

Influência de Vulnerabilidades Sociais e Clínicas de Parturientes em Relação ao Perfil de Recém-Nascidos em um Hospital do Sul do Brasil

Influence of social and clinical vulnerabilities of parturient women in relation to the profile of newborns in a Hospital in Southern Brazil

Gustavo Arruda Alves¹, Carolina Disconzi Dallegre², Rafaela Rodolfo Tomazzoni³,
Rafaella Willig de Quadros⁴, Maria Carolina Wensing Herdt⁵, Maria Zélia Baldessar⁶, Grazielle Alves Bento⁷

RESUMO

Introdução: A gestação é um período de transformações e descobertas na vida da mulher, e quando associada à vulnerabilidade, apresenta maiores desafios. O indivíduo vulnerável por fator étnico, social, econômico ou de enfermidade é mais suscetível a danos ou lesões em decorrência de sua exposição e condição. **Objetivo:** Analisou-se o perfil social-clínico-epidemiológico das gestantes, a prevalência e o tipo de vulnerabilidade envolvida e a presença de fatores materno-infantis associados. **Métodos:** Estudo transversal com gestantes atendidas em trabalho de parto no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), na cidade de Tubarão/SC. A amostra total foi de 2100 nascimentos cadastrados através do prontuário eletrônico. **Resultados:** O perfil encontrado de parturientes conforme vulnerabilidades foi de negras ou pardas com (8,00%), mães com menos de 18 anos de idade (4,70%), o fenômeno de migração (0,60%), o uso de drogas na gestação, sendo lícitas e/ou ilícitas (1,50%) e a presença de HIV e/ou VDRL reagente na gestante com (2,30%). As mulheres que utilizaram drogas na gestação apresentaram dados inferiores sobre o peso médio do RN, altura média do RN e tempo gestacional; entretanto, um maior número de gestações e intercorrências ginecológicas e/ou obstétricas em relação às não usuárias. Além disso, as negras ou pardas expressaram uma altura média do RN inferior, mais gestações e intercorrências frente às outras etnias. **Conclusão:** Houve significância estatística nos quesitos de etnia e uso de drogas com $p < 0,05$. O fenômeno migratório, gestantes adolescentes e HIV e/ou VDRL reagentes não foram significantes. Os RN de mães usuárias de drogas apresentaram peso médio e altura abaixo do esperado para idade gestacional.

PALAVRAS-CHAVE: Vulnerabilidade em Saúde, Gestantes, Recém-nascido.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a period of transformations and discoveries in women's lives, and when associated with vulnerability, it presents more challenges. Vulnerable individuals resultant of ethnic, social, economic, or illness factors are more susceptible to damage or injury as a result of their exposure and condition. **Objectives:** We analyzed the social-clinical-epidemiological profile of pregnant women, the prevalence and type of vulnerability involved, and the presence of associated maternal and child factors. **Methods:** Cross-sectional study with pregnant women attended in labor at the Hospital Nossa Senhora

¹ Acadêmico de Medicina – Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul Tubarão/SC (Acadêmico de Medicina – Unisul – Tubarão/ SC)

² Acadêmica de Medicina – Unisul – Tubarão/SC (Acadêmica de Medicina – Unisul – Tubarão/SC)

³ Acadêmica de Medicina – Unisul – Tubarão/SC (Acadêmica de Medicina – Unisul – Tubarão/SC)

⁴ Acadêmica de Medicina – Unisul – Tubarão/SC (Acadêmica de Medicina – Unisul – Tubarão/SC)

⁵ Acadêmica de Medicina – Unisul – Tubarão/SC (Acadêmica de Medicina – Unisul – Tubarão/SC)

⁶ Especialização em Administração Hospitalar e Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina (Médica Hematologista e Coordenadora do curso de Medicina da Unisul, campus Tubarão)

⁷ Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. (Médica Ginecologista e Obstetra formada pelo Hospital e Maternidade Konder Bornhausen. Pós-Graduação em Reprodução Humana na Associação Instituto Sapientiae em São Paulo/SP, Brasil)

da Conceição (HNSC). The total sample was 2100 births registered through the electronic medical record. **Results:** The profile found of parturients according to vulnerabilities was black or brown women with (8.00%), mothers under 18 years of age (4.70%), the phenomenon of migration (0.60%), the use of drugs in pregnancy being licit and/or illicit (1.50%) and the presence of HIV and/or VDRL reagent in the pregnant woman with (2.30%). Women who used drugs during pregnancy had lower data on the average newborn weight, average newborn height, and gestational time. However, a higher number of pregnancies and gynecological and/or obstetric complications compared to non-users. In addition, black or brown women expressed a lower mean newborn height and a higher number of pregnancies and complications when compared to other ethnicities. **Conclusions:** There was statistical significance regarding ethnic origin and drug use with $p < 0.05$. The migratory phenomenon, teenage pregnancies, HIV and/or VDRL reagents were not significant. Newborns of drug-using mothers had mean weight and height below expected for gestational age.

