

# PERFIL CLÍNICO-DEMOGRÁFICO DE PACIENTES EM CICLO GRÁVIDO-PUERPERAL ADMITIDAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM FORTALEZA

Camila Falcão de Souza<sup>1</sup>  
Bruno Memoria Rodrigues Okubo<sup>2</sup>  
David Santos Pontes<sup>3</sup>  
Debora Helen Marques da Silva<sup>4</sup>  
Márcia Cardinalle Correia Viana<sup>5</sup>  
José Walter Correia<sup>6</sup>

## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo descrever o perfil clínico-demográfico de pacientes em ciclo grávido-puerperal admitidas em uma Unidade de Terapia Intensiva da cidade de Fortaleza. Trata-se de um estudo de campo, documental e quantitativo, realizado no período de janeiro a setembro de 2012. Foram coletados dados dos prontuários de 36 pacientes por meio de uma ficha elaborada pelos próprios pesquisadores. Observou-se que a média de idade foi de  $25,67 \pm 2,9$  e a maioria admitida durante o puerpério com variação de 31 a 40 semanas de gestação. A causa obstétrica foi a mais prevalente e a doença hipertensiva exclusiva da gestação foi a principal condição para admissão na UTI. A maioria das pacientes era casada, procedente do interior do estado, com escolaridade maior do que oito anos e não exerciam atividades remuneradas. A utilização de medidas analgésicas, anti-hipertensivas e de drogas vasoativas foram as terapêuticas mais evidenciadas. Novos estudos devem ser realizados para a melhoria da assistência à saúde da mulher, principalmente durante o ciclo grávido-puerperal.

**Palavras-chave:** Gravidez. Período pós-parto. Unidade de terapia intensiva.

---

<sup>1</sup> Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Christus, Especialista em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória (UNIFOR). E-mail: camilafalcao63@hotmail.com

<sup>2</sup> Graduado em Fisioterapia pelo Centro Universitário Christus, Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); Especialista em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória (UNIFOR). E-mail: okubofisio@hotmail.com

<sup>3</sup> Graduando em Fisioterapia pelo Centro Universitário Christus. E-mail: santos\_fisio@yahoo.com

<sup>4</sup> Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário Christus. E-mail: wan\_debora@hotmail.com

<sup>5</sup> Mestre em Saúde Pública (UECE), Professora das Disciplinas de Fisioterapia Pneumológica, Clínica Integrada II e Estágio Supervisionado II do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Christus, Fisioterapeuta da UTI adulto do Hospital Geral César Cal's. E-mail: [marciacorreia@hotmail.com](mailto:marciacorreia@hotmail.com)

<sup>6</sup> Doutorado em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará, Médico do Hospital Geral César Cal's, Médico Preceptor do Internato e Residência Médica do Hospital Geral César Cal's.

## 1 INTRODUÇÃO

O ciclo grávido-puerperal é compreendido como o período entre a gestação e o puerpério, em que ocorrem intensas modificações fisiológicas no organismo materno que visam à geração da nova vida, além da rápida involução do corpo às condições anteriores à gestação (COSTA et al, 2010).

Em virtude desse momento, todos os órgãos e sistemas corporais sofrem mudanças adaptativas. No entanto, são os sistemas uroginecológico, endócrino, respiratório, cardiovascular e sanguíneo que apresentam **maiores alterações que** mesmo após a gestação ou puerpério “normais”, podem apresentar sequelas definitivas na homeostase materna (MONTENEGRO; REZENDE, 2010).

Mesmo em face de todas as **modificações** orgânicas, a relação entre as alterações e complicações do ciclo grávido-puerperal e a morbimortalidade materna foram consideradas por muito tempo um fato natural e inerente à condição feminina. No entanto, aproximadamente 98% das complicações que levam ao óbito materno poderiam ter sido evitadas caso fossem asseguradas as condições ideais de assistência à saúde da mulher (AMARAL; LUZ; SOUZA, 2007).

