



ORIGINALES

Internações em UTI por causas obstétricas

Ingresos en UCI por causas obstétricas

ICU admissions for obstetric causes

Luana Feitosa Mourão¹

Igor Cordeiro Mendes²

Antonio Dean Barbosa Marques³

Virna Ribeiro Feitosa Cestari⁴

Roussana Maria Barreto de Brito Braga⁵

¹Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Fortaleza, CE, Brasil. luanamourao29@hotmail.com

²Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil.

³Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ Enfermeira graduada pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO). Fortaleza, CE, Brasil.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.302341>

Submissão: 16/08/2017

Aprovação: 9/11/2017

RESUMO:

Objetivou-se analisar as internações de mulheres em idade fértil em uma Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica. Estudo transversal, documental e retrospectivo, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica, localizada em Fortaleza/Ceará, com a presença de mulheres em idade fértil admitidas na unidade no ano de 2016. Os dados foram coletados dos prontuários que atenderam aos critérios de inclusão, durante o mês de abril de 2017, mediante um formulário semiestruturado e analisados por meio de estatística descritiva, sendo incluídos 106 prontuários. A maioria das mulheres tinham faixa etária entre 20 a 29 anos, pardas, em união estável, com ensino médio completo, primíperas, com início do pré-natal no 1º trimestre gestacional, com 4 a 6 consultas. Dentre as causas obstétricas diretas (61,1%) as principais foram Eclâmpsia (34,4%), Síndrome de Hellp (15,1%) e Pré-eclâmpsia grave (11%) e para as causas obstétricas indiretas (38,9%) destacam-se Insuficiência renal (13,5%), Edema agudo de pulmão (11,5%) e Cardiopatia (9,6%). Os dados revelam uma linha tênue no que concerne a atenção a saúde da mulheres dentro do ciclo gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Obstetrícia; Perfil de saúde.

RESUMEN:

Su objetivo es analizar los ingresos de mujeres en edad fértil en una Unidad de Cuidados Intensivos Obstétrica. Estudio transversal, documental y retrospectivo, realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Obstétrica, ubicada en Fortaleza / Ceará, con la presencia de mujeres en edad fértil admitidas en la unidad en el año 2016. Los datos fueron recolectados de los registros que atendieron a

los criterios de inclusión. Durante el mes de abril de 2017, mediante un formulario semiestructurado y analizado por medio de estadística descriptiva, siendo incluidos 106 registros. La mayoría de las mujeres tenía un grupo de edad entre 20 y 29 años, pardas, en unión estable, con enseñanza media completa, primíparas, con inicio del prenatal en el primer trimestre gestacional, con 4 a 6 consultas. Entre las causas obstétricas directas (61,1%) las principales fueron Eclampsia (34,4%), Síndrome de Hellp (15,1%) y Pre-eclampsia grave (11%) y para las causas obstétricas indirectas (38,9 (%), Se observan las siguientes: Insuficiencia renal (13,5%), Edema agudo de pulmón (11,5%) y Cardiopatía (9,6%). Los datos revelan una línea tenue en lo que concierne a la atención a la salud de las mujeres dentro del ciclo gravídico-puerperal.

Palabras clave: Unidades de Terapia Intensiva; Obstetricia; Perfil de salud.

ABSTRACT:

The **objective** was to analyze the admission of women of childbearing age to an Obstetric Intensive Care Unit. A cross-sectional, documentary and retrospective study was carried out in an Obstetric Intensive Care Unit, located in Fortaleza/Ceará, with women of childbearing age admitted to the unit in 2016. Data were collected from 106 medical records that met the inclusion criteria during the month of April 2017, using a semi-structured form, and analyzed by means of descriptive statistics. The majority of the women were between 20 and 29 years old, common-law married, with complete secondary education, primiparous, had initiated prenatal care in the first trimester of pregnancy, and attended 4 to 6 consultations. Among the direct obstetric causes (61.1%), the most frequent were Eclampsia (34.4%), HELLP syndrome (15.1%) and Severe preeclampsia (11%). The indirect obstetric causes (38.9%) included Renal insufficiency (13.5%), Acute lung edema (11.5%) and Heart disease (9.6%). Data revealed a fragile health care for women within the pregnant-puerperal cycle.

Keywords: Intensive Care Units; Obstetrics; Health profile

INTRODUÇÃO

Globalmente, aproximadamente 73% (1.771.000 de 2.443.000) de todas as mortes maternas ocorreram devido à obstétricas diretas e as mortes por causas obstétricas indiretas representaram 27,5% (672.000). Destacaram-se como as principais causas obstétricas de óbitos materno as Hemorragias (27,1%), Distúrbios hipertensivos (14%) e Sepsis (10,7%)⁽¹⁾. As causas obstétricas diretas são as próprias da doença do ciclo gravídico puerperal e as indiretas são as complicações de doenças pré-existentes à gravidez⁽²⁾.