KEYWORDS: Health Vulnerability, Pregnant Women, Newborn.

INTRODUÇÃO

Na gestação, ocorrem diversas alterações fisiológicas no corpo feminino com o intuito de propiciar os requisitos e as necessidades adequados para um desenvolvimento fetal em harmonia com o organismo da mãe (1). Devido às mudanças orgânicas, podem acontecer intercorrências gestacionais, as quais estão ligadas a diversos fatores socioeconômicos, predisposições biológicas e o acesso ou não a um serviço de saúde de qualidade (2). Através de uma anamnese, um exame físico geral e um exame ginecológico satisfatórios, consegue-se identificar riscos gestacionais, evitar complicações e /ou minimizar danos já existentes. Por esse motivo, os profissionais envolvidos no amparo da parturiente precisam fazer um trabalho em equipe multidisciplinar e reforçar a troca de experiências e informações com o propósito de melhorar o acompanhamento, o suporte e o cuidado materno-fetal (3).

O termo “vulnerabilidade” é de origem latina, o qual deriva de *vulnerabilis*, que significa “algo que causa lesão” (4). Logo, o indivíduo vulnerável tem maior susceptibilidade para sofrer algum tipo de lesão ou dano, por apresentar alguma característica ou estar exposto a determinado fator como: étnico, social, econômico, entre outros. Conforme o léxico filosófico, a vulnerabilidade torna-se uma condição intrínseca ao indivíduo, sendo que, muitas vezes, não consegue ser superada nem eliminada (5). No grupo citado anteriormente, incluem-se gestantes adolescentes, mães em situações de baixa escolaridade e/ou classe social desfavorável (6). Muitas vezes, essa vulnerabilidade social está associada à maior exposição de infecções sexualmente transmissíveis (7). Além disso, a etnia pode comportar-se como um fator influenciador das condições de saúde (8); a dependência química e o uso de drogas na gestação podem interferir no bem-estar materno-fetal (9), e o fenômeno de migração e/ou imigração influencia no desfecho gestacional por dificultar, em certos casos, o acesso à saúde (10). A presença desses acometimentos pode ocasionar complicações e internamentos hospitalares, como: baixo peso ao nascimento, restrição do crescimento intrauterino, síndromes hipertensivas, ruptura prematura de membrana, diabetes gestacional, entre outras adversidades (11).

O acompanhamento pré-natal é extremamente fundamental para que as mulheres tenham uma gestação mais

segura e saudável, evitando ou reduzindo riscos para a saúde materno-fetal (12). No Brasil, há vários programas de assistência e prevenção de mortalidade de gestantes, parto ou puerpério, como a Rede Cegonha e, recentemente, o APICE ON (13). O projeto APICE ON (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia) é uma determinação do Ministério da Saúde e de algumas instituições de ensino e possui vários objetivos, entre eles, reconhecer e melhorar as condutas hospitalares em relação ao pré-natal, abortamento, trabalho de parto e nascimento nos hospitais universitários enquadrados na Rede Cegonha (14). Apesar das propostas brasileiras no cuidado à saúde existirem, ainda há necessidade de otimizar suas funcionalidades, principalmente na parte gestacional, já que o 5º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio visava à redução das taxas de mortalidade materna em 75% até 2015, mas apenas reduziu em 45% (13).

Diante disso, os parâmetros de morbidade e mortalidade materna, fetal e infantil servem de subsídio para análise da situação da saúde materno-infantil de certa cidade, região ou país. Em 2015, foram registrados cerca de 303 mil óbitos maternos, 2,6 milhões de óbitos fetais e 2,7 milhões de óbitos neonatais em todo o mundo (15). Conforme o DATASUS, em 2016, no Brasil houve 1.670 óbitos maternos por Região segundo Região/Unidade da Federação, sendo que na Região Sul registraram-se 157 óbitos (16).

