



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS - CSHNB
BACHARELADO EM MEDICINA



NAIRA LUCRÉCIA GOMES DA SILVA SOUSA

**DESFECHO MATERNO EM UTI DE HOSPITAL PÚBLICO NO INTERIOR DO
PIAUÍ**

PICOS - PI

2026

NAIRA LUCRÉCIA GOMES DA SILVA SOUSA

**DESFECHO MATERNO EM UTI DE HOSPITAL PÚBLICO NO INTERIOR DO
PIAUÍ**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Graduação em Medicina da Universidade
Federal do Piauí, Campus Senador
Helvídio Nunes de Barros, como requisito
parcial para obtenção de título de Bacharel
em Medicina.

Orientador: Prof. Ms. Jefferson Torres
Nunes

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

S725d Sousa, Naira Lucrécia Gomes da Silva.
Desfecho materno em UTI de hospital público no interior do Piauí./ Naira
Lucrécia Gomes da Silva. – 2026.
40 f.

1 Arquivo em PDF
Indexado no catálogo *online* da biblioteca José Albano de Macêdo-CSHNB
Aberto a pesquisadores, com restrições da Biblioteca

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do
Piauí, Curso de Bacharelado em Medicina, Picos, 2026.
“Orientação: Prof. Me. Jefferson Torres Nunes.”

1. Mortalidade materna. 2. Gravidez-risco. 3. Saúde pública. I. Sousa,
Naira Lucrécia Gomes da Silva. II. Nunes, Jefferson Torres. III. Título.

CDD 618.3

Elaborado por Sérvulo Fernandes da Silva Neto CRB 15/603

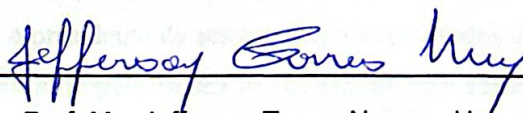
NAIRA LUCRÉCIA GOMES DA SILVA SOUSA

**DESFECHO MATERNO EM UTI DE HOSPITAL PÚBLICO NO INTERIOR DO
PIAUÍ**

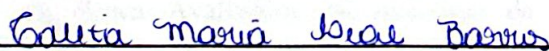
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Graduação em Medicina da Universidade
Federal do Piauí, Campus Senador
Helvídio Nunes de Barros, como requisito
parcial para obtenção de título de
Bacharel em Medicina.

Aprovada em 26 de Maio de 2026.

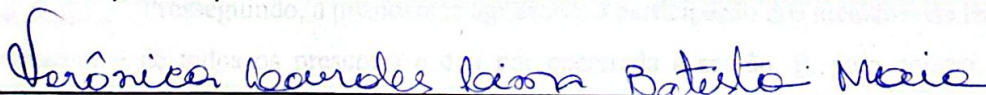
BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms. Jefferson Torres Nunes - Universidade Federal do Piauí



Preceptora Especialista Talita Maria Leal Barros - Universidade Federal do Piauí



Profª. Dra. Veronica Lourdes Lima Batista Maia – Universidade Federal do Piauí

PICOS - PI

2026

AGRADECIMENTOS

“Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos” (Provérbios 16.3)