No Brasil, nas últimas duas décadas, houve uma redução de 51% no número de mortes maternas. Contudo, assim como os demais países latino-americanos, o mesmo não apresentou condições favoráveis para que pudesse alcançar a meta de reduzir 75% à taxa de mortalidade materna até o ano de 2015, contida na “Declaração do Milênio das Nações Unidas”. Esse fato não foi possível devido às condições precárias de assistência à saúde associada com a preexistência de doenças crônicas, que se tornam riscos obstétricos durante o período gravídico, sendo o óbito materno considerado um enigma para a saúde coletiva e um preocupante problema de saúde pública, pois os índices epidemiológicos permanecem elevados no território brasileiro^(3,4).

No estado do Ceará em 2014, dentre as causas obstétricas de morte materna, a magnitude foi de 30% por Síndromes Hipertensivas, 15% ocasionadas por complicações durante o trabalho de parto, 11% relacionadas a hemorragias e infecções puerperal, 8% referentes ao Aborto, 6% por Embolia e 19% por outras causas obstétricas diretas⁽⁵⁾.

Referente as complicações obstétricas de hospitalização de mulheres no período gestatório no estado do Paraná em 2010, destacaram-se a infecção do trato urinário inferior (31,0%), hipertensão arterial sistêmica (9,2%), alterações dos níveis

glicêmicos (13,1%) e ruptura prematura das membranas (34%). A criticidade do quadro clínico materno no transcorrer da gestação, parto, aborto e puerpério e a necessidade de cuidados específicos que reduzam o risco de agravo à saúde levam a admissão dessas mulheres a uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Obstétrica⁽⁶⁾.

Visando minimizar esses índices epidemiológicos e reduzir a quantidade de óbitos maternos, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) elaborou estratégias almejando atingir a 5ª meta do milênio, com destaque para à criação da Rede Cegonha em 2011 que tem como um dos seus objetivos reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal⁽⁷⁾.

A importância do acompanhamento das gestantes por meio do pré-natal, com a realização de no mínimo 6 consultas, conforme preconizado pelo MS, relacionada a realização de exames específicos durante o período gravídico, a imunização materna, o suporte nutricional adequado à essa clientela e a identificação precoce e tratamento de doenças são fundamentais para uma gestação com redução de agravos e de risco materno e neonatal⁽⁸⁾.

Torna-se importante o papel do enfermeiro durante o pré-natal, visto ser o profissional da saúde com maior proximidade e capacidade de criar vínculos com essas mulheres, pois os mesmos possuem uma visão holística da mulher tendo em vista que a gestação não é o único o foco da consulta de enfermagem. O enfermeiro busca amparar essa clientela em suas angústias, medos, desejos e esclarece suas dúvidas^(9,10). Além disso, são profissionais importantes na prevenção e promoção da saúde⁽¹¹⁾.

A motivação para desenvolver essa pesquisa ocorreu após a leitura sobre a temática em periódicos científicos que abordam as causas obstétricas como a principal responsável pelas internações de mulheres em UTI e a alta taxa de mortalidade materna, aguçando o interesse em conhecer a realidade no que concerne as suas causas obstétricas de internação e risco de morte materna ou *near miss*. Além disso, a temática em estudo contempla a Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil – ANPPS⁽¹²⁾.

Dessa forma, objetivou-se analisar as internações de mulheres em idade fértil em uma Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo transversal, documental e retrospectivo. O local de pesquisa foi uma UTI Obstétrica pertencente à um Complexo Hospitalar Universitário, localizado em Fortaleza/Ceará, Brasil.

A população da pesquisa foi constituída por mulheres em idade fértil admitidas na UTI obstétrica durante o ano de 2016. O total de mulheres admitidas nesse setor foram 229, destas, 189 foram por causas obstétricas. Contudo, apenas 106 prontuários foram localizados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), sendo esta a amostra final do estudo. Não foi possível realizar uma nova busca dos prontuários não localizados em virtude do período de coleta estabelecido. Os critérios de inclusão utilizados foram: Internações de mulheres em idade fértil na UTI obstétrica com agravos exclusivos do ciclo gravídico-puerperal no ano de 2016; Mulheres com desfecho do período de internação (óbito, transferência para outro setor ou unidade de saúde; alta hospitalar/médica ou alta a pedido); Informações sobre as internações presentes nos livros de registros da UTI durante o ano de 2016; e presença do

prontuário no SAME. Os prontuários não localizados foram excluídos da presente pesquisa.

Os dados foram coletados dos prontuários que atenderam aos critérios de inclusão, durante o mês de abril de 2017, mediante um formulário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas, contemplando variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas elaboradas pelo próprio pesquisador.

Tabularam-se os dados coletados por intermédio do *Software Microsoft Excel* para armazenamento. Após o término da coleta e da tabulação dos dados, iniciou-se o processo de análise estatística utilizando a técnica da dupla digitação por meio do *software Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) versão 23.0*. Em seguida, foram organizados em tabelas e gráficos e analisados por meio de estatística descritiva avaliando frequências, médias e percentuais. Aplicou-se os testes de Qui-quadrado (X^2) e Razão de Verossimilhança (RV).