Nesse contexto, destaca-se a importância de estudos científicos na área e espera-se que este estudo auxilie os gestores e profissionais de saúde no melhor entendimento e conhecimento das gestantes vulneráveis atendidas no Hospital Nossa Senhora da Conceição, por meio de dados epidemiológicos pertinentes ao município de Tubarão/SC. O estudo teve por objetivo analisar o perfil social-clínico-epidemiológico das gestantes, a prevalência e o tipo de vulnerabilidade envolvida e a presença de fatores materno-infantis associados.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal com 2052 gestantes atendidas em trabalho de parto no período de 01/06/2017 até 08/02/2018, no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), com total de 2100 nascimentos. Não houve ex-

clusões, pois todos os prontuários tinham pelo menos 50% dos dados pesquisados.

Os dados coletados foram armazenados no programa Excel®, e a análise foi feita com o programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 20.0 (SPSS INC., Chicago, Illinois, USA). Na análise descritiva, foram usados números absolutos e proporções, as medidas de tendência central foram descritas nas formas média e desvio-padrão. Os testes do Qui-Quadrado e teste exato de Fisher foram usados, quando apropriados, com o propósito de testar a diferença entre os grupos de variáveis categóricas. Considerou-se uma diferença significativamente estatística para um valor de $p < 0,05$. Para comparação entre as médias dos grupos, recorreu-se ao teste de ANOVA. Foram calculados os intervalos de confiança (IC 95%) e as razões de prevalência (RP).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº de parecer: 3.146.361.

RESULTADOS

No período estudado, foram avaliados 2100 nascimentos de 2052 parturientes, pois foram encontrados 48 partos gemelares. Das parturientes, (90,00%) eram provenientes da AMUREL (Associação de Municípios da Região de Laguna/SC); dessas, 38,20% procedentes do município de Tubarão/SC, 9,70% viviam em cidades catarinenses não incluídas na AMUREL, 0,30% morava fora de Santa Catarina, e menos 0,10% não havia informação de procedência. A Tabela 1 demonstra o perfil sociodemográfico das participantes.

Tabela 01. Perfil sociodemográfico de gestantes atendidas em trabalho de parto no período de 01/06/2017 a 08/02/2018 no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

Variável		Frequência absoluta (N)	Frequência (%)
Etnia	Branca	1878	89,40
	Negra	81	3,90
	Parda	86	4,10
	Amarela	04	0,20
	Não informado	51	2,40
Escolaridade	Analfabetismo/ EFL	308	14,70
	EFC/EMI	523	24,90
	EMC/ESI	862	41,00
	ESC	362	17,20
	Não informado	45	2,10
Estado Civil	Solteira	259	12,30
	Casada	1819	86,60
	Divorciada	15	0,70
	Viúva	04	0,20
	Não informado	03	0,10
Religião	Católica	1474	70,20
	Evangélica	446	21,20
	Espírita	21	1,00
	Outra religião	69	3,30
	Sem religião	39	1,90
	Não informado	51	2,40

^a Ensino fundamental incompleto (EFL)/ Ensino fundamental completo (EFC)

^b Ensino médio incompleto (EMI)/ Ensino médio completo (EMC).

^c Ensino superior incompleto (ESI)/ Ensino superior completo (ESC).

Tabela 02. Perfil da vulnerabilidade de gestantes atendidas em trabalho de parto no período de 01/06/2017 a 08/02/2018 no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

Variável		Frequência absoluta (N)	Frequência (%)
Etnia	Negra ou Parda	167	8,00
Idade Materna	<18 anos	98	4,70
Migração	Migrante e/ou imigrante	12	0,60
Uso de drogas	Lícitas e /ou Ilícitas	31	1,50
Infecção	HIV e/ou VDRL	49	2,30

Tabela 03. Características obstétricas das parturientes e condições do neonato no período de 01/06/2017 a 08/02/2018 no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

Variável		Frequência absoluta (N)	Frequência (%)	
Idade materna	<18 anos	98	4,70	
	18-35 anos	1690	80,50	
	>35 anos	312	14,90	
Via de parto	Vaginal	903	43,00	
	Cesárea	1197	57,00	
Intercorrências obstétricas e/ou gestacionais	Sim	444	21,10	
	Não	1656	78,90	
RN em UTI	Sim	198	9,40	
	Não	1902	90,60	
		N	Média	DP
Idade materna (anos)	2100	27,92	6,32	
Peso do RN (gramas)	2100	3143,59	650,55	
Altura do RN (centímetros)	2090	47,19	3,20	
Idade gestacional (semanas)	2090	38,34	2,59	
Gestações	2049	2,02	1,15	