Com o propósito de melhoria desta assistência, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) representam um avanço no tratamento do paciente crítico, pois possibilitam a monitorização contínua e a detecção precoce de possíveis intercorrências, assim como uma melhor profilaxia (OLIVEIRA; FREITAS, 2009).

Várias situações, de causas obstétricas ou não, podem levar a gestante ou a puérpera a UTI, estando entre as principais causas os distúrbios hipertensivos induzidos pela gestação responsáveis por mais da metade (57,7%) das indicações obstétricas, seguidos pelas doenças hemorrágicas (19,7%) e pelos processos infecciosos (9,8%) (VIEIRA et al, 2005).

Estimativas apontam que, de 0,1 a 0,9% das gestantes podem desenvolver complicações que resultam na admissão em uma UTI. Todavia, na maioria dos casos, o prognóstico dessas pacientes é bom, apresentando baixas taxas de mortalidade, em geral inferior a 3% (AMORIM et al, 2008).

Tendo em vista **a existência de complicações de causas obstétricas ou não**, a gestante ou puérpera, deve ser assistida **na UTI**, pois as condições clínicas, a interpretação de testes diagnósticos e os valores laboratoriais têm seu curso modificado pelo ciclo grávido-puerperal. Dessa forma, quando a mulher em ciclo grávido-puerperal possui uma assistência pronta, oportuna e adequada, poderá apresentar uma boa evolução clínica, pois esses cuidados

evitarão a mortalidade materna e as possíveis morbidades que venham a interferir nas atividades de vida diária dessa paciente (NOGUEIRA; REIS; REIS, 2001).

Assim, considerando o aumento de internamentos em UTI por mulheres em ciclo grávido-puerperal e tendo em vista as particularidades da assistência empregada a essas pacientes, este estudo se propõe a contribuir para um melhor direcionamento das condutas adotadas, uma vez que, na literatura, há uma escassez de trabalhos científicos que avaliem a evolução clínica do ciclo grávido-puerperal. Este estudo tem por objetivo descrever o perfil clínico-demográfico de pacientes em ciclo grávido-puerperal admitidas em uma Unidade de Terapia Intensiva na cidade de Fortaleza.

## 2 MÉTODO

Realizou-se um estudo de campo, documental e quantitativo com 36 mulheres em ciclo grávido-puerperal internadas em uma UTI de adulto de um Hospital Público da cidade de Fortaleza, no período de janeiro a setembro de 2012.

A pesquisa foi aprovada com o protocolo nº 575/2011 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição na qual a pesquisa foi realizada e seguiu os preceitos éticos segundo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde M/S (BRASIL, 1996), que estabelece os princípios éticos para pesquisas em seres humanos. Para a participação na pesquisa, as pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, porém nos casos em que as pacientes se encontravam sob sedação, foi solicitada a autorização de participação na pesquisa aos seus responsáveis legais tendo sido explicado a relevância e a contribuição de pesquisas nesta área.

As informações pertinentes às pacientes foram coletadas dos prontuários e transcritas para uma ficha de coleta dos dados elaborada pelos próprios pesquisadores, que tomaram como base os dados da literatura referentes ao objetivo desta pesquisa.

As variáveis utilizadas no estudo foram relacionadas à identificação das pacientes (idade, procedência, profissão e escolaridade), aos dados clínicos e obstétricos (comorbidades, paridade, pré-natal, idade gestacional, tipo e época do parto, causa e tempo de internamento na UTI e complicações clínicas), a terapêutica utilizada e desfecho clínico.

A tabulação dos dados foi distribuída em planilhas no *Programa Microsoft Office Excel* versão 2009 e posteriormente realizada a análise estatística descritiva, sendo os dados expostos em tabelas.