RESUMO

INTODUÇÃO: A morbidade materna grave e a mortalidade materna apresentam forte associação com necessidade de cuidados intensivos, sendo a admissão em UTI considerada marcador de gravidade clínica. a maioria das admissões obstétricas em UTI corresponde a casos reais de *near miss*, evidenciando a estreita relação entre desfechos maternos graves e suporte intensivo. **OBJETIVO:** Identificar o desfecho clínico de mulheres no ciclo gravídico puerperal em uma UTI de um hospital do interior do Piauí. **METODOLOGIA:** estudo observacional, retrospectivo, analítico, realizado por meio da análise de prontuários de pacientes no ciclo gravídico-puerperal internadas em unidade de terapia intensiva em hospital público de referência no interior do Piauí no período de janeiro de 2024 a dezembro de 2025. **RESULTADOS:** A amostra foi composta por 23 pacientes, com média de idade de 28 anos ($\pm 6,4$). A maioria se autodeclarou de cor parda (52,2%), solteira (52,2%) e com escolaridade de ensino médio completo (43,5%). O tempo médio de permanência na UTI foi de aproximadamente 2 dias (± 3 dias). Em relação à procedência hospitalar, os setores que mais encaminharam pacientes para a unidade crítica foram a sala vermelha (30,4%) e o centro cirúrgico (26,1%). As hemorragias obstétricas foram a principal causa de admissão na UTI, correspondendo a 39,1%. Quanto ao desfecho, a grande maioria das pacientes apresentou melhora clínica, sendo transferida para a enfermaria (87,0%). Foram registrados 2 casos de transferência para outra unidade (8,7%) e 1 óbito (4,3%) durante o período analisado. **DISCUSSÃO:** O perfil evidenciado no estudo sugere que a maioria das internações decorreu de complicações agudas, frequentemente demandando intervenções imediatas, o que reforça o caráter crítico das condições obstétricas atendidas e a complexidade do cuidado prestado nesse contexto. O padrão das indicações de internação está em consonância com achados descritos na literatura internacional, porém contrastam com parte da literatura nacional. Quanto ao período do ciclo gravídico-puerperal no momento da internação em unidade de terapia intensiva, observou-se predominância expressiva de pacientes no puerpério imediato. Esse achado é consistente com a literatura recente. O tempo médio de permanência na UTI foi de aproximadamente 2 dias (± 3 dias), achado que se mostra semelhante a dados da literatura regional, corroborando o padrão de internações de curta duração nesses cenários, perfil que pode refletir tanto a resolução

relativamente rápida das condições obstétricas agudas quando manejadas oportunamente quanto a adoção de critérios bem definidos para admissão e alta em unidades de terapia intensiva obstétrica. **CONCLUSÃO:** Houve predomínio de síndromes hemorrágicas como indicação de internação na UTI estudada, bem como de pacientes oriundas de setores de atendimento agudo. A taxa de letalidade foi de 4,3% além disso a maioria das mulheres internadas eram jovens, solteiras e pardas; e o tempo médio de permanência na UTI foi de aproximadamente 2 dias (± 3 dias).

Palavras-chave: Mortalidade materna; gravidez de alto risco; saúde pública.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Severe maternal morbidity and maternal mortality are strongly associated with the need for intensive care, with ICU admission considered a marker of clinical severity. Most obstetric ICU admissions correspond to actual near-miss cases, highlighting the close relationship between severe maternal outcomes and intensive care support. **OBJECTIVE:** To identify the clinical outcome of women in the pregnancy-puerperal cycle in an ICU of a hospital in the interior of Piauí. **METHODOLOGY:** Observational, retrospective, analytical study, carried out through the analysis of medical records of patients in the pregnancy-puerperal cycle admitted to an intensive care unit in a public referral hospital in the interior of Piauí from January 2024 to December 2025. **RESULTS:** The sample consisted of 23 patients, with a mean age of 28 years (± 6.4). Most self-identified as mixed race (52.2%), single (52.2%), and with a completed high school education (43.5%). The average length of stay in the ICU was approximately 2 days (± 3 days). Regarding hospital origin, the sectors that most frequently referred patients to the critical care unit were the emergency room (30.4%) and the surgical center (26.1%). Obstetric hemorrhages were the main cause of ICU admission, accounting for 39.1%. As for the outcome, the vast majority of patients showed clinical improvement and were transferred to the ward (87.0%). Two cases of transfer to another unit (8.7%) and one death (4.3%) were recorded during the analyzed period. **DISCUSSION:** The profile evidenced in the study suggests that most hospitalizations resulted from acute complications, frequently requiring immediate interventions, which reinforces the critical nature of the obstetric conditions attended and the complexity of the care provided in this context. The pattern of indications for hospitalization is consistent with findings described in the international literature, but contrasts with some of the national literature. Regarding the period of the pregnancy-puerperal cycle at the time of admission to the intensive care unit, a significant predominance of patients in the immediate postpartum period was observed. This finding is consistent with recent literature. The average length of stay in the ICU was approximately 2 days (± 3 days), a finding that is similar to data from the regional literature, corroborating the pattern of short-term hospitalizations in these settings, a profile that may reflect both the relatively rapid resolution of acute obstetric conditions when managed promptly and the adoption of well-defined criteria for admission and discharge in obstetric intensive care units. **CONCLUSION:** There was a predominance

