

INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR CAUSAS OBSTÉTRICAS: ESTUDO EM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO¹***HOSPITALIZATION IN INTENSIVE CARE UNIT FOR OBSTETRIC CAUSES: STUDY IN A PUBLIC TEACHING HOSPITAL******HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR CAUSAS OBSTÉTRICAS: ESTUDIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ENSEÑANZA***

Kelly Aline Tonin¹
João Lucas Campos de Oliveira²
Luciana Magnani Fernandes³
Michelle de Marchi Sanches⁴

Doi: 10.5902/217976929157

RESUMO: **Objetivo:** identificar características sociodemográficas e clínicas de pacientes obstétricas internadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário. **Método:** estudo documental, descritivo-retrospectivo e quantitativo, desenvolvido em hospital universitário no oeste paranaense. Os dados constituíram-se de todos os prontuários das pacientes obstétricas internadas na UTI do hospital entre julho de 2006 a julho de 2012. **Resultados:** Encontrou-se 35 prontuários. Constataram-se pacientes adolescentes, internadas devido a síndromes hipertensivas, hemorrágicas e infecciosas, predominantemente no período pós-parto. O número de consultas de pré-natal foi um registro negligenciado em 25,7% dos prontuários. A taxa de mortalidade foi de 20%. **Conclusões:** Identificou-se panorama de variáveis clínicas e sociodemográficas de pacientes obstétricas internadas em UTI. A taxa de mortalidade foi considerável e as razões de internação na UTI vão ao encontro da literatura, reforçando que os serviços de suporte avançado devem contribuir com as políticas e ações em saúde para a redução da morbi-mortalidade materna. **Descritores:** Unidades de terapia intensiva; Mortalidade materna; Obstetria.

ABSTRACT: **Aim:** identify sociodemographic and clinical characteristics of patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU) of a university hospital. **Method:** documentary, descriptive-retrospective and quantitative study, developed at a University Hospital in the state of Paraná. The data consisted of records of all obstetric patients admitted to the ICU of the hospital between July 2006 and July 2012. **Results:** met 35 charts. Point out the profile of teenagers patients who were hospitalized for hypertensive disorders, hemorrhage and infectious, mostly in postpartum period. The number of antenatal visits was neglected for a record 25.7% of the records. It was observed mortality in 20% of patients. **Conclusions:** identified overview of clinical and sociodemographic variables of obstetric patients admitted to ICU. The mortality rate was considerable and the reasons for ICU admission will

¹Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil. E-mail: kellyy_@hotmail.com

²Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PSE) da Universidade Estadual de Maringá (UEM), PR, Brasil. E-mail: enfjoalcampos@yahoo.com.br

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor adjunto ao Colegiado de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil. E-mail: lumagna@terra.com.br

⁴Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Cuidados Intensivos Neonatais. Professor auxiliar do Colegiado de Enfermagem da Universidade Estadual do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil. E-mail: mi_m_sanches@yahoo.com.br

meet the literature, reinforcing the advanced support services should contribute to policies and health interventions to reduce maternal morbidity and mortality.

Descriptors: *Intensive care units; Maternal mortality; Obstetrics.*

RESUMEN: *Objetivo: identificar características sociodemográficas y clínicas de pacientes obstétricas ingresadas en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital universitario. Método: estudio documental, descriptivo-retrospectivo y cuantitativo, desarrollado en hospital universitario en Paraná. Los datos consisten de todos los archivos de las pacientes obstétricas ingresadas en la UCI del hospital entre julio de 2006 hasta julio de 2012. Resultados: Cumplió 35 archivos. Descubrió pacientes adolescentes hospitalizadas por trastornos hipertensivos, hemorrágicos e infecciosos, principalmente en el período posparto. El número de consultas prenatales fue un registro descuidado en el 25,7% de exámenes. Se observó mortalidad en 20%. Conclusiones: identificado variables clínicas y sociodemográficas de pacientes obstétricas admitido en UCI. La tasa de mortalidad fue considerable y los motivos de ingreso en la UCI se reunirán con la literatura, reforzando que los servicios de apoyo avanzados deberían contribuir a las políticas e intervenciones de salud para reducir la morbilidad y mortalidad materna.*