## RESULTADOS

Durante o período da pesquisa, foram analisados 36 prontuários de pacientes em ciclo grávido-puerperal. Destes, 29 (80,54%) pacientes foram admitidas durante o puerpério, cinco (13,9%) na gestação e duas (5,56%) pós-abortamento.

No que se refere à indicação para admissão na UTI, alguns eventos se repetiram. No entanto, a principal causa de internação foi a obstétrica, correspondendo a 27 (75%) das pacientes, sendo que a doença hipertensiva exclusiva da gestação foi o diagnóstico mais prevalente com 15 (41,67%) dos casos (Tabela 1).

**Tabela 1:** Principais indicações para admissão na UTI.

VARIÁVEIS	Nº	%
Doença Hipertensiva Exclusiva da Gestação	15	41,67%
Observação por cardiopatia prévia	04	11,11%
Síndrome de HELLP	03	8,33%
Edema Agudo de Pulmão	02	5,56%
Abdome obstrutivo alto	02	5,56%
Aborto séptico	02	5,56%
Crise convulsiva	02	5,56%
Pós-operatório de histerectomia subtotal	01	2,78%
Pós-operatório de curetagem	01	2,78%
Pós-operatório de histereorrafia	01	2,78%
Sangramento digestivo alto	01	2,78%
Risco de encefalopatia hipertensiva	01	2,78%
Tuberculose	01	2,78%
Insuficiência respiratória	01	2,78%
Pancreatite aguda	01	2,78%

Fonte: dos autores 2013)

Das 36 pacientes avaliadas, 20 (55,56%) apresentavam alguma comorbidade, destacando-se a hipertensão arterial sistêmica e a cardiopatia prévia com nove (45%) casos respectivamente.

Entre as pacientes analisadas, 15 apresentaram complicações, sendo o edema agudo de pulmão e a parada cardiorrespiratória as mais prevalentes com três casos (20%), dois pneumotóracex (13,33%). Outras complicações também estiveram presentes como: sepse, derrame pleural, insuficiência hepática, atelectasia, insuficiência renal e coagulação intravascular disseminada, com percentuais de apenas um caso (6,67%) para cada uma dessas complicações. Na Tabela 2, constam os dados demográficos das pacientes do estudo.

**Tabela 2:** Dados demográficos das pacientes em ciclo grávido-puerperal admitidas na UTI.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
<20 anos	10	27,78%
20–34 Anos	19	52,78%
>20 anos	07	19,44%
<b>Procedência</b>		
Interior do estado	18	50%
Capital	16	44,44%
Região metropolitana	02	2,56%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeta	03	5,56%
<8 anos	12	33,34%
>8anos	21	58,33%
<b>Estado civil</b>		
Solteira	10	27,78%
Casada	20	55,56%
União consensual	06	16,67%
<b>Profissão</b>		
Exerce atividade remunerada	06	16,67%
Não exerce atividade remunerada	30	83,33%

Fonte: dos autores 2013)

Com relação ao pré-natal, 29 (80,56%) das pacientes realizaram o pré-natal, sendo que o número de consultas realizadas variou de uma a 10 consultas, com uma média de 5,29 (Tabela 3).

**Tabela 3:** Dados obstétricos das pacientes em ciclo grávido-puerperal admitidas na UTI.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Realização de pré-natal</b>		
Sim	29	80,56%
Não	03	8,33%
<b>Não registrado no prontuário</b>	<b>04</b>	<b>11,11%</b>
<b>Número de consultas das pacientes que realização pré-natal</b>		
1-3	06	20,69%
4-6	17	58,62%
>6	06	20,69%
<b>Paridade</b>		
Primípara	18	50%
Múltipara	18	50%
<b>Idade Gestacional</b>		
10-20 semanas	01	2,78%
31-30 semanas	09	25%
31-40 semanas	26	72,22%
<b>Tipo de Parto</b>		
Vaginal	04	11,11%
Cesariana	30	83,33%
Não realizado	02	5,56%

Fonte: dos autores (2013)