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da MEAC e autorização da Comissão de pesquisa designada pela instituição, e, recebeu aprovação sob o número do CAAE 65067417.9.0000.5037, conforme estabelece o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012⁽¹³⁾.

RESULTADOS

Formam localizados 106 prontuários, porém em diferentes registros houve informações incompletas ou não preenchidas, dificultando assim a interpretação mais precisa dos dados coletados.

Com relação ao perfil sociodemográfico das participantes do estudo, observou-se que a maioria encontra-se com a faixa etária entre 20 a 29 anos, com média de 24 anos \pm 6,5, em união estável, pardas, procedentes de Fortaleza e naturais do interior do Ceará, com ensino médio completo, não executavam atividades remuneradas e sem filhos, de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2017.

Variáveis sociodemográficas	F	%
Faixa etária (x = 24,0; DP = 6,5)		
De 14 a 19 anos	31	29,3
De 20 a 29 anos	54	50,9
De 30 a 39 anos	21	19,8
Cor/raça		
Parda	98	92,5
Branca	03	2,8
Não informada	05	4,7
Procedência		
Capital	52	49,1
Interior	51	48,1
Não informada	03	2,8
Naturalidade		
Capital	36	34
Interior	56	52,8
Outros estados	04	3,8
Não informada	10	9,4

Estado civil		
União estável	43	40,6
Casada	27	25,5
Solteira	20	18,9
Viúva	01	0,9
Não informada	15	14,2
Nível de escolaridade		
Analfabeta	01	0,9
Ensino fundamental incompleto	30	28,3
Ensino fundamental completo	17	16
Ensino médio incompleto	05	4,7
Ensino médio completo	38	35,8
Ensino superior	04	4,8
Não informada	11	10,4
Exerce atividade remunerada		
Sim	29	27,3
Não	46	43,4
Não informada	31	29,3
Ter filhos		
Sim	36	34,0
Não	69	65,1
Não informada	01	0,9

Fonte: Pesquisa direta

Quanto a caracterização clínica das participantes do estudo os dados mostram que prevaleceu número de gestações de 1 a 3, média 1, primiparidade, ausência de histórico de aborto e não foram submetidas a procedimentos em gestações anteriores, por encontrarem-se na primeira gestação no momento em que os dados foram registrados no prontuário. Com relação ao pré-natal, as participantes iniciaram ainda no 1º trimestre gestacional, com número de consultas de 4 a 6, média $6,2 \pm 2,3$. Contudo, em 46 prontuários não existia registro sobre o mês de início do pré-natal, bem como o número de consultas realizadas, intercorrências e internações durante o ciclo gravídico. No momento da admissão na UTI a maioria encontra-se no puerpério imediato e permaneceram no setor entre 0 a 10 dias, conforme tabela 2.

Tabela 2. Caracterização clínica das participantes do estudo. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2017.

Variáveis clínicas	f	%
Número de gestações (Md=1,0)		
De 01 a 03	93	87,7
De 04 a 06	09	8,5
Maior ou igual a 07	03	2,8
Não informado	01	0,9
Paridade		
Nulípara	19	18,0
Primípara	56	52,8
Múltipara	30	28,3
Não informado	01	0,9
Número de abortos (Md=0,1)		
Nenhum	89	84,0
De 1 a 3 abortos	16	15,1
Não informada	01	0,9

Procedimentos em gestações anteriores		
Parto cesáreo	17	16,0
Parto vaginal	08	7,5
Aborto	01	0,9
Não se aplica	65	61,4
Não informado	15	14,2
Número de consultas do pré-natal ($x=6,2$; $DP=2,3$)		
Até 3 consultas	09	8,5
De 4 a 6 consultas	33	31,1
De 7 a 9 consultas	23	21,7
Maior ou igual a 10 consultas	09	8,5
Não informada	32	30,2
Início do pré-natal		
Primeiro trimestre	44	41,5
Segundo trimestre	14	13,2
Terceiro trimestre	02	1,8
Não informado	46	43,4
Número de internações durante período gravídico		
Nenhuma	05	4,7
Uma vez	03	2,8
Não informado	98	92,5
Intercorrências no período gravídico		
Sim	40	37,7
Não	03	2,8
Não informado	63	59,4
Período do ciclo gravídico puerperal na admissão na UTI		
Durante a gravidez	21	19,8
Pós-abortamento	01	0,9
Puerpério imediato	70	66,0
Puerpério mediato	11	10,4
Não informado	03	2,8
Tempo de internação na UTI ($Md=2,0$)		
De 0 a 10 dias	99	93,4
De 11 a 20 dias	01	0,9
Acima de 20 dias	01	0,9
Não informado	05	4,7

Fonte: Pesquisa direta

Foram identificados 11 grupos para causas obstétricas diretas (61,1%), destaca-se a Eclâmpsia (34,4%), Síndrome de Hellp (15,1%) e Pré-eclâmpsia Grave (PEG) (11%) como as principais responsáveis pela admissão das mulheres na UTI obstétrica e das causas obstétricas indiretas (38,9%), que encontram-se agrupadas em sete grupos, ressalta a Insuficiência renal (13,5%), Edema agudo de pulmão (11,5%) e Cardiopatia (9,6%).