Descriptor: *Unidades de cuidados Intensivos; Mortalidad materna; Obstetricia.*

INTRODUÇÃO

A gestação, mesmo desencadeando alterações anatômicas, endócrinas, hemodinâmicas e imunológicas importantes no organismo feminino, mantém um equilíbrio dinâmico por mecanismos compensatórios ainda pouco conhecidos. O limite entre a normalidade e a patologia instalada é extremamente tênue e seu desequilíbrio representa um risco elevado de morbi-mortalidade materno-fetal.¹ Desse modo, alguns fatores podem estar presentes de forma a tornarem-se riscos potenciais de complicações para a saúde da mãe e/ou filho.

Alguns dos elementos que se constituem como riscos podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez, como aqueles relacionados à idade materna (menor de 15 anos e maior que 35 anos); a existência de anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; situação conjugal insegura; conflitos familiares; baixa escolaridade; dependência de drogas lícitas ou ilícitas e; exposição a riscos ocupacionais.²

Existem ainda algumas condições clínicas pré-existentes que representam riscos na gestação, tais como: hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, epilepsias, doenças infecciosas, hemorragias, diabetes gestacional, parto prematuro anterior, neoplasias, entre outras.²

Identificar o limite entre a normalidade e a doença instalada é fundamental na prevenção de agravos à saúde da gestante e do feto, pois quando as complicações obstétricas não são tratadas em tempo hábil e/ou manejadas incorretamente, poderão evoluir para um agravo clínico que inclua tratamento assistencial complexo, podendo haver a necessidade de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nesse ambiente, as intervenções dos profissionais de saúde serão pautadas na tentativa de reverter as instabilidades clínicas das pacientes assistidas, oferecendo condições de recuperação física e auxílio para posterior reintegração social.³

Infere-se que nos países desenvolvidos a necessidade de internação em UTI por pacientes obstétricas é baixa. Esses países possuem assistência pré-natal eficiente e baixas taxas de mortalidade materna, ao passo que em países em desenvolvimento, 10% das admissões nas UTI gerais são representadas por pacientes no ciclo grávidico-puerperal e a mortalidade materna é mais elevada.⁴

A chance de uma mulher durante o ciclo gravídico-puerperal ser admitida em uma UTI é bem maior do que a de uma mulher jovem não-grávida. Estima-se que 0,1 % a 0,9% das gestantes desenvolvem complicações, requerendo hospitalização em unidades de suporte avançado. O prognóstico dessas pacientes, em geral, é favorável, requerendo geralmente intervenção mínima, com baixa taxa de mortalidade, em geral inferior a 3%.⁵

A interface clínico-obstétrica assume especial importância em se tratando de uma unidade de cuidados intensivos para pacientes no ciclo gravídico-puerperal, sabendo que as alterações fisiológicas próprias da gestação distinguem essas pacientes de outros adultos jovens. Diferentes condições clínicas têm seu curso afetado pela gravidez, incluindo as variações na interpretação de testes diagnósticos e valores laboratoriais. Complicações exclusivas da gravidez podem não ser familiares aos médicos clínicos, dessa forma, os obstetras e outros integrantes da equipe de saúde devem estar familiarizados com os princípios básicos da terapia intensiva.⁶ Contudo, apesar de todos os avanços na assistência obstétrica, a morbimortalidade materna e perinatal continuam elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do país.²

As causas mais comuns de indicação para internação em UTI no ciclo gravídico-puerperal são por instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória. Destas, destacam-se: pré-eclampsia grave, coagulação intravascular disseminada (CID), embolia por líquido amniótico, síndrome de angústia respiratória aguda (SARA) e trauma.^{3,7}

Frente ao exposto, o estudo justifica-se pela importância relatada deste tipo peculiar de agravo à saúde, pois o conhecimento dos principais agravos e características clínicas que permeiam a internação de pacientes obstétricas em cada serviço de UTI pode contribuir para o planejamento e organização dos recursos demandados nestes serviços, o que certamente contribuirá para o aumento da qualidade da assistência prestada.

