



SOLICITAÇÕES DE LEITOS DE UTI PARA GESTANTES E PUÉRPERAS DA MACRORREGIÃO DE MARINGÁ

Alan Deniver Chimenes Barbosa¹; Nayara de Arruda Cáceres²; Lucia Elaine Ranieri Cortez³, Mirian Ueda Yamaguchi⁴

RESUMO: Apesar dos avanços obstétricos, a morbidade e a mortalidade materna ainda se fazem presente no ciclo gravídico-puerperal. Este estudo, de caráter descritivo quantitativo, teve por objetivo identificar as principais complicações maternas que levaram a solicitações de leitos nas UTIs do Noroeste do Paraná. Foram analisadas variáveis relacionadas às gestantes (idade, número de gestações e idade gestacional) com objetivo de caracterizar o perfil dessas pacientes. A fonte de dados utilizada foi a lista de espera de leitos de UTI da Central de Regulação de Leitos do Noroeste do Paraná. No período de Janeiro a Junho de 2013 foram feitas 2215 solicitações de leitos para UTI, sendo 211 para gestantes. O diagnóstico que motivou a maioria das solicitações de vaga de UTI (49,76%) foi Trabalho de Parto Prematuro (TPP), seguido por ruptura prematura de membrana amniótica (16,11%) e edema, proteinúria e/ou transtornos hipertensivos (14,22%). A média de idade das mulheres foi de 24,5 anos, sendo 60,5% entre 20 e 34 anos; a maioria (37,44%) era nulípara e 90% estavam no 3º trimestre de gestação. O estudo identificou um elevado número de solicitações de leitos de UTI por TPP, sendo que a maior parte das gestantes era jovem, nulípara e encontrava-se no último trimestre de gestação.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Terapia Intensiva; complicações na gravidez; regulação de leitos.

1 INTRODUÇÃO

Durante a gestação, o limite entre a normalidade e a doença é extremamente tênue. Há probabilidade de instalar-se o desequilíbrio, mesmo havendo mecanismos compensatórios frente às alterações para o organismo feminino manter-se em equilíbrio dinâmico. Nas situações em que o equilíbrio não é alcançado existe risco elevado de morbimortalidade materno-fetal (MARTINS et al., 2003).

O desfecho em mortalidade materna reflete a fragilidade das gestantes, especialmente de 15% delas, que apresentam gravidez de risco (GOLVEIA; LOPES, 2004). Considera-se gravidez de risco a manifestação de intercorrência materna ou fetal durante a vida intrauterina do conceito que afete a evolução e a resolução da gravidez (MONTENEGRO; REZENDE, 2011).

Os casos em que a intercorrência materna ou fetal resultam em óbito geram o índice de mortalidade materna e infantil. Tal índice mostra-se importante porque é a avaliação mais efetiva e de maior sensibilidade da qualidade de vida de uma sociedade (BRASIL, 2013). Portanto, faz-se imprescindível a assistência pré-natal e puerperal que assegura, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005).

¹ Acadêmico do Curso de Medicina do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, Maringá – Paraná. Bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica da UniCesumar (PROBIC). alandeniver@gmail.com

² Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR. nayaracaceres@hotmail.com

³ Professora Doutora, coorientadora, docente do Programa de Pós-Graduação de Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR. lucia.cortez@unicesumar.edu.br;

⁴ Professora Doutora, orientadora e docente do Programa de Pós-Graduação de Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, mirian.yamaguchi@unicesumar.edu.br



Diante da importância em se garantir o bem-estar materno e neonatal, o presente estudo tem por objetivo identificar as principais complicações do ciclo gravídico-puerperal, bem como caracterizar o perfil dessas pacientes. Ao final do estudo, espera-se que os resultados publicados em meio científico possam propiciar subsídios aos programas de assistência pré-natal e puerpério, a fim de que haja uma melhora na atenção à saúde das gestantes e neonatos

2 MATERIAL E MÉTODOS

Para esse estudo de caráter descritivo foram utilizados dados secundários da lista de espera para leito de UTI, fornecidos pela Central de Regulação de Leitos da Macrorregião Noroeste do Paraná, localizada em Maringá-PR. Este órgão regulador atende cento e quinze municípios, que somam aproximadamente 1.719.709 habitantes e é responsável por regular 291 leitos de UTI (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ, 2009).