of hemorrhagic syndromes as an indication for admission to the ICU studied, as well as patients from acute care sectors. The mortality rate was 4.3%, and most of the women admitted were young, single, and of mixed race. and the average length of stay in the ICU was approximately 2 days (± 3 days).

Keywords: Maternal mortality; high-risk pregnancy; public health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das gestantes avaliadas	20
Tabela 2. Caracterização clínica obstétrica das gestantes avaliadas	21
Tabela 3. Desfechos e condições de agravamento	22

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Frequência dos diagnósticos responsáveis pela admissão na UTI 22

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

UTI Unidade de Terapia Intensiva

OMS Organização Mundial de Saúde

CAAE Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

DPP Descolamento prematuro de placenta

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3. METODOLOGIA	17
3.1 Delineamento do estudo	17
3.2 Local e período do estudo	17
3.3 População do estudo	17
3.3.1 Critérios de inclusão	17
3.3.2 Critérios de exclusão	17
3.4 Variáveis analisadas	17
3.5 Instrumento de coleta de dados	18
3.6 Procedimento para a coleta de dados	18
3.7 Análise estatística	18
3.8 Aspectos éticos e legais	19
3.9 Levantamento bibliográfico	19
4. RESULTADOS	20
5. DISCUSSÃO	24
6. CONCLUSÃO	27
7. REFERÊNCIAS	28
APÊNDICE A	31
APÊNDICE B	33
APÊNDICE C	36

1. INTRODUÇÃO

Desfecho materno refere-se ao resultado final de saúde da mulher durante a gestação, parto ou puerpério, englobando tanto desfechos positivos (parto seguro, saúde materna) quanto negativos, como morbidade materna grave (*near miss*) ou mortalidade materna. A morbidade materna grave e a mortalidade materna apresentam forte associação com necessidade de cuidados intensivos, sendo a admissão em UTI considerada marcador de gravidade clínica. Além disso, a maioria das admissões obstétricas em UTI corresponde a casos reais de *near miss*, evidenciando a estreita relação entre desfechos maternos graves e suporte intensivo¹.

O índice elevado de mortalidade materna revela as características sociodemográficas de uma determinada localidade, refletindo nas diferenças sociais, nas condições de vida e serviços de saúde ofertados à população². No Brasil tal índice é muito acima do recomendado pela OMS e, analisando dados e casos, fica claro que a maioria das mortes poderia ser evitada³. Além disso, a morte materna também é considerada um importante marcador da qualidade do serviço de saúde, em especial em relação ao acesso, à oportunidade e à adequação da assistência, intimamente ligada à vulnerabilidade social das populações. A redução da mortalidade materna é uma diretriz mundial, por seu caráter evitável, presente entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para 2015, ela foi reiterada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030⁴.

As principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis⁵. Desse modo, é importante saber reconhecer as principais causas de morbimortalidade materna, uma vez que abordagem adequada em unidade de terapia intensiva, associada ao reconhecimento precoce da gravidade, reduz significativamente a progressão para óbito, enquanto atrasos na identificação e na transferência aumentam a letalidade materna⁶.

Apesar dos avanços observados no país, persistem importantes desigualdades regionais na assistência obstétrica. Observa-se maior concentração de óbitos maternos nas regiões Norte e Nordeste e