Diante da premissa anterior, tomou-se como questão norteadora de pesquisa, a seguinte: Qual é o perfil das pacientes internadas em UTI, o número de ações de pré-natal prévios, de ações diagnósticas e outros eventos relacionados à internação das mesmas em um hospital público de ensino? Neste sentido, o estudo teve como objetivo identificar características sociodemográficas e clínicas de pacientes obstétricas internadas em UTI de um hospital universitário.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva, retrospectiva, com abordagem quantitativa. O local de estudo constituiu-se de um hospital universitário público do interior do Paraná.

O referido hospital situa-se em um município do Oeste paranaense, e é reconhecido em nível federal como hospital de ensino desde 2005. Caracteriza-se como unidade hospitalar para assistência de média e alta complexidade destinada a diversas faixas etárias, bem como funciona como campo de ensino para cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde. Possui serviço com capacidade de 195 leitos, todos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Destes, 15 são destinados para a UTI para adultos (UTI-A).⁸

Previamente à coleta de dados, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: internações em UTI de mulheres com agravos exclusivos do ciclo gravídico-puerperal; informações sobre as internações presentes nos livros de registros da UTI no recorte temporal de julho de 2006 a julho de 2012 e; presença do prontuário no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME). Aqueles prontuários em que as informações relacionadas especificamente à internação na UTI não fossem encontrados no SAME, seriam considerados excluídos do banco de dados.

As variáveis sociodemográficas e clínicas investigadas foram extraídas dos prontuários de pacientes obstétricas admitidas na UTI do hospital mencionado anteriormente, no recorte temporal estabelecido. Tais variáveis foram as seguintes: idade; procedência; escolaridade; paridade; idade gestacional no momento do parto; tipo de parto; número de consultas pré-natal; diagnóstico de internação na unidade de terapia intensiva; época de admissão em relação à gestação; tempo de internação na unidade de terapia intensiva; evolução do quadro (alta/óbito).

Para a obtenção dos dados, fez-se uma busca prévia nos livros de registros da UTI do hospital onde se realizou o estudo. Após a identificação das pacientes admitidas neste setor por causas obstétricas, no recorte temporal estabelecido, fez-se a busca dos prontuários por meio do SAME do hospital.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2012, utilizando-se um instrumento que contemplava a extração das variáveis que foram investigadas. Após a coleta manual dos dados, estes foram transportados para planilhas eletrônicas da ferramenta *Microsoft Office Excel*, versão 2007. A análise descritiva foi realizada com a utilização do programa Statdisk 11.1.0.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) sob parecer 102/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram localizados 35 prontuários, porém, em diferentes registros, havia incompletude/não preenchimento de algumas informações, dificultando assim a interpretação mais precisa de alguns dados. Segue a apresentação e discussão dos resultados encontrados quanto à caracterização das pacientes na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil das pacientes com afecções obstétricas internadas na UTI. Cascavel/ PR, Brasil, 2012.

Variáveis	N	%
Idade		
14 - 19 anos	11	31,4
20 - 25 anos	8	22,9
26 - 31 anos	5	14,2
32 - 37 anos	8	22,9
≥ 38 anos	3	8,6
Total	35	100,0
Procedência		
Cascavel	16	45,7
Outras cidades do Paraná	19	54,3
Total	35	100,0
Escolaridade		
0 - 3 anos	2	5,7
4 - 7 anos	10	28,6
8 - 10 anos	2	5,7
11 anos ou mais	4	11,4
Não informado	17	48,6
Total	35	100,0
Número de gestações anteriores		
Nenhuma	16	45,7
Uma gestação	7	20,0
Duas ou mais gestações	10	28,6
Não informado	2	5,7
Total	35	100,0
Idade gestacional no parto		
≤ 31 semanas	10	28,6
32 á 37 semanas	17	48,6
≥ 38 semanas	6	17,1
Não informado	2	5,7
Total	35	100,0
Tipo de procedimento		
Parto Vaginal	3	8,6
Parto Cesárea	30	85,7
Curetagem	2	5,7
Total	35	100,0