Por meio dessa Central de Regulação, houve 2215 solicitações de vaga para UTI. Destas, foram incluídas no estudo as 211 solicitações de leitos de UTI feitas para as mulheres no ciclo gravídico-puerperal no período de Janeiro a Junho de 2013. As variáveis analisadas das gestantes foram: idade, número de gestações e período do ciclo gravídico-puerperal em que foi feita a solicitação de leito.

Os diagnósticos que motivaram os pedidos de vaga para UTI foram organizados de acordo com o Capítulos XV da Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10), que trata das complicações da gestação, parto e puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de Janeiro a Junho de 2013, foram feitas 2215 solicitações de leitos de UTI na Central de Leitos de Maringá, sendo 211 para gestantes. Em relação à idade das gestantes para as quais foram requisitados leitos de UTI, 62,56% tinham entre 20 e 34 anos, 27,48% eram adolescentes entre 10 e 19 anos e apenas 9,96% tinham 34 anos ou mais (Tabela 1). Semelhante a outro estudo realizado no Brasil, a idade média encontrada foi de 24,5 anos (AMORIM, 2006). Entretanto, em países desenvolvidos a média gira em torno de 30 anos. (CROZIER; WALLACE, 2011)



Tabela 1. Variáveis e diagnóstico das gestantes segundo o CID-10

	Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos	Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica	Complicações do trabalho de parto e parto	Outras afecções obstétrica	Complicações relacionadas ao puerpério	N (%)
Idade (em anos)						
De 10 a 19	4	20	32	2	-	58 (27,48)
De 20 a 34	23	35	68	4	2	132 (62,56)
> 35 anos	3	6	10	2	-	21 (9,96)
Total	30	61	110	8	2	211 (100,00)
Idade gestacional						
1º Trimestre	-	1	-	1	-	2 (0,94)
2º Trimestre	4	1	10	1	-	14 (6,64)
3º Trimestre	28	52	100	3	-	183(86,74)
Puerpério	-	-	-	-	2	2 (0,94)
Não informado						10 (4,74)
Total	32	54	110	5	2	211 (100,00)
Nº de gestações						
Primigesta	13	25	39	2	-	79 (37,44)
G2	8	4	19	3	-	34 (16,11)
G3	4	12	13	-	-	29 (13,74)
G4	2	5	6	-	-	13 (6,16)
G5 ou mais	-	4	4	-	-	8 (3,80)
Não informado						48 (22,75)
Total	27	50	81	5	-	211 (100,00)

No presente estudo, 10 solicitações de leitos de UTI não constavam informação sobre a idade gestacional das pacientes, entretanto, mais de 85% delas encontravam-se no terceiro trimestre, sobretudo, com idade gestacional de 34 semanas (44 gestantes). Pouco mais de 6% das gestantes estavam no segundo trimestre e menos de 1% das mulheres que necessitaram da UTI estavam no primeiro trimestre e/ou eram puérperas (Tabela 1).

Ao utilizar-se do Capítulo XV da CID-10 para fim de Classificação dos diagnósticos das mulheres que necessitavam de leito de UTI (Tabela 1), a maioria delas, 110 (52,14%), teve complicação do trabalho de parto e do parto, sendo o Trabalho de Parto Prematuro (TPP) o diagnóstico de 105 dessas gestantes (49,76%) e apenas 5 (<4%) apresentaram complicações como hemorragia ou choque intraparto; 61 mulheres (28,9%) receberam Assistência por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica, principalmente devido à ruptura prematura de membrana amniótica em 16,1% dos casos (34 gestantes). Houve 30 gestantes (14,22%) com os diagnósticos classificados como Edema, proteinúria e/ou transtornos hipertensivos, com 14 casos (6,63%) de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e o mesmo número de pré-eclâmpsia; as outras duas (<1%) foram



diagnosticadas com Síndrome de HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count*).