Tabela 3. Distribuição das causas obstétricas diretas e indiretas de admissão na UTI. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2017.

Causas obstétricas diretas (n= 119)	f	%
Eclâmpsia	41	34,4%
Síndrome de Hellp	18	15,1%
Pré-eclâmpsia grave	13	11%
Doença hipertensiva específica de gestação	08	6,7%
Deslocamento prematura de placenta	08	6,7%
Diabetes Mellitus Gestacional	04	3,3%
Outros*	27	22,8%
TOTAL	119	100
Causas obstétricas indiretas (n = 52)	f	%
Insuficiência renal	07	13,5%
Edema agudo de pulmão	06	11,5%
Cardiopatía	05	9,6%
Miocardíopatia periparto	03	5,8%
Outros**	31	59,6%
TOTAL	52	100

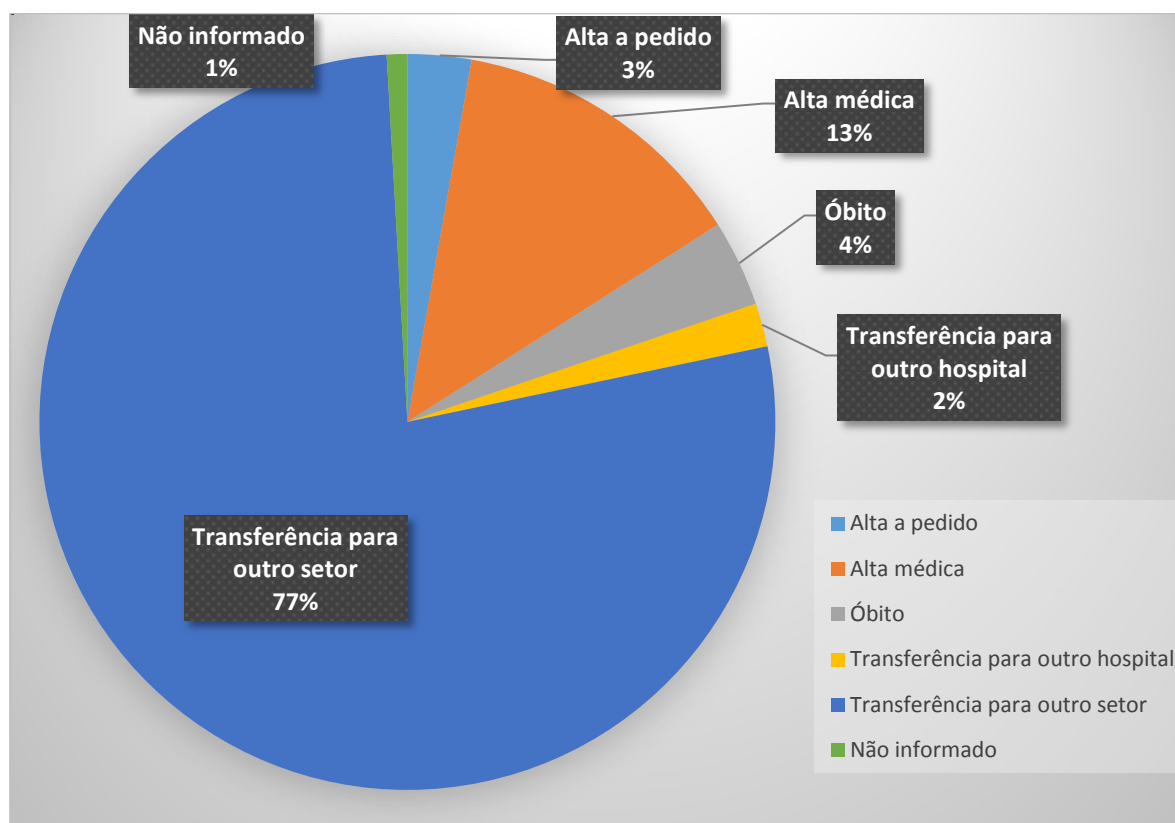
*Ruptura uterina, Ráfia uterina, Parto cesário, Pós-datismo, Ruptura prematura das membranas ovulares, Gestação de 28 semanas, Amniorrexe, Parto prematuro, Hemorragia pós-parto, Sangramento vaginal intenso, Aborto, Óbito fetal, Instabilidade materna, Placenta prévia, Pós-operatório imediato de parto, Laceração, Curetagem, Atonia uterina, Sofrimento fetal.