A média de idade encontrada foi de 25,9 anos (DP=7,654), dado este que foi semelhante ao descrito em um estudo brasileiro que traçou o perfil de pacientes obstétricas em uma unidade de terapia intensiva especializada, em que os autores destacam que a média de idade das pacientes em estudo foi de 25 anos. Ainda, em relação à idade das pacientes, a mesma pesquisa relata que esta média é semelhante ao encontrado por diversos estudos.⁶

Observou-se um percentual predominante de adolescentes e adultas jovens (31,4%) na investigação, devido à faixa etária entre 14 e 19 anos verificada. As adolescentes correm um risco maior do que as pacientes na idade reprodutiva, já que, muitas vezes, os aspectos físicos e psicológicos ainda não estão devidamente amadurecidos. No Brasil, a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes com idade entre 15 e 19 anos, que em 1995 era de 18,3%, elevou-se para 19,9% em 2005, constituindo-se como um importante problema de saúde pública.⁹

A gravidez na adolescência é fator de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais, tais como baixo ganho de peso materno,

desproporção cefalopélvica, pré-eclampsia, prematuridade, baixo peso ao nascer e Apgar baixo no quinto minuto.¹⁰ Outras causas podem potencializar os agravos relativos à gravidez nesta faixa etária, como condições socioeconômicas e geográficas, fragilidade da estrutura familiar e dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde.²

Quanto à escolaridade das pacientes, este dado foi localizado em somente 51,4% dos prontuários. Dentre os dados identificados, 28,6% tinha entre quatro e sete anos de estudo. O nível de escolaridade é uma informação importante visto que este fator pode interferir diretamente nas condições de vida e saúde das pessoas e confirma a relação existente: quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade de entendimento da necessidade de cuidados especiais durante a gestação, levando ao início tardio e/ou ausência do pré-natal, alimentação inadequada e hábitos e vícios incompatíveis com a gravidez.¹¹

Ao avaliar a paridade (número de gestações) de cada paciente, observou-se que em 45,7% dos casos tratava-se da primeira gestação. Os achados foram semelhantes a um estudo brasileiro, em que é citada a média de uma paridade por pessoa.¹² Nesta mesma direção, a mediana de filhos definida no Brasil, estabilizada em 1,5 filho/mulher, vem aproximando o país das nações mais desenvolvidas no que se diz respeito à queda de natalidade, segundo dados oficiais.¹³ Este dado reflete ainda a idade da população avaliada, bastante jovem, o que pode relacionar-se com a menor paridade.

O parto prematuro foi incidente em 77,2% na população do estudo. Este resultado pode ser decorrente de que muitas pacientes já terem sido submetidas à interrupção da gestação por morbidades próprias da gravidez, como a pré-eclâmpsia que pode ocorrer em idade gestacional precoce, ou por pioras de doenças clínicas pré-existentes.

Cabe aqui ressaltar que entre as causas perinatais de mortalidade infantil, 61,4% estão associadas à prematuridade, como síndrome da angústia respiratória, hipóxia e outros problemas respiratórios. Isso confere à prematuridade um importante papel nos óbitos infantis.¹⁴

Houve predominância na ocorrência do parto do tipo cesárea (85,7%). Segundo um estudo desenvolvido na Inglaterra, o parto cesariano esteve presente em 72,7% dos casos. O mesmo estudo aponta a realização do parto cesariano quando há risco de vida para o bebê e a mãe.¹⁵ Em um estudo brasileiro, este tipo de parto foi realizado em 65,4% das mulheres, fato que é justificado, em parte, pela gravidade das complicações, impondo, em geral, o término da gestação em fase precoce, com condições cervicais desfavoráveis e/ou comprometimento do bem-estar fetal.⁶

A desvalorização do parto normal e a prática de intervenções cirúrgicas evitáveis, cada vez em maior frequência, são indicadores da falta de informação e educação em saúde da população feminina, que se sente incapaz de escolher ou determinar práticas quando confrontadas com a opinião técnica dos profissionais de saúde. Contudo, vale ressaltar que o parto cesariano é indicado em alguns casos de prematuridade devido à vulnerabilidade dos conceptos à hemorragia intracraniana ou traumas.¹²

Entidades como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) e outros órgãos não-governamentais, têm proposto mudanças nessa assistência pautada na medicalização do parto, a exemplo da prevalência do parto cesáreo. Tais mudanças incluem o resgate do parto natural e a assistência humanizada à gestação e parto.¹⁶ A seguir, a Tabela 2 apresenta a admissão das pacientes obstétricas na UTI conforme o período da gestação.