Os resultados encontrados nesta pesquisa diferem da maioria dos estudos realizados com gestantes internadas na UTI, que apontam como as principais causas de internação, respectivamente, os transtornos hipertensivos, hemorragia e sepse (REISDORFER, 2013). Tal divergência pode ser explicada pela fonte de dados utilizada no presente estudo, uma vez que não advêm dos prontuários de pacientes internados na UTI, mas sim de uma lista de espera para vagas de leitos de UTI, que contém o diagnóstico primário feito na admissão hospitalar do paciente. Admitindo-se que nem todas as solicitações têm como desfecho a internação em UTI, pode-se afirmar que para muitas gestantes admitidas no hospital com o diagnóstico primário de TPP, apenas uma minoria necessita de uma Unidade de Terapia Intensiva. Isso está de acordo com uma recente revisão sistemática que incluiu 40 estudos e mostrou a baixa frequência de gestantes admitidas na UTI, variando entre 0,7 e 13,5 a cada 1000 partos (POLLOCK, 2010). Essa diferença entre os diagnósticos é corroborada em grandes estudos feitos nos Estados Unidos, com mais de 500.000 gestantes, que utilizaram base de dados semelhante a do presente trabalho e também obtiveram como diagnóstico prevalente o trabalho de parto prematuro (THADDEUS, 2012). Sendo assim, é notável a diferença entre o diagnóstico das gestantes feito nas admissões hospitalares e o daquelas que se encontram em UTI (TONIN, 2013).

A carga econômica associada a esses nascimentos é significativa, na medida em que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, especialmente com relação ao neonato, aumentando a demanda dos gastos tanto no setor público como privado da saúde (SCHLEUSSNER, 2013).

O elevado número de TPP identificado no estudo representa um problema não só para as mães, mas também para os RNs prematuros, pois o número está associado à morbidade e mortalidade significativas no início da vida (ARRUÉ et al., 2013). Como os dados deste trabalho foram originados a partir de uma lista de espera de UTI, a qual continha o diagnóstico e uma breve história clínica, não foi possível identificar os principais fatores de risco para a prematuridade e/ou TPP. Sugere-se que outros fatores de risco não informados contribuíram para a prevalência desses diagnósticos.

4 CONCLUSÃO

As gestantes admitidas nos hospitais da região Noroeste do Paraná tinham em média 24,5 anos, eram, em sua maioria, nulíparas e estavam no 3º trimestre de gestação e tiveram o diagnóstico de TPP como a principal causa de solicitação de vagas na UTI

Tendo em vista que a prematuridade é uma das principais causas de morbidade e mortalidade perinatal, detectar durante o pré-natal os fatores de risco que podem levar a esse agravo é essencial para evitar que a gestante e o neonato necessitem de atendimento mais complexo no setor de saúde. Por isso, mais estudos a respeito das causas dessas afecções são necessários para um planejamento de ações em saúde, principalmente na atenção básica, que visem um gerenciamento dos fatores de risco que podem levar a prematuridade.



REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R. et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. **Rev Bras Saude Mater Infant**. 2006;6(1):55-62.

ARRUÉ, A. M. et al. Caracterização da morbimortalidade de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev de Enfer. da UFSM**. 2013;1(3):86-92.

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**; 2013. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. 5a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005. 244 p.

CROZIER, T. M.; WALLACE, E. M. Obstetric admissions to an integrated general intensive care unit in a quaternary maternity facility. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**. 2011;51(3):233-8.

GOUVEIA, H. G.; LOPES M. B. M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Rev Latino-Am Enferm**. 2004;12(2):175-82

MARTINS, C. A.; REZENDE L. P. R.; VINHAS D.C.S. Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. **Rev Eletr Enferm** [Internet]. 2003 [acesso 12 Feb 2014];5(1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista5_1/pdf/gesta.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. CID-10 [Internet] 2008. [acesso em 2014 fev. 13]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J. **Obstetrícia Fundamental**. 12a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 2011

POLLOCK, W.; ROSE, L.; DENNIS C. L. Pregnant and postpartum admissions to the intensive care unit: a systematic review. **Intensive Care Med**. 2010;36(9):1465-74.

REISDORFER, S. M. et al. Características clínicas de pacientes obstétricas admitidas em uma Unidade de Tratamento Intensivo Terciária: revisão de dez anos. **Rev Amrigs**. 2013;1(57):26-30.

SCHLEUSSNER, E. The prevention, diagnosis and treatment of premature labor. **Dtsch Arztebl Int**. 2013;110(13):227-36.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. Departamento de Organização e Gestão do Sistema. **Plano Diretor de Regionalização: Hierarquização e Regionalização**



da Assistência à Saúde, no Estado do Paraná. Curitiba: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná; 2009. 139 p.

THADDEUS, P.; WATERS, T. P.; BAILIT, J. L. Obstetric and Non-Obstetric Indications for Admission in the Antepartum and Postpartum. Pregnancy. **J Women's Health Care**. 2012;1(1).

TONIN, K. A. et al. Internação em unidade de terapia intensiva por causas obstétricas: estudo em hospital público de ensino. **Rev Enfer UFSM**. 2013;3(3):518-27.