A média de tempo de permanência da paciente na UTI foi de 12,42 ( $\pm 7,07$ ) dias, havendo variação de dois a 115 dias. Durante a permanência na UTI, diversos procedimentos e terapias foram utilizados, sendo que as drogas analgésicas 28 (77,78%), as anti-hipertensivas, 23 (63,89%), as vasoativas 17 (47,22%), e a antibioticoterapia, 15 (41,67%) foram as condutas mais empregadas. Em 22 (81,11%) pacientes houve a necessidade de algum tipo de suporte ventilatório. Entre os tipos de suporte ventilatório empregados, a oxigenoterapia, 13 (36,11%) e a **Ventilação Mecânica Invasiva (VM)**, 12 (33,33%), foram os principais utilizados com um tempo médio de 4,77 ( $\pm 3,42$ ) e 19,16 ( $\pm 31,65$ ) dias respectivamente. Deve-se ressaltar que em quatro (13,89%) casos houve a necessidade de ser empregado mais de um tipo de suporte ventilatório (Tabela 4).

Tabela 4: Terapêutica utilizada nas pacientes em ciclo grávido-puerperal admitidas na UTI.

TERAPÊUTICA	Nº	%
Antibioticoterapia	15	41,67%
Drogas Sedativas	14	38,9%
Drogas Analgésicas	28	77,78%
Drogas Vasoativas	17	47,22%
Drogas Anticoagulantes	07	19,44%
Drogas Anti-hipertensivas	23	63,89%
Drogas Anticonvulsivantes	13	36,11%
Hemodiálise	02	5,56%
Hemotransusão	09	25%
Reanimação Cardiorrespiratória	03	8,33%
Toracocentese/drenagem torácica	04	11,11%
Reintervenção cirúrgica	01	2,78%
Imunoglobulina	01	2,78%
Oxigenoterapia	13	36,11%
Ventilação Mecânica Não Invasiva	04	11,11%
Ventilação Mecânica Invasiva	12	33,33%
Oxigenoterapia e VM	02	5,56%
Oxigenoterapia e VNI	01	2,78%
Oxigenoterapia, VNI e VM	01	2,78%

Fonte: dos autores (2013)

Entre as 12 pacientes que necessitaram da assistência ventilatória por meio de ventilação mecânica invasiva, três (25%) foram traqueostomizadas em face da necessidade de uma assistência mais prolongada.

A morte materna ocorreu em dois (5,56%) dos casos, sendo que a alta da UTI foi observada em 34 (94,44%) pacientes, dessas, duas (5,88%) receberam alta hospitalar, porém apresentaram algum tipo de morbidade.

### 3 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo descrever o perfil clínico-demográfico de pacientes em ciclo grávido-puerperal admitidas em uma Unidade de Terapia Intensiva na cidade de Fortaleza. De acordo com Vieira et al (2005), a internação de uma mulher em ciclo grávido-puerperal na UTI não é rara, uma vez que, devido às diversas alterações ocorridas no organismo materno, a chance de ela necessitar da UTI é bem maior quando comparada a mulheres não grávidas.

Ao longo dos nove meses de pesquisa, 36 prontuários foram analisados, este número torna-se representativo ao tomarmos como base o trabalho desenvolvido por Viggiano et al (2004), sobre a necessidade de cuidados intensivos em uma maternidade pública na cidade de Goiânia, onde, durante os três anos de pesquisa houve 86 situações em que as pacientes necessitaram de cuidados intensivos.

No presente estudo, a maior parte das pacientes foi admitida na UTI durante o puerpério. Esse achado corrobora com o encontrado por Coelho et al (2012) em seu estudo com 500 pacientes sobre o perfil das mulheres admitidas em uma UTI obstétrica por causas não obstétricas, em que se verificou que 246 (49,2%) pacientes foram admitidas durante o puerpério. Todavia, o trabalho desenvolvido por Adawood (2011), na Arábia Saudita, com 75 pacientes, verificou que 59 (78,9%) delas, haviam sido admitidas durante a gestação.