Tabela 2 - Distribuição das pacientes conforme a época de admissão na UTI de acordo com a gestação. Cascavel/ PR, Brasil, 2012.

Época de Admissão	N	%
Durante a gravidez	2	5,7
Pós-parto	31	88,6
Pós-abortamento	2	5,7
Total	35	100,0

Os dados encontrados vêm ao encontro a dois estudos na literatura, na qual cada estudo descreveu que 88,6% e 80,4%, respectivamente, das pacientes obstétricas estudadas foram admitidas na UTI no período pós-parto.⁵⁻⁶ Sugere-se que isto pode decorrer da perda sanguínea que ocorre no parto, levando à descompensação hemodinâmica em pacientes que antes mantinham equilíbrio homeostático.⁶ A predominância de admissões durante essa fase foram semelhantes a outro estudo, o qual relacionou a perda sanguínea no parto e no puerpério com a internação em UTI, já que esta ocorrência pode descompensar o quadro clínico na presença de uma condição pré existente, seguido da relutância em se transferir a mulher ainda durante a gestação, dando-se preferência, por parte dos profissionais devido às condições clínicas existentes, por interromper a gestação e, a seguir, proceder a transferência para a UTI.⁵

Quanto às causas da internação, foram registrados todos os diagnósticos, incluindo aqueles que motivaram a admissão ao setor e todas as complicações que ocorreram durante a internação, o que alterou o número total da variável em questão. Esses resultados são descritos na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3 - Principais causas de internação na UTI de pacientes obstétricas. Cascavel/PR, Brasil, 2012.

Causa de Internação	N	%
Síndromes Hipertensivas da Gravidez	20	50,0
Síndromes Hemorrágicas da Gravidez	10	25,0
Infecção Puerperal	3	7,5
Outras infecções	3	7,5
Outras causas	4	10,0
Total	40	100

*Uma paciente pode ter apresentado mais de um diagnóstico/complicação.

Os achados demonstrados na Tabela 3 corroboram com a afirmação de outros autores ao mencionarem que as indicações/causas mais frequentes de internamento de pacientes obstétricas em UTI são as relacionadas às complicações do nível pressórico das mesmas, seguido das hemorragias e causas infecciosas.⁵ Este é um dado importante, pois pode subsidiar a implantação de políticas mais direcionadas de prevenção dos agravos, a fim de que a internação em setores hospitalares, como as UTI's, seja diminuída, o que possivelmente também refletirá na redução da mortalidade materna.

Conforme observa-se na Tabela 4, a seguir, em nove prontuários (25,7%), não constavam o número de consultas de pré-natal que a paciente tinha realizado. Ressalta-se que este é um item obrigatório de preenchimento na ficha do partograma da paciente. Ainda, conhecer a evolução pré-natal contribui com o planejamento da assistência ao parto a ser desenvolvida, facilitando e qualificando o processo de atenção.¹⁷

Quanto ao número de consultas de pré-natal realizadas, 3 (8,6%) pacientes não realizaram consultas; 9 (25,7%) realizaram de uma a seis consultas; 14 (40,0%) realizaram mais de seis consultas; e em 9 (25,7%) prontuários este dado não foi encontrado.