**Hemoperitônio, Síndrome de Malloy Weiss, Síndrome tireotóxica, Síndrome de Chung Staus, Distúrbios eletrolíticos, Trombose venosa profunda, Tromboembolismo pulmonar, Choque hemorrágico, Doença pulmonar obstrutiva crônica, Parada respiratória, Pielonefrite, Apendicite, Meningite bacteriana, Anemia, Hipertireoidismo, H1N1, Epilepsia, Insuficiência cardíaca periparto, Acidente vascular encefálico hemorrágico, Choque hipovolêmico, Cardiopatía reumática, Insuficiência mitral e aórtica, Monitorização a sensibilização a penicilina, Hipovolemia, Hipotensão, Hipotireoidismo, Disfunção hepática, Sepsis, Pneumonia.

Fonte: Pesquisa direta

No que refere aos desfechos clínicos das participantes do estudo durante o período de internação na UTI, a maioria (77%) foram transferidas para outro setor, 13% tiveram alta hospital/médica e houve apenas 4% de casos de óbito materno, conforme gráfico 1.

Gráfico 1. Desfechos clínicos das participantes do estudo. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2017.



Fonte: Pesquisa direta

Entre a associação do desfecho clínico para óbito e as características sociodemográficas e clínicas das participantes do estudo, observou-se que os casos de óbitos maternos não apresentaram associação direta com a faixa etária, escolaridade, paridade, mês gestacional de início do pré-natal, número de consultas, causas obstétricas e tempo de internação na UTI, contudo, houve relação das causas de óbitos com as complicações durante a internação na UTI, conforme tabela 3.

Tabela 4. Associação entre desfecho clínico óbito e características sociodemográficas e clínicas. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2017.

Variáveis	Óbito		p-valor
	Sim f(%)	Não f(%)	
Faixa etária			0,311
Até 29 anos	04 (3,8)	81 (76,4)	
Igual ou acima de 30 anos	0	21 (19,8)	
Escolaridade			0,816
Até ensino fundamental completo	02 (1,9)	57 (53,8)	
Ensino médio e superior	02 (1,9)	45 (42,4)	
Paridade			0,390
Até 1 gestação	04 (3,8)	86 (81,1)	
Acima de 1 gestação	-	16 (15,1)	
Consultas de pré-natal			0,845
Até 6 consultas	01 (0,9)	41 (38,7)	
Acima de 6 consultas	01 (0,9)	31 (29,2)	

Mês de início do pré-natal			0,390
Até o 3º mês gestacional	04 (3,8)	86 (81,1)	
Acima do 3º mês gestacional	-	16 (15,1)	
Causas obstétricas			0,531
Direta	03 (2,8)	85 (80,2)	
Indireta	01 (0,9)	17 (16,0)	
Complicações durante internação			0,002
Sim	04 (3,8)	29 (27,4)	
Não	0	72 (67,9)	
Tempo de permanência na UTI			0,227
Até 5 dias de internação	03	94 (88,7)	
Acima de 5 dias de internação	01 (0,9)	08 (7,5)	

Fonte: Pesquisa direta

DISCUSSÃO

Na presente pesquisa referente aos aspectos sócio-demográficos os mesmos corroboram a um estudo realizado em 2012, no mesmo município de Fortaleza em uma UTI de um Hospital Público, no qual a faixa etária era de 20 a 34 anos (52,7%), procedentes do interior do Ceará (50%), casadas (55,56%), com escolaridade maior a 8 anos de estudo (58,3%) e não realizavam atividades remuneradas (83,3%)⁽¹⁴⁾.

Em uma coorte desenvolvido na Colúmbia Britânica, Canadá, entre os anos de 2005 e 2010, que retrata a morbidez materna e resultados perinatais entre as mulheres em áreas rurais versus urbanas, apresentou associação entre a morte ou morbidade materna grave e residência rural⁽¹⁵⁾. Acredita-se que gestantes e puérperas que residem no interior do estado do Ceará possuem dificuldades de acesso a serviços de maior complexidade e densidade tecnológica, sendo encaminhadas para a capital quando há uma intercorrência e/ou agravo. Contudo, mesmo as que residem em locais que ofertem cuidados obstétricos de maior complexidade, podem ter complicações devido as causas evitáveis.

O nível de escolaridade das mulheres é um fator condicionante na adesão ao pré-natal, a baixa escolaridade materna está associada ao aparecimento de situações de risco para o binômio mãe e filho, supõe-se assim que quanto maior o nível de escolaridade maior será a compreensão da necessidade de cuidados específicos durante a gestação, bem como o início precoce do pré-natal⁽¹⁶⁾.

Em relação aos dados clínicos, identificou-se nessa investigação que prevaleceu primíparas (52,8%), as quais iniciaram o pré-natal no 1º trimestre gestacional (41,5%), realizando 4 a 6 consultas (31,1%) com média de $6,2 \pm 2,3$.

