mortalidade materna: um desafio para a saúde pública mundial.** Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/parto-seguro>.

Ministério da Saúde. **Morte de mães negras é duas vezes maior que de brancas, aponta pesquisa.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/morte-de-maes-negras-e-duas-vezes-maior-que-de-brancas-aponta-pesquisa>

MONTEIRO, J. V.; *et al.*, Assistência Pré-natal como ferramenta profilática de intercorrências obstétricas: Uma revisão integrativa. **Saberes Plurais Educação na Saúde**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. e132691, 2023. DOI: 10.54909/sp.v7i2.132691. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/saberesplurais/article/view/132691>. Acesso em: 27 nov. 2024.

MORAES, L.S.L.; *et al.*, Síndromes hipertensivas na gestação: Perfil clínico materno e condição neonatal ao nascer. **Revista Baiana de Saúde Pública** v. 43, n. 3, p. 599-611. 2019 DOI: 10.22278/2318-2660.2019.v43.n3.a2974. Acesso em: 30 de out. 2024

OLIVEIRA, E.B.A., *et al.*, Perfil de puérperas atendidas em uma maternidade-escola do interior do Estado de São Paulo **XVII Encontro de Iniciação Científica do Centro Universitário Barão de Mauá Anais**, v. 9, 2024 – ISSN 2594-3723 - DOI: 10.56344/enic2024-13. Acesso em: 28 de mai. 2024

PEREIRA A.L.; SILVA L.R.; PALMA L.M *et al.*, Impacto do grau de escolaridade e idade no diagnóstico tardio de sífilis em gestantes. **Femina**. 2020; 48(9): 563-7. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1122585/femina-2020-489-563-567.pdf>. Acesso em: 24 Out. 2024.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7.ed. Porto Alegre: **Artimed**, 2011. Acesso em: 12 mai. 2024.

RIBEIRO, S.G *et al.*, FACTORS THAT INTERFERE IN THE QUALITY OF LIFE RELATED TO THE HEALTH OF WOMEN IN THE POSTPARTUM PERIOD IN NORTHEASTERN BRAZIL. *Texto contexto-enferm.*, v.30, e20190009, 2021.

RIBEIRO SG, *et al.*, Factors that interfere in the quality of life related to the health of women in the postpartum period in northeastern Brazil. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2021 30:e20190009. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0009>. Acesso em: 24 mai. 2024

ROLIM, N. R. F. *et al.* Factors that contribute to the classification of high-risk pregnancy: integrativereview. **Brazilian Journal of Production Engineering**, Espírito Santo, v. 6, n. 6, p. 60–68, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/bjpe/article/view/31055>. Acesso em: 27 nov. 2024.

SALVADORI, V., & PEREIRA SILVA, D. Diabetes Mellitus Gestacional – Revisão Da Literatura. **Revista Saúde Utdisciplinar**, 2022,11(1).<https://doi.org/10.53740/rsm.v11i1.375> Acesso em: 24 mai. 2024.

SAMPAIO, M.I.C.; SABADINI, A.A.Z.P.; KOLLER, S.H. **Produção Científica: um Guia Prático**. Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia, 2022 DOI:

<https://doi.org/10.11606/9786587596280> Disponível em:
www.livrosabertos.abcd.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/book/925 . Acesso em 28 maio. 2024.

SILVA N.C, CARVALHO K.B, CHAVES K.Z. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. **Femina**. 2021;49(1):58-64. Acesso em: 19 out. 2024.

SILVA, L. P. *et al.*, Assistência puerperal e a construção de um fluxograma para consulta de enfermagem. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, 20 (1), 115-127, 2020

SILVA, S.G.F.; *et al.*, Influência de variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas e neonatais na qualidade de vida de puérperas. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e44636, 2019.

TEIXEIRA, D. *et al.*, Alimentação e Nutrição na Gravidez. Direção-Geral da Saúde - **Ministério da Saúde**. Lisboa. p, 1-80, março 2021. Acesso em: 20 out. 2024.

TORRES, R. G. *et al.*, Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 41, n. 2, p. 90–96, fev. 2019. Acesso em: 24 out. 2024.

VILLALBA, J.P.G.; *et al.*, Processo assistencial a mulheres com morbidade materna grave: um estudo misto **Rev. Gaúcha Enferm.** vol.43 Porto Alegre 2022 Epub 15-Ago-2022.
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210046.en>. Acesso em: 28 out. 2024.

ZANGIROLAMI, R.J.; ECHEIMBERG, J.O.; Leone C. Research methodology topics: Cross-sectional studies. **Journal of Human Growth and Development**. 2018; 28(3):356-360. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>

APÊNDICE A

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE PUÉRPERAS COM INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DE MARACANAÚ - CE

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMÓGRAFICAS	
1. Idade	
2. Estado Civil	☐ Casada/União Estável ☐ Solteira ☐ Divorciada ☐ Viúva
3. Ocupação	☐ Estudante ☐ Cuidadora do lar ☐ Empregada ☐ Desempregada ☐ Aposentada
4. Escolaridade (anos de estudo)	
5. Renda Familiar (em salário-mínimo)	☐ <1 salário ☐ De 1 a 2 salários ☐ De 2 a 4 salários ☐ >4 salários
6. Qual sua religião?	☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Espírita ☐ Umbandista ☐ Sem religião Outro:
7. Você se considera	☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena
DADOS OBSTÉTRICOS	
8. Quantas Gestações/Partos/Abortos?	()G ()P ()A
9. Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual?	☐ Hemorragia pós-parto grave ☐ Pré-eclâmpsia grave ☐ Rotura uterina

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMÓGRAFICAS	
	☐ Complicações do abortamento ☐ Hipertensão Arterial ☐ Hipertensão conjugada ☐ HIV (detectável) ☐ Sífilis (último trimestre) ou congênita ☐ Hepatite B ☐ Oligodramnio Outro:
10. Intervenções Críticas	☐ Internação em UTI ☐ Radiologia intervencionista ☐ Laparotomia ☐ Uso de hemoderivados
11. Número de consultas de pré-natal?	