Recomenda-se que as gestantes devem procurar o Sistema Único de Saúde (SUS) ou outro serviço não conveniado e estabelecer que sejam realizados, no mínimo, seis consultas durante a gestação para um adequado acompanhamento do pré-natal. Destas, uma deve ser realizada no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo, e três no terceiro trimestre. Tal recomendação deve ser seguida de forma precoce à constatação da gravidez, bem como ter cobertura universal à população gestante.¹⁸

A prevenção de afecções obstétricas poderá ser alcançada mediante uma efetiva assistência pré-natal na atenção primária, complementada pela atenção secundária aos grupos de risco. Entretanto, para a assistência pré-natal ser efetiva, é necessário que se inicie ainda no primeiro trimestre de gravidez e haja adesão da gestante.¹⁹

Nota-se que 40,0% das pacientes compareceu a um número maior de consultas que o mínimo recomendado, mas ainda assim tiveram necessidade de internação em uma unidade de apuro tecnológico sofisticado e cuidados assistenciais complexos, como a UTI. Desse modo, possivelmente, faz-se necessário investigar sobre a qualidade e a eficácia da assistência do pré-natal oferecido.

O tempo de internação médio foi de cinco dias (DP= 4,799), sendo um dia a duração mínima e 23 dias a internação mais longa. Em outro estudo brasileiro acerca da mesma temática, o tempo de internação médio encontrado foi também de cinco dias.⁶ Essa duração reflete, possivelmente, o tempo necessário para recuperação das complicações pós-parto (as quais, no presente estudo foram as mais frequentes), das doenças obstétricas como pré-eclâmpsia/eclâmpsia, síndrome HELLP e esteatose hepática aguda da gestação.⁶

Quanto ao desfecho do quadro das pacientes obstétricas estudadas, 28 (80,0%) obtiveram alta hospitalar e sete (20,0%) foram a óbito. Na busca individual dos dados documentais foi possível identificar que nove fetos (25,0%) dos 36 (uma gestação era gemelar) evoluíram para o óbito. De tais óbitos fetais, sete foram natimortos e dois realizaram curetagem para a remoção do feto. Entre as razões de óbito no ciclo gravídico-puerperal, no Brasil e na América Latina, as síndromes hipertensivas representadas por eclâmpsia, pré-eclâmpsia e síndrome HELLP, e as hemorragias estão entre as principais causas.²⁰ Com relação aos fatores etiológicos mais frequentes relacionados ao óbito fetal podemos citar, entre as causas maternas, a existência de síndromes hipertensivas, diabetes mellitus, gestação prolongada, traumas, uso de medicamentos, fatores uterinos, tabagismo, anemias e outros.²

Foi possível identificar que as sete mulheres que foram a óbito possuíam diagnósticos diferenciados, duas (28,6%) mulheres foram admitidas na UTI por hipertensão, duas (28,6%) por hemorragias, uma (14,2%) por infecção puerperal e duas (28,6%) por outras causas (Insuficiência hepática e cetoacidose metabólica).

A taxa de óbitos encontrada (20,0%) mostrou-se acima de um estudo brasileiro, que destacou taxa de 2,4%, porém a UTI onde realizou-se tal pesquisa era exclusiva para pacientes obstétricas.⁴ Outro estudo realizado na Inglaterra e com uma amostra de 33 pacientes obstétricas admitidas em UTI, apontou a taxa de mortalidade destes casos em 3%.¹² Todavia, a taxa de mortalidade de pacientes obstétricas do presente estudo se mantém inferior aos pacientes adultos internados por diversas causas em outra UTI geral de diferente hospital universitário do sul do Brasil, determinada em 50%.²¹

A verdadeira magnitude da morbidade materna é maior do que a observada pelo índice bruto de mortalidade e, apesar de se descrever uma baixa prevalência das morbidades específicas que atingem mulheres nesse período, o fardo da morbidade é alto, embora tal ocorrência indesejada seja prevenível.⁶ Além disso, a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático.²²

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou um panorama da situação do internamento de pacientes obstétricas em uma UTI. Salienta-se que as causas destes internamentos foram representadas, em ordem de maior frequência, pela hipertensão associada à gestação, seguido das síndromes hemorrágicas e de problemas infecciosos, e que a admissão na UTI ocorreu predominantemente no período pós-parto.

Constatou-se taxa de mortalidade (20%) considerável comparada à luz da literatura a este tipo de paciente. Espera-se que tal dado sirva de subsídio para o planejamento de alocação de recursos

físicos e financeiros, bem como fundamente capacitação para os recursos humanos não somente da UTI, mas que aconteçam iniciativas que envolvam mudanças no processo de cuidado da gravidez, parto e puerpério, os quais possam apresentar algum déficit no manejo de tais agravos. Vale salientar que a UTI estudada não se constitui como serviço especializado para atendimento às afecções obstétricas, o que pode ainda fortalecer a justificativa de melhorar o preparo dos profissionais atuantes no campo.