Foram determinados 5 quesitos na avaliação de vulnerabilidade das gestantes, a saber: etnia negra ou parda; idade materna menor de 18 anos; fenômeno migratório, uso de drogas durante a gestação e presença de HIV e/ou VDRL reagente. Considerou-se a informação da etnia pelo prontuário eletrônico, a idade materna na data do parto, imigrante se a paciente fosse natural de outro país, migrante se a procedência fosse fora de Santa Catarina, o uso de drogas pelas informações descritas na anamnese e HIV e/ou VDRL reagente pela história clínica e/ou exames laboratoriais reativos. A Tabela 2 mostra a prevalência de vulnerabilidade das gestantes e a Tabela 3 apresenta as características obstétricas das parturientes e condições do neonato.

A idade materna mínima foi de (14,36) e máxima de (56,82) anos. O peso mínimo do recém-nascido em gramas de (345,00) e máximo de (5420,00). Altura mínima do re-

cém-nascido em centímetros de (22,00) e máxima de (56,50). Idade gestacional em semanas completas mínima de (20,00) e máxima de (42,57). Número de gestações mínimo de (1,00) e máximo de (9,00). No que se refere às intercorrências, foi estabelecida a presença de pelo menos uma das seguintes: trabalho de parto prematuro; gestação prolongada; amniorrexe prematura; descolamento prematuro de placenta; restrição do crescimento intrauterino; oligodrâmnio; polidrâmnio; placenta prévia; rotura uterina; rotura de vasa prévia; distocias; trauma vaginal, anomalia congênita e abortamento.

Quando comparados vulnerabilidade gestacional *versus* dados do neonato e semanas de gestação, verificou-se que o peso médio em gramas dos RN das mulheres que usaram drogas na gestação é de 2732,90 gramas, contrastando com o peso médio dos filhos das mulheres que não utilizaram drogas de 3148,12 gramas com valor de ($p < 0,001$). A altura média entre o RN das mulheres usuárias de drogas e das não usuárias foi de 44,25cm e 47,22cm, respectivamente, com valor de ($p < 0,001$). Acerca da idade gestacional em semanas, usuárias de drogas tiveram um tempo gestacional inferior às não usuárias, sendo 37,27 semanas contra 38,35 semanas e ($p = 0,023$). Usuárias de drogas na gestação evidenciaram uma média de gestas superior às não usuárias de drogas, consistindo 2,77 contra 2,01 e ($p < 0,001$). Em relação às negras ou pardas e a mulheres de outras etnias, a altura média do RN foi de 46,65cm e 47,22cm, com valor de ($p = 0,029$). Sobre o número médio de gestações, as negras ou pardas obtiveram 2,26 gestas e as mães de outras etnias, 2,00, com valor de ($p = 0,004$). A média de gestações entre as menores de 18 anos foi de 1,18 gesta, ao contrário do outro grupo etário com 2,06, considerando ($p < 0,001$).

Ao levarmos em conta os quesitos de vulnerabilidade, a etnia, idade da gestante, migração, uso de drogas e presença de HIV e/ou VDRL *versus* fatores inerentes à gestante e ao recém-nascido, encontramos significância estatística para intercorrências de parto na etnia negra ou parda e uso de drogas na gestação com p de 0,0029 e 0,003, respectivamente.

DISCUSSÃO

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, em seu 8º artigo, expressa a magnitude da vulnerabilidade: “Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa” (17). Sucessivamente, na esfera nacional, espera-se que o APICE ON, frente aos seus objetivos, possa contribuir com os avanços necessários à mudança de modelo na atenção ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo e às mulheres em situação de abortamento e violência sexual enquadradas em situações vulneráveis ou não (14).

Sobre o perfil sociodemográfico das parturientes, a superioridade da etnia branca no estudo condiz com o esperado por ocorrer na região sul do Brasil e, em termos estatísticos, os catarinenses são os que menos se autodeclararam pretos ou pardos no país. Pacheco *et al.* (8) encontraram em Joinville/SC 86,20% de gestantes brancas e 13,80% negras, porém incluíram pretas e pardas na mesma categoria, diferentemente deste trabalho, em que houve a separação.

A história brasileira foi marcada por vários acontecimentos e episódios sociais que influenciam a comunidade até hoje. A escravidão foi uma forma de produção e comércio adotado até sua extinção pela Lei Áurea, em 1888. Todas as atrocidades que a etnia negra sofreu durante o período do escravismo brasileiro ainda geram consequências atuais, como o percentual de menor escolaridade, menor renda, menor acesso à saúde, entre outras.

As diferenças étnicas têm sido estudadas para mensurar a existência e o impacto que as distinções sociais e farmacológicas possam resultar no desfecho de doenças. Infelizmente, existe desigualdade étnica no acesso e atendimento de patologias, provável herança da história social e cultural desses países que ainda geram repercussões atualmente.

Pacheco *et al.* (8) investigaram a influência entre a etnia da gestante e o desfecho obstétrico. Sobre o número de filhos, as negras apresentaram maior diferença significativa em relação às brancas. Junto ao resultado das negras possuírem mais filhos, indaga-se o motivo disso. As possíveis hipóteses seriam que esse grupo tem menos informação a respeito de planejamento familiar, estão menos inseridas no mercado de trabalho formal, permanecendo no cenário domiciliar e de criação dos filhos, e vivenciam os impactos que os fatores históricos do passado causaram e ainda causam.

Como se não bastassem as interferências sociais que a cor da pele não branca gera, ainda há o ponto da diferença de gênero entre homens e mulheres. Infelizmente, persistem uma desigualdade salarial, distinção laboral e preconceito frente ao gênero feminino. Além do mais, pode haver uma sobreposição de obstáculos biológicos e sociais caso o indivíduo seja mulher, gestante e não caucasiana.

Em relação à escolaridade, Pacheco *et al.* (8) constataram que as negras prevaleceram entre as mulheres com menos anos de estudo. Indiscutivelmente, isso acarretará em uma mão de obra barata e empregabilidade informal, com uma redução da renda familiar que causará um ciclo constante às próximas gerações se não houver alguma forma de mudança. A escolaridade materna é um marcador de risco gestacional, já que influencia no acesso ao serviço de saúde, na percepção da necessidade de realização de consultas do pré-natal, no entendimento das orientações passadas sobre prevenção e tratamento de intercorrências e no melhor manejo e cuidado com o recém-nascido.

Neste estudo, não foi avaliada a diferença educacional por anos de estudo entre as etnias; entretanto, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Tubarão/SC apresenta um índice de desenvolvimento humano de 0,796 superior à média

brasileira de 0,759 (18). Tal circunstância pode estar relacionada com maior expectativa de vida, anos de estudo e renda na região sul do Brasil.

O estado civil da gestante é um tema relevante para a percepção de segurança materna. A união estável e/ou o casamento são predominantes na maioria dos artigos que avaliam o estado civil de parturientes (8,13,19). Claramente, a presença de um companheiro ou companheira durante o período gestacional propicia, na divisão de angústias, resolução de dúvidas e melhor equilíbrio no bem-estar materno e fetal, desde o período pré-natal, puerpério e na criação do filho. Vale lembrar que a mãe solteira ou sem nenhum relacionamento não deve ser encarada com julgamentos. Incontáveis situações, boas ou não, podem ter ocorrido para gerar esse desfecho. A equipe de saúde juntamente com a família e amigos devem acolher essa mulher para um seguimento gestacional adequado.

Sobre o tópico religioso, Silva *et al.* (19) indagaram a conexão entre gestação e religiosidade. A religião católica obteve superioridade com 60,40%, seguida de protestante pentecostal com 20,40% e ateísmo com 7,30%. São dados diferentes do atual estudo, o qual dispõe, em segundo lugar, a categoria de religião evangélica e a opção da não crença religiosa ser menos da metade do estudo de Silva *et al.* Eles demonstraram que a prática religiosa apresenta maior bem-estar psicológico e menor índice de transtornos psiquiátricos, fator extremamente importante para o equilíbrio da saúde materno-infantil.

Vieira *et al.* (20) identificaram a idade média de 17,30 anos em gestantes adolescentes de Ribeirão Preto/SP, número superior ao estudo encontrado, que obteve a idade média de 16,83 anos nesse grupo. Para a maioria, este era seu primeiro filho e a gravidez foi planejada em 25,00% das entrevistadas (20). Tal achado é paralelo ao atual estudo, que encontrou a média de 1,18 gesta em parturientes menores de 18 anos.