As admissões por causas obstétricas foram predominantes, sendo a doença hipertensiva exclusiva da gestação o diagnóstico mais prevalente. Os resultados encontrados por Rojas et al (2011) em pesquisa com 346 pacientes também apontam os transtornos hipertensivos relacionados à gestação como o principal diagnóstico encontrado, correspondendo a 160 (49,5%) dos casos. Entretanto, no estudo de Cid et al (2011) com 26 pacientes obstétricas críticas, a maioria das admissões ocorreram por causas não obstétricas. Tal achado também foi encontrado por Rodriguez et al (2012) segundo o qual, de um total de 212 pacientes, 133 (62,7%) foram admitidas por causas não obstétricas.

Amorim et al (2006) em um estudo sobre o perfil das admissões em uma UTI Obstétrica de uma maternidade brasileira com uma amostra de 933 pacientes, identificou que a média de idade das pacientes foi de 25 ( $\pm$  6,9) anos, sendo prevalente a faixa etária de 20 a 34 anos, ou seja, 597 (64%) pacientes. Tais dados foram semelhantes aos dados da presente pesquisa, encontrando uma idade média de 25,67 anos e um predomínio da mesma faixa etária.

A maioria das pacientes eram procedentes do interior do estado. Corroborando com este dado, Amorim et al (2008), ao analisarem uma amostra de 291 pacientes verificaram que

154 (52,6%) eram procedentes de outras cidades e de outros estados. Da mesma forma que o estudo anteriormente citado, Martins Filho et al (2010), ao estudarem uma amostra de 77 pacientes, também observaram que 48 (62,9%) eram procedentes do interior do estado. Este achado talvez possa ser explicado pelo fato de que o tratamento obstétrico intensivo inexistia no interior do Estado.

No que diz respeito à situação conjugal das pacientes, Tedesco (1999) afirma que muitas das complicações obstétricas podem estar relacionadas à situação conjugal instável ou à ausência de um companheiro. Cecconelo e Ferraz (2010), ao estudarem o perfil sociodemográfico de uma amostra de 10 pacientes obstétricas, verificaram que sete possuíam um companheiro. Este dado reforça o nosso achado, pois a maioria das pacientes era casada ou possuía uma união consensual.

Quanto à escolaridade das pacientes, Coelho et al (2012), relataram que, em 50,8% da amostra analisada a escolaridade foi inferior a oito anos. Tal dado não corrobora os achados do nosso estudo.

Para Oliveira (2002), o padrão socioeconômico tem forte influência no estado gravídico; assim, quanto mais baixa a situação econômica da paciente, maiores são os déficits nutricionais, a deficiência na habitação e nos hábitos de higiene, o que pode acarretar um aumento na incidência de fatores que possam ocasionar maiores riscos de complicações. Neste estudo, houve uma prevalência da porcentagem de pacientes que não exerciam atividade remunerada.

Vieira et al (2005), ao analisarem a presença de comorbidades em 26 pacientes internadas na UTI, observaram que 16 (61%) delas não possuíam comorbidades; porém, nas pacientes que as apresentavam, 8% possuíam algum tipo de cardiopatia. Este achado reforça o que foi encontrado nesta pesquisa

A realização do pré-natal foi prevalente em nosso estudo; contudo, as pacientes apresentaram uma média de consultas inferior ao número preconizado pelo Ministério da Saúde; talvez esse fato possa explicar as complicações que levaram essas pacientes a necessitar de cuidados intensivos. Albuquerque et al (1998) ao estudarem os fatores socio-demográficos e de assistência médica associados ao óbito materno na cidade de Recife, verificaram que aproximadamente dois terços das mulheres que foram a óbito tiveram algum tipo de atendimento pré-natal; todavia, os aspectos relacionados à quantidade e à qualidade das consultas não foram avaliados.

Vettore et al (2011) referem que, apesar da alta cobertura da assistência pré-natal, as complicações maternas são altas, avaliando-se que talvez um dos problemas esteja na



qualidade do atendimento pré-natal. Trevisan et al (2002) ao estudarem a assistência pré-natal entre as usuárias do SUS em Caxias do Sul, concluíram que o pré-natal está disponível na rede municipal de saúde; porém, mesmo possuindo uma boa cobertura, este deve ser revisado do ponto de vista qualitativo.

Foi observada, em nosso estudo uma equivalência entre mulheres primíparas e múltíparas. Este dado vai ao encontro do estudo de Rodriguez et al (2012) que, ao analisarem a paridade das pacientes verificaram que 49,1% eram primíparas.

Cid et al (2011), ao avaliarem a idade gestacional em que as pacientes se encontravam ao serem admitidas na UTI, observaram uma média de 22,6 semanas, sendo mais frequente o período de 21 a 30 semanas. Esta variável divergiu do nosso estudo, pois o período de maior número de admissões foi entre 31 e 40 semanas, sendo a média de 33,25 semanas.

O parto cesariano foi o mais frequente neste estudo; este fato talvez possa ser explicado pelo grande número de pacientes que apresentaram algum tipo de comorbidade associada, ou devido à presença de sofrimento fetal. Segundo Nomura; Alves; Zugaib (2004), nas gestações de alto risco, muitas das vezes devido às complicações associadas a ela, faz-se necessária a interrupção prematura da gestação; dessa forma, observa-se um aumento do número de cesarianas. Esses autores citam ainda que a análise da incidência de complicações maternas relacionadas ao parto cesariano apresentou um maior número de complicações associadas a este procedimento.

Curriel-Basera et al (2011), ao avaliarem 262 pacientes verificaram que 5,6 ( $\pm$  3,4) dias foi o tempo médio de permanência na UTI. Já Amorim et al (2006) observaram que a duração do internamento variou de um a 41 dias com uma média de 5,13 ( $\pm$  4,28). Esses dados não corroboram com os achados desta pesquisa, em que a média de permanência foi de 12,42 ( $\pm$ 7,07) dias, com variação de dois a 115 dias.

Ao analisarem as complicações apresentadas pelas pacientes, Amorim et al (2006) verificaram a presença de anemia (58,4%), choque hemorrágico (8,8%), sepse (2,8%), Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) (1,6%), edema agudo de pulmão (1,5%) e insuficiência renal (1,1%). Esses achados confirmam os dados encontrados em nosso estudo, em que o edema agudo de pulmão foi a complicação mais frequente.

De acordo com Finkielman et al (2004), os cuidados intensivos com as pacientes obstétricas implicam na necessidade da realização de procedimentos radiológicos, de terapêutica medicamentosa, emprego de ventilação mecânica, de monitorização hemodinâmica invasiva e de procedimentos para a ressuscitação cardiorrespiratória. Clark et

al (2001) afirmam que, inúmeros medicamentos são utilizados, principalmente as catecolaminas, os anti-hipertensivos, os anticoagulantes, sedativos, analgésicos e bloqueadores musculares. No entanto, na grande maioria dos casos, as drogas anti-hipertensivas são as mais empregadas, mesmo apresentando riscos de redução do fluxo sanguíneo útero-placentário. Tais afirmações estão de acordo com os achados desta pesquisa.

Para Munnur *et al* (2005), as indicações para a intubação são semelhantes aquelas apresentadas por pacientes não grávidas. Porém, é consenso que a entubação nesta paciente é um procedimento crítico, pois, pelas alterações fisiológicas da gestação, são necessários cuidados adicionais visando evitar o trauma mecânico. Os resultados encontrados por Adowood (2011) apontam que dos 75 participantes do estudo, 34 (45%) necessitaram de ventilação mecânica. Já o estudo de Coelho *et al* (2011), constatou que 55 (11%) das pacientes foram submetidas a ventilação mecânica (VM), quatro (7,3%) a Ventilação Não Invasiva (VNI) e uma (1,8%) a VNI e VM. Os dados de nosso estudo corroboram principalmente os dados deste último trabalho.

Em virtude da necessidade de um maior período de assistência ventilatória invasiva, três pacientes foram traqueostomizadas. Tal fato é representativo quando comparado ao estudo de Amorim *et al* (2006), em que das 34 pacientes que necessitaram de VM apenas uma foi traqueostomizada.

A maioria das pacientes recebeu alta da UTI e não apresentou nenhum tipo de seqüela. Neste mesmo trabalho, Amorim *et al.* (2006) verificaram em pesquisa com aproximadamente 56% das pacientes analisadas tiveram alta da UTI.

Rojas *et al.* (2011) constataram que durante o período da pesquisa ocorreram 23 mortes maternas de um total de 346 pacientes, representando um índice de morte materna de 6,6%. Já no estudo de Amorim *et al.* (2006), a taxa de óbitos foi de 2,4%. Tais dados são compatíveis com os encontrados neste estudo, dois (5,56%) óbitos.

#### 4 CONCLUSÃO

Através dos resultados obtidos com este estudo, verificou-se uma maior predominância de pacientes admitidas em uma UTI durante o puerpério, em período gestacional mais frequente entre 31 a 40 semanas. A causa obstétrica foi a mais prevalente e a doença hipertensiva exclusiva da gestação a principal indicação para admissão na UTI.

Quanto aos principais achados relacionados aos dados demográficos, observou-se que a maioria das mulheres admitidas na UTI apresentavam idade entre 20– 34 anos, eram

casadas, não exerciam atividade remunerada e possuíam escolaridade maior que 8anos. Além disso, contatou-se que a realização do pré-natal foi significativa, mesmo com a média de consultas inferior ao número preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em relação ao número de partos, houve igual proporção entre primíparas e multíparas. A terapêutica mais evidenciada esteve relacionada às medidas analgésicas, anti-hipertensivas e à utilização de drogas vasoativas. A oxigenoterapia foi a assistência ventilatória mais frequente. Diante dos dados expostos, fica evidente a necessidade de mais estudos que retratem a assistência à saúde da mulher, principalmente durante o ciclo grávido- puerperal.

## **DEMOGRAPHIC PROFILE OF CLINICAL IN PATIENTS ADMITTED PUERPERAL- CYCLE PREGNANT IN AN INTENSIVE CARE UNIT AT FORTALEZA**

### **ABSTRACT**

The present work had as objective the description of the clinical and demographic profile of patients in pregnant-cycle in an accepted puerperal intensive therapy of Fortaleza. It is a field study quantitative, documentary, carried out from January to September 2012. Data were collected from medical records of 36 patients through a schedule by his own researchers. It was observed that the average age was of  $25.67 \pm 2.9$  and most of them had been admitted during the puerperium with a variation of 31 to 40 weeks of gestation. The obstetric cause was the most prevalent and hypertensive disease exclusive of pregnancy was the main condition for admission to the ICU. Most of the patients were married, coming from the interior of the State, with schooling greater than eight years and did not carry out paid activities. The use of analgesic action of antihypertensive drugs and vasoactive drugs, were the most therapeutic highlighted. New studies should be carried out for the improvement of the assistance to women's health, especially during the cycle pregnant-puerperal.