Pontua-se também, a deficiência dos registros em prontuários quanto ao número de consultas de pré-natal, que são de fundamental importância para a instituição e para os profissionais de saúde. Considera-se este achado como um importante indicador de falha na comunicação dentro do serviço de saúde, o que pode refletir diretamente na qualidade da assistência prestada. Além disto, vale reafirmar que parte das pacientes não realizou nenhuma consulta pré-natal, ou realizou em quantidade inferior ao recomendado.

Sabe-se que há ainda muito a aprender em relação aos cuidados intensivos que norteiam as pacientes no ciclo grávido-puerperal. A UTI deve visar contribuir continuamente neste sentido, almejando um objetivo maior que é a redução da morbi-mortalidade materna, e, conhecer melhor o perfil desta população pode ser uma ferramenta valiosa na luta contra este agravo.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues FLG. Pacientes obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. Morton PG, organizadora. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
4. Oliveira MF, Freitas MC. Diagnósticos e intervenções de enfermagem, freqüentes em mulheres internadas em uma unidade de terapia intensiva. Rev Bras Enferm. 2009;62(3):343-8.
5. Amorin MMR, Katz L, Valença M, Araújo DE. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, região nordeste do Brasil. Rev Assoc Med Bras. 2008;54(3):261-6.
6. Amorin MMR, Katz L, Ávila MB, Araújo DE, Valença M, Albuquerque CJM, et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2006;6 Supl 1:55-62.
7. Curiel-Balsera E, Prieto-Palomino MA, Muñoz-Bono J, Ruiz de Elvira MJ, Galeas JL, Quesada García G. Análisis de la morbi-mortalidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome HELLP que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos gineco-obstétrica. Med Intensiva. 2011;35(8):478-83.
8. Hospital Universitário do Oeste do Paraná [Internet]. 2013 [acesso 2013 set 22]. Disponível em: <http://www.unioeste.br/huop/>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Departamento de População e indicadores sociais. Síntese de indicadores sociais. Rio de Janeiro; 2006.
10. Goldenber P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005;21(4):1077-86.



11. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(2):297-304.
12. Coelho MAL, Katz L, Coutinho I, Hofmann A, Miranda L, Amorin MMR. Perfil de mulheres admitidas em uma UTI obstétrica por causas não obstétricas. Rev Assoc Med Bras. 2012;58(2):160-7.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980 - 2015 [Internet]. 2008 [acesso em 2012 out 18]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias>.
14. Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. Rev Saúde Pública. 2008;42(5):957-64.
15. Sele-Ojeme DO, Omosaiye M, Battacharjee P, Kadir RA. Risk factors for obstetric admissions to the intensive care unit in a tertiary hospital: a case control study. Arch Gynecol Obstet. 2005;272(3):207-10.
16. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(6):960-7.
17. Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2009;9(1):59-67.
18. Brasil. Ministério da Saúde. A importância do pré-natal [Internet]. [acesso em 2013 maio 12] Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/gestacao/a-importancia-do-pre-natal> acesso em 02/09/2012.
19. Novo JLVG, Gianini RJ. Mortalidade materna por eclampsia. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2010;10(2):209-17.
20. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Cad Saúde Pública. 2011;27(4):623-38.
21. Favarin SS, Camponogara S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2012 [acesso em 2013 maio 18] 2(2):320-9. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5178/3913>.
22. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do ministério de saúde do Brasil: resultados iniciais. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1281-9.

Data de recebimento: 14/06/2013

Data de aceite: 20/11/2013

Contato com autor responsável: João Lucas Campos de Oliveira
Endereço postal: Av. Mario Clapier Urbinatti, 344; ap.105 - Jardim Universitário
CEP: 87.020-260. Maringá - Paraná.
E-mail: enfjoaolcampos@yahoo.com.br