Eles perceberam que a maior parte das adolescentes pertencia a famílias nas quais evidenciaram histórico de gravidez na adolescência (20). Esse fator pode contribuir para um ciclo natural e comum, no qual a avó e a mãe engravidaram cedo, e agora é a vez da jovem. A mudança do papel feminino na sociedade, observado nas últimas décadas sobre optar por uma carreira profissional, estabilidade financeira e estruturação no relacionamento, não foi alcançada nesse grupo. Isso pode ser uma manutenção e sequenciamento da história familiar e a interação entre o arbítrio e não de ser mãe e criar os filhos.

A maioria dos profissionais da área da saúde fica surpreendida quando se deparam com gestantes adolescentes no século XXI; no entanto, a maior parte não questiona o pretexto que gerou a gestação. Supõe-se que as adolescentes possam ter falta de informação sobre o assunto, dificuldade do uso ou escolha inapropriada de anticoncepção e/ou alternativa para mudança de vida e sair do lar atual por preferência pessoal. São hipóteses que poderiam ser interrogadas para o melhor entendimento e

contextualização desse tema. Vale lembrar a importância do respeito e acolhimento ao filho, mãe e família para o desenvolvimento de uma gestação mais equilibrada no âmbito social e psicológico.

A ocorrência da migração no estudo não mostrou efeito estatístico pelo fato do número pequeno de gestantes com essa característica. Coutinho *et al.* (21) avaliaram os cuidados de saúde em gestantes imigrantes e de Portugal. O percentual de imigrantes foi aproximadamente 73,00% (21). Acredita-se que, pelo fato de Portugal ser integrante da União Europeia e possuir uma moeda valorizada globalmente, possa explicar a maior quantidade de imigrantes que buscam oportunidades de trabalho.

Sobre o uso de drogas na gestação, Oliveira *et al.* (22) avaliaram os resultados perinatais em gestantes que usaram drogas ilícitas e o desfecho perinatal em São Paulo. O peso médio dos filhos das usuárias de drogas ilegais foi de 2620 ± 510 gramas, com resultados semelhantes ao atual estudo. Além disso, evidenciou que metade das gestantes usuárias de drogas próximo ao parto apresentou intercorrências obstétricas, como descolamento de placenta, trabalho de parto prematuro e síndrome hipertensiva (22). Tal achado condiz com a maioria da literatura, bem como a significância estatística do atual trabalho entre intercorrências obstétricas e/ou gestacionais em parturientes usuárias de drogas. Sabidamente, o uso de substâncias exógenas, legais ou ilegais, é capaz de alterar a homeostase e facilitar a promoção de doenças, agravamento de enfermidades em curso e desequilíbrio da saúde da mãe e do filho.

No quesito vulnerabilidade por infecção HIV e/ou VRDL, Pereira *et al.* (23) analisaram os casos de HIV e AIDS no Rio Grande do Sul e na região metropolitana de Porto Alegre. No período de 2001-2015, foram diagnosticadas 17.262 gestantes HIV-positivas, com taxa de 8,1/1.000 nascidos vivos, bastante diferente do apresentado anteriormente, com 2,3% dos casos sendo HIV e/ou VDRL reagente (23). A discrepância das taxas encontradas pode estar relacionada à maior população do Rio Grande do Sul em comparação à de Santa Catarina e ao cenário diferente entre a cidade de Tubarão/SC e Porto Alegre/RS, a qual possui mais de 1 milhão de habitantes, maior circulação de pessoas e favorecimento para disseminação de doenças.

Já quanto ao possível contágio por sífilis, Falavina *et al.* (24) verificaram a tendência de incidência de infecções transmissíveis em gestantes no estado do Paraná. A análise espacial comprovou a elevação de casos de sífilis nos últimos anos. Entre 2010-2012, houve 34,6 casos a cada 10.000 nascidos vivos, em oposição ao período de 2013-2016 com 110,3 casos de gestantes sífilíticas a cada 10.000 nascimentos (24). Tal propensão de casos possa ser em decorrência de aumento de sexo sem preservativo, não acompanhamento pré-natal, má adesão ao tratamento, terapêutica inadequada ou reinfecção por não tratamento do parceiro.

Naidon *et al.* (25) estudaram a trajetória da gestante e do parto com o desfecho na internação do recém-nascido na UTI neonatal. As principais causas de internação foram

síndrome do desconforto respiratório e a prematuridade (25). O hospital também era referência obstétrica e possuía UTI neonatal disponível, assim como o estudo em questão. Sabe-se que a realização do pré-natal é de extrema importância para a prevenção e tratamento correto de doenças ou agravos. O atraso ou não realização de um acompanhamento de qualidade pode gerar complicações, a exemplo da internação do RN em uma UTI. Todavia, intercorrências obstétricas podem surgir mesmo em pacientes que realizaram um acompanhamento pré-natal efetivo e desencadear na necessidade de suporte intensivo.

Sobre a via de parto, notou-se a hegemonia da cesariana neste estudo. O número de cesarianas exibe valores aumentados globalmente. Esse dado contrapõe-se à Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual preconiza um percentual de 10 a 15% de partos realizados por meio cirúrgico para maior segurança e menos mortalidade materno e infantil (26).

A prática da cesariana pode desencadear maiores chances de hemorragias puerperais, complicações ou efeitos colaterais dos anestésicos utilizados e tendência à infecção. No futuro, pode interferir na fisiopatologia placentária e uterina de uma próxima gestação e motivar o exercício de um novo procedimento cirúrgico. Além disso, proporciona maiores gastos com internação hospitalar, materiais utilizados e tratamento das complicações que possam estar relacionadas (26).

Vários aspectos influenciam na opção da cesariana. Sobre os motivos obstétricos, têm-se as indicações formais e relativas do procedimento conforme a ciência, a praticidade de um evento agendado com mais facilidade na organização familiar e médica e a convenção de uma medicina defensiva. Por outro lado, a gestante influenciada pelo senso comum pode ter uma aversão ao parto vaginal. O medo da dor, dúvidas sobre alterações anatômicas provocadas pelo trabalho de parto e receio por interferências que possam afetar em relacionamentos sexuais futuros são alguns pretextos para a escolha da cesariana.

As condições de vulnerabilidade carecem de destaque e maior cuidado. O estudo apresentou algumas limitações: transcorreram dificuldades para encontrar bibliografias sobre o tema, já que a maior parte dos estudos não exibiu a vulnerabilidade de forma agrupada, mas sim segmentada; o uso de fonte de dados advindos de prontuário eletrônico muitas vezes com informações incompletas; o número reduzido de população vulnerável e suas divisões, em comparação à quantidade total analisada; a não segmentação das variáveis de vulnerabilidade devido ao seu número restrito; o não fracionamento das intercorrências obstétricas e o motivo da internação do RN na UTI.

Por mais que a prevalência de parturientes vulneráveis tenha sido pequena, a condição de vulnerabilidade revela a importância de um manejo adequado no acolhimento, acompanhamento e tratamento gestacional do binômio mãe-filho. Espera-se que políticas públicas possam ser reavaliadas ou executadas para melhor zelo dessas populações, uma vez que sofrem com maior veemência as consequências das lacunas sociais, econômicas e de saúde que o país ainda enfrenta.

CONCLUSÃO

Com os achados do presente estudo, conclui-se que:

1. A maioria das parturientes era de etnia branca, ensino médio completo ou superior incompleto, casadas, católicas e procedentes de Tubarão/SC ou da Associação dos Municípios da Região de Laguna – AMUREL.
2. Acerca da vulnerabilidade, a população negra ou parda obteve maior prevalência, seguida de gestantes adolescentes, HIV e/ou VDRL reagente, uso de drogas e fenômeno migratório.
3. Constatou-se que as negras ou pardas apresentaram maior número de gestas, mais intercorrências obstétricas e/ou gestacionais e a altura média do RN inferior em comparação às outras etnias.
4. Sobre o uso de drogas na gestação, essa categoria obteve uma média de gestas e intercorrências obstétricas e/ou gestacionais superior às não usuárias.
5. O peso médio, a altura média do RN e a idade gestacional no parto das gestantes que usaram drogas mostraram-se inferiores em relação às não utilizadoras.
6. Mais da metade da via de parto foi cesariana, as intercorrências obstétricas e/ou gestacionais menos de 25,00% e a internação do neonato em UTI foi abaixo de 10,00%.