**Keywords:** Pregnancy. Post-partum period. Intensive care unit.

## REFERÊNCIAS

- ADAWOOD, A. Clinical characteristics and outcomes of critically ill obstetric patients: a ten-year review. **Annals of Saudi Medicine**, v. 31, n. 5, p. 518-522, 2011.
- ALBUQUERQUE, R. M. et al. Fatores sócio-demográficos e de assistência médica associados ao óbito materno. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 1998.
- AMARAL, E.; LUZ, A. G.; SOUZA, J. P. D. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro v. 29, n. 9, p. 484-489, 2007.
- AMORIM, M. M. R. et al. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, região Nordeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 3, p. 261-266, 2008.
- AMORIM, M. M. R. et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, PE, v. 6, n. 1, p. 55-62, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**: resolução nº 196/96. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- CECCONELLO, F.; FERRAZ, L. O perfil sócio-demográfico e patológico de gestantes e puérperas admitidas na unidade de terapia intensiva de um hospital do oeste catarinense. **Ágora Revista de Divulgação Científica**, Mafra, SC, v. 17, n. 1, p. 71-78, 2010.
- CID, F. R. M. et al. Caracterización de pacientes obstétricas críticas. **Revista Cubana de Medicina Militar**, Havana, v. 40, n. 2, p. 126-136, 2011.
- CLARK, S. L. et al. **Tratamento intensivo em obstetrícia**. 3. ed. São Paulo: Livraria Santos, 2001.
- COELHO, M. A. L. et al. Perfil de mulheres admitidas em uma UTI obstétrica por causas não obstétricas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 160-167, 2012.
- COSTA, E. S. et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, CE, v. 11, n. 2, p. 86-93, 2010.
- CURIEL-BASERA, E. et al. Análisis de la morbimortalidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome HELLP que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos gineco-obstétrica. **Medicina Intensiva**. v. 35, n. 8, p.478-483, 2011.
- FINKIELMAN, J. D. et al. The clinical course of patients with septic abortion admitted to an intensive care unit. **Intensive Care Medicine**, v. 30, p. 1097-1102, 2004.
- MARTINS FILHO, E. D. et al. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes admitidas com diagnóstico de sepse puerperal de origem pélvica em uma UTI obstétrica no Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, PE, v. 10, n. 4, p. 469-475, 2010.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Puerpério. In: \_\_\_\_\_. **Obstetrícia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 291-295.
- MUNNUR, U. et al. Critically ill obstetric patients in an American and an Indian public hospital: comparison of case-mix, organ dysfunction, intensive care requirements, and outcomes. **Intensive Care Medicine**, v. 31, p. 1087-1094, 2005.

NOGUEIRA, A. A.; REIS, F. J. C.; REIS, P. A. S. A paciente gestante: na unidade de terapia intensiva. **Medicina**, Ribeirão Preto, SP, v. 34, p. 123-132, 2001.

NOMURA, R. M.; ALVES, E. A.; ZUGAIB, M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública da USP**, São Paulo, v. 38, n.1, p. 9-15, 2004.

OLIVEIRA, M. E. **Enfermagem obstétrica e neonatológica**. 2 ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

OLIVEIRA, M. F.; FREITAS, M. C. Diagnósticos e intervenções de enfermagem frequentes em mulheres internadas em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 343-348, 2009.

RODRIGUEZ, O. A. et al. Caracterización de la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos. **Revista cubana de obstetricia y ginecología**, Havana, v. 38, n. 2, p. 148-160. 2012.

ROJAS, J. A. et al. Morbilidad materna extrema en cuidados intensivos obstétricos: Cartagena (Colombia) 2006 – 2008. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, Bogotá, v. 62, n. 2, p. 131-140, 2011.

TEDESCO, J. J. A. **A grávida**: as indagações e as dúvidas do obstetra. São Paulo: Atheneu, 1999.

TREVISAN, M. R. et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 293 – 299, 2002.

VETTORE, M. V. et al. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1021-1034, 2011.

VIEIRA, F. N. et al. Complicações de pacientes obstétricas e puerperais admitidas em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 17, n. 4. 2005.

VIGGIANO, M. B. et al. Necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4. 2004.

Submetido em: 25/11/2014

Aceito para publicação em: 14/05/2015