Esses dados são reforçados por um estudo sobre o perfil clínico de primíparas atendidas em uma maternidade de alto risco, no qual 52 (71,2%) mulheres iniciaram o pré-natal ainda no 1º Trimestre Gestacional, 34 (46,6%) compareceram 4 a 6 consultas do pré-natal e 32 (43,8%) 7 ou mais, sendo do total de mulheres, 73 primíparas, apenas 6 (8,2) necessitaram de atendimento da UTI, permanecendo no setor 1 a 5 dias⁽¹⁷⁾. A variável atendimento na UTI deste, divergiu dos achados nesse estudo, no qual 100% das mulheres foram admitidas na UTI, sendo 66% no puerpério imediato (66%) permanecendo no setor 0 a 10 dias (93,4%). Tal fato justifica-se por esse tempo de internação ser propício à recuperação das complicações que surgiram durante o puerpério, imediato ou mediato, em detrimento de causas obstétricas⁽¹⁸⁾.

Sobre as consultas do pré-natal estas devem ser mensais até a 28^o semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo⁽¹⁹⁾, totalizando no mínimo 6 consultas regulares e completas.

As causas obstétricas diretas e indiretas podem levar as mulheres, durante o ciclo gravídico puerperal, a serem admitidas em uma UTI, pois a gestação ocasiona modificações orgânicas que exigem uma maior atenção e assistência especializada.

Assim, sobre as causas obstétricas de admissão na UTI observou-se que a Eclâmpsia 41 (34,4%) foi a principal causa obstétrica direta, seguida da Síndrome de Hellp 18 (15,1%) e Pré-eclâmpsia grave 13 (11%). Como causas indiretas prevaleceu a Insuficiência renal 07 (13,5%), Edema agudo de Pulmão 06 (11,5) e Cardiopatia 05 (9,6%).

Tais achados nesse estudo, vão ao encontro de outro realizado anteriormente na mesma unidade de cuidados intensivos, na qual as principais causas obstétricas de internação no setor foram Síndromes hipertensivas 198 (53%), sendo 69 (17,7%) Eclâmpsia e 66 (17%) pré-Eclâmpsia grave. Também as Cardiopatias 35 (9%) foram significativas para a admissão⁽²⁰⁾. Contudo, deve-se considerar que essa pesquisa foi realizada de janeiro de 2012 a dezembro de 2014, enquanto os dados do presente estudo são referentes apenas ao ano de 2016.

Já em Recife, em uma UTI obstétrica de referência, mais da metade do número de mulheres admitidas nesse setor no ano de 2014 apresentaram perfil sociodemográfico de baixa escolaridade e perfil clínico de primigestas e histórico de cesária, com complicações responsáveis pela quase morte materna, denominado de *near miss* materno, que nesses casos foram ocasionados por partos prematuros e trombocitopenia aguda associada aos distúrbios hipertensivos da gestação, como Síndrome de HELLP⁽²¹⁾.

Assim como um caso controle pernambucano ressalta os transtornos hipertensivos 17 (22,7%) a principal causa obstétrica direta e a AIDS 57 (9,4%) a causa obstétrica indireta de internação na UTI obstétrica⁽²²⁾.

No Sul do Brasil entre o período de 2005 a 2009 foram admitidas em UTI obstétrica 775 mulheres em idade fértil, no qual os agravos obstétricos corresponderam 12,3% do número de internações. Dentre estes agravos as síndromes hipertensivas gestacional foram mais presentes nas mulheres, representando 71,3% dos casos de internações e comparado com as demais causas obstétricas, representaram 31,3%⁽²³⁾.

Já em uma coorte ambidirecional realizada com pacientes admitidas na UTI obstétrica do Instituto de Medicina Integral de Recife entre 2005 a 2010, as principais causas de internação no período do ciclo gravídico puerperal foram cardiopatia 88 (17,6%), seguido da Trombose Venosa profunda (TVP) 55 (11%) e edema Agudo pulmonar 30 (6%)⁽²⁴⁾.

Apesar da importante redução da taxa de mortalidade materna em 43% de 1990 a 2013 em todo o mundo, estima-se que anualmente cerca de 303.000 mulheres morrem devido a complicações na gravidez e no parto⁽²⁵⁾. O Brasil conseguiu a mesma redução para o período analisado⁽⁴⁾.

Com relação ao desfecho clínico, 77% das mulheres internadas na UTI obstétrica foram transferidas para outro setor, principalmente enfermaria, 13% receberam alta hospitalar e apenas 4% foram a óbito. A taxa de óbito de outros estudos brasileiros variou de 2,2%⁽²⁶⁾ a 20 %⁽¹⁸⁾.

Em uma análise realizada com mulheres internadas por causas obstétricas em uma UTI de um Hospital Público no Paraná apresentou uma maior taxa de mortalidade materna, na qual 20% foram a óbito. Esse fato pode ser justificado por mesmo o número de consultas serem reduzido o conteúdo durante as mesmas foi abordado com maior ênfase⁽¹⁸⁾. Os principais causas para o óbito materno foram idade entre 16 e 43 anos (média de 28,7 anos e desvio padrão – DP = 7,5), viviam em união, era de cor parda (69,7%), não exerciam atividade remunerada e com baixo nível de escolaridade, não fizeram pré-natal (17%) e 26,2% realizaram seis ou mais consultas⁽²²⁾.