REFERÊNCIAS

1. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais. Manual de ginecologia e obstetria. 5. ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2012.
2. Triaca LP. O perfil das parturientes e seus recém-nascidos: a busca da assistência em município de tríplice fronteira. [Dissertação]. Foz do Iguaçu (PR): Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2017.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Manual técnico da gestação de alto risco. 5. ed. Brasília: MS; 2012.
4. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.
5. Moraes TCA, Monteiro PS. Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. *Rev. Bioét.* 2017;25(2):311-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252191>
6. Falavina LP, Oliveira RR, Melo EC, Varela PLR, Mathias TAF. Hospitalization during pregnancy according to child birth financial coverage: a population-based study. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2018 [acesso em 2019 set 23];52(e03317):1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017032403317>
7. Domingues, RMSM, Leal MC, Pereira APE, Ayres B, Sánchez AR, Larouze B. Prevalence of syphilis and HIV infection during pregnancy in incarcerated women and the incidence of congenital syphilis in births in prison in Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2017;33(11):1-15. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00183616>.
8. Pacheco VC, Silva JC, Mariussi AP, Lima MR, Silva TR. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. *Saúde debate.* 2018;42(116):125-37. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811610>.
9. De Souza LMS. Um novo olhar sobre a parturiente usuária de crack internada em hospital público de Porto Alegre. [Tese]. Porto Alegre (RS): Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde- ICICTS, Especialização; 2012.
10. Almeida LM, Costa- Santos C, Caldas JP, Dias S, Ayres-de-Campos D. The impact of migration on women's mental health in the postpartum period. *Rev Saúde Pública.* 2016;50(35):1-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S15188787.2016050005617>.
11. Gravena AAF, Paula MG, Marcon SS, Carvalho MDB, Pelloso SM. Maternal age and factors associated with perinatal outcomes. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(2):130-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000200005>

12. Miura PO, Tardivo LSLPC, Barrientos DMS. O desamparo vivenciado por mães adolescentes e adolescentes grávidas acolhidas institucionalmente. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018;23(5):1601-10. <http://dx.doi.org/10.1590/141381232018235.14152016>.
13. Varela PLS, Oliveira RR, Melo EC, Mathias TAF. Intercorrências na gravidez em puérperas brasileiras atendidas nos sistemas público e privado de saúde. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2017;25(e2949):1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2156.2949>
14. Ministério da Saúde (Brasil). Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetria e neonatologia. Brasília: MS; 2017.
15. Moura BLA, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2018;34(1):1-13. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00188016>
16. DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. [Internet]. Óbitos maternos por Região segundo Região/Unidade da Federação Período 2016. [acesso em 2019 Ago 18]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>
17. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2005. [Internet]. 33ª sessão da Conferência Geral da UNESCO. [acesso em 2019 ago 10]. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br > publicacoes > declaracao_univ_bioetica_dir_hum](http://bvsms.saude.gov.br/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum)
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. [Internet]. IBGE [acesso em 2019 set 15]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>.
19. Silva CS, Ronzani TM, Furtado EF, Aliane PP, Moreira-Almeida A. Relationship between religious practice, alcohol use, and psychiatric disorders among pregnant women. *Rev Psiquiatr Clín.* 2010;37(4):152-6.
20. Vieira EM, Bousquat A, Barros CRS, Alves MCGP. Gravidez na adolescência e transição à vida adulta em jovens usuárias do SUS. *Rev Saúde Pública.* 2017; 51(25):1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006528>
21. Coutinho EC, Silva AL, Pereira CMF, Almeida AI, Nelas PAB, Pereira VBC, et al. Health care to immigrant and Portuguese pregnant women in Portugal. *Rev Esc Enferm USP* 2014;48(2):09-16. DOI: 10.1590/S0080-623420140000800003
22. Oliveira TA, Bersusa AAS, Santos TF, Aquino MMA, Mariani Neto C. Perinatal Outcomes in Pregnant Women User of Illegal Drugs. *Ver Bras Ginecol Obstet* 2016;38:183-8. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1580710>
23. Pereira GFM, Shimizu HE, Bermudez XP, Hamann EM. Epidemiology of HIV and AIDS in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, 1980-2015. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília,* 2017;27(4):1-11, 2018. doi: 10.5123/S1679-49742018000400004
24. Falavina LP, Lentsck MH, Mathias TAF. Tendência e distribuição espacial de doenças infecciosas em gestantes no estado do Paraná-Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019;27:1-10. DOI: 10.1590/1518-8345.2838.3160.
25. Naidon AM, Neves ET, Silveira A, Ribeiro CF. Gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascidos em terapia intensiva neonatal: relato de mães. *Texto Contexto Enferm,* 2018; 27(2):1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180005750016>
26. Rodrigues PL. Fatores Associados ao Parto Cesariana no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM) [Tese] [Internet]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2016. [acesso em 2019 Set 06]. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/8671>.

✉ Endereço para correspondência

Gustavo Arruda Alves

Rua Capitão Alexandre de Sá, 280/502

88.704-210 – Tubarão/SC – Brasil

☎ (49) 3222-6008

✉ gustavo_arruda@hotmail.com

Recebido: 21/1/2020 – Aprovado: 3/5/2020