Quando realizada a associação do desfecho clínico óbito com as complicações durante a internação na UTI não apresentou associação com a faixa etária e o número de consultas no pré-natal, mas houve associação com as complicações durante a internação tendo o *p* com valor de 0,02. Essas mulheres que evoluíram para o óbito, apesar do pouco tempo de internação, no qual o primeiro caso foi a óbito no primeiro dia de internação, o segundo permaneceu 6 dias e os dois últimos apenas um dia, contudo, os quatro tiveram a mesma complicação, parada cardiorrespiratória não revertida.

Um estudo sobre as causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar mostrou, em seus resultados, que nos hospitais de referência para gestação de alto risco as causas obstétricas diretas de mortes maternas foram: pré-eclâmpsia/eclâmpsia (28 casos), infecção urinária (15), infecção puerperal (12) e aborto (12). Já nos hospitais de referência para gestação de baixo risco destacaram-se: hemorragias (21), embolias (12) e complicações anestésicas (8). O número de óbitos maternos (48) por causas obstétricas indiretas foi mais elevado nos hospitais de referência para gestação de alto risco. Como também os estudo conclui que as mulheres brasileiras estão sujeitas ao óbito por causas já controladas em muitos países, especialmente os mais desenvolvidos⁽²⁷⁾.

Nos Estados Unidos a hipertensão arterial crônica primária e secundária é a principal causa obstétrica de admissão das mulheres em hospitais durante a gravidez, encontrando-se fortemente associada a desfechos adversos do ciclo gravídico puerperal, principalmente a morte materna⁽²⁸⁾.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as mulheres apresentavam perfil sociodemográfico prevalente para faixa etária de 20 a 29 anos (50,9%), pardas (92,5%), em união estável (40,5%), com ensino médio completo (35,8%) e não executavam atividades remuneradas (43,4%). No que concerne ao perfil clínico, eram primíperas (52,8%), que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação (41,5%), com o número de consultas que variou de 4 a 6 (31,1%), média $6,2 \pm 2,3$.

A grande maioria das participantes do estudo foram internadas na UTI por causas obstétricas diretas (61,1%), sendo as principais Eclâmpsia (34,4%), Síndrome de Hellp (15,1%) e PEG (11%). Para as causas obstétricas indiretas (38,9%) destacam-se Insuficiência renal (13,5%), Edema agudo de pulmão (11,5%) e Cardiopatia (9,6%). O principal desfecho clínico foi a transferência para outro setor (77%), apresentando um baixo índice de mortalidade materna (4%), porém com associação significativa entre os óbitos e as complicações durante o período de internação na UTI, *p*-valor 0,002.

Foram fatores limitantes para o estudo o preenchimento incompleto e/ou não preenchimento das informações sobre os procedimentos submetidas em gestações anteriores, número de consultas e início do pré-natal, número de internações e intercorrência durante o período gravídico e demais dados sociodemográficos e clínicos, bem como a não localização dos prontuários pelo SAME

Destarte, os dados revelam uma linha tênue no que concerne a atenção a saúde das mulheres dentro do ciclo gravídico-puerperal. A identificação desse problema de saúde coletiva pode contribuir com a formulação e auxílio de políticas públicas, estratégias de gestão em saúde, e profissionais engajados no planejamento e implementação de ações que visem à prevenção de complicações e conseqüentemente a morte de mulheres em idade produtiva.

REFERÊNCIAS

1. Say L, Germmill A, Tuncalp O, Moller AB, Daniels J, Gulmezoglu AM, et al. Global cause of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health [Internet]. 2014 [acesso em 2017 fev 02]; 2(6): 323-333. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/abstract).
2. Botelho NM, Silva IFMM, Tavares JR, Lima LO. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2014 [acesso em 2017 fev 02]; 36(7): 290-295. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n7/0100-7203-rbgo-s0100-720320140004892.pdf>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012 [acesso em 2017 fev 02]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf.
4. Brasil. Portal Brasil. OMS: Brasil reduz mortalidade materna em 43% de 1990 a 2013 [acesso em 2016 jul. 20]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/oms-brasil-reduz-mortalidade-materna-em-43-de-1990-a-2013>.
5. Ceará. Informe Epidemiológico Mortalidade Materna [acesso em 2015 nov. 2015]. 2015. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins#>.
6. Veras TCS, Mathias TAF. Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2014 [acesso em 2017 fev 02]; 48(3): 401-408. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-401.pdf.
7. Brasil. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011 [acesso em 2015 nov. 15]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_cegonha.
8. Souza MAC, Souza THSC, Gonçalves AKS. Fatores determinantes do *near miss* materno em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2015 [acesso em 2017 fev 02]; 37(11): 498-504. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n11/0100-7203-rbgo-37-11-00498.pdf>.
9. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, Lucena NBF. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Rev. Min. Enferm., [Internet]. 2012 [acesso em 2017 fev 02]; 16(3): 315-323. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>.

10. Barreto CN, Ressel LB, Santos CC, Wilhelm LA, Silva SC, Alves CN. Atenção pré-natal na voz das gestantes. Rev. Enferm. UFPE [Internet]. 2013 [acesso em 217 fev 09]; 7(6): 4354-4363. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4355/pdf/2724>.
11. Martins QPM, Ferreira GSM, Aragão AEA, Gomes FMA, Araújo LM, Ferreira FISI. Conhecimentos de gestantes no pré-natal: evidências para o cuidado de enfermagem. Sanare [Internet]. 2015 [acesso em 2017 fev 08]; 14(02): 65-71. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/827/498>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/07/ANPPS.pdf>.
13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466. Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
14. Souza CF, Okubo BMR, Pontes DS, Silva DHM, Viana MCC, Correia JW. Perfil clínico-demográfico de pacientes em ciclo grávido-puerperal admitidas em uma Unidade de Terapia Intensiva em Fortaleza. Rev. Saúde Públ. [Internet]. 2015 [acesso em 2017 fev 08]; 8(1): 30-42. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/272/288>.
15. Lisonkova S, Haslam MD, Dahlgren L, Chen I, Synnes AR, Lim KI. Maternal morbidity and perinatal outcomes among women in rural versus urban áreas. CMAJ [Internet]. 2016 [acesso em 2017 fev 10]; 188: 17-18. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/content/early/2016/09/26/cmaj.151382.abstract>.
16. Rezende CL, Souza JC. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. Psicólogo informação [Internet]. 2012 [acesso em 2017 fev 10]; 16(16): 45-69. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v16n16/v16n16a03.pdf>.
17. Moraes PGS, Holanda VR, Pinheiro HDM. Perfil epidemiológico de primíparas atendidas em uma maternidade de alto risco. Enfermagem Obstétrica [Internet]. 2014 [acesso em 2017 fev 10]; 1(2): 45-50. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/9>.
18. Tonin KA, Oliveira JLC, Fernandes LM, Sanches MM. Internação em unidade de terapia intensiva por causas obstétricas: Estudo em hospital público de ensino. Rev. Enferm. [Internet]. 2013 [acesso em 2017 fev 10]; 3(3): 518-527. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/9157/pdf>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
20. Saintrain SV, Oliveira JGR, Saintrain MVL, Bruno ZV, Borges JLB, Daher EF et al. Fatores associados à morte materna em unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. Ter. Intensiva. [Internet]. 2016 [acesso em 2017 fev 10]; 28(4): 397-404. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n4/0103-507X-rbti-28-04-0397.pdf>.
21. Oliveira LC, Costa AAR. *Near miss* materno em unidade de terapia intensiva: aspectos clínicos e epidemiológicos. Rev. Bras. Terapia Intensiva [Internet]. 2015 [acesso em 2017 fev 11]; 27(3): 220-227. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v27n3/0103-507X-rbti-20150033.pdf>.
22. Leite RMB, Araújo TVB, Albuquerque RM, Andrade ARS, Neto PJD. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2011 [acesso em 2017 fev 11]; 27(10): 1977-1985. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n10/11.pdf>.

23. Agnolo CMD, Gravena AAF, Romerio-LopesTC, Rocha-Brischiliari SC, Carvalho MDBarros, Peloso SM. Mulheres em idade fértil: causas de internação em Unidade de Terapia Intensiva e resultados. ABCS Health Sci. [Internet]. 2014 [acesso em 2017 fev 02]; 39(2): 77-82. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/626/641>.
24. Coêlho MAL, Coutinho LK, Coutinho I, Hofmann A, Miranda L, Amorim M. Perfil de mulheres admitidas em uma UTI obstétrica por causas não obstétricas. Rev. Assoc. Med. Bras.[Internet]. 2012 [acesso em 2017 fev 02]; 58(2): 160-167. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n2/v58n2a11.pdf>.
25. World Health Organization. Maternal mortality. 2016 [acesso em 2017 jul. 15]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>.
26. Medeiros TMC, Visgueira AF, Moraes HMPL, Araujo KRS, Ribeiro JF, Crizóstomo CD. Perfil das pacientes admitidas na unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade pública. Revista de Enfermagem UFPE [Internet]. 2016 [acesso em 2017 fev 12]; 10(10):3876-82. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3685>.
27. Soares VMN, Souza KV, Azevedo EMM, Possebon CR, Marques FF. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. Rev. Bras. Ginecol. Obstet.[Internet]. 2012 [acesso em 2017 fev 02]; 34(12): 536-543. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n12/02.pdf>.
28. Bateman BT, Bansil P, Hernandez-Diaz S, Mhyre JM, Callaghan WM, Kuklina EV. Prevalence, trends, and outcomes of chronic hypertension: a nationwide sample of delivery admissions. American journal of obstetrics and gynecology [Internet]. 2012 [acesso em 2017 fev 08]; 206: 134. e1-134. e8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22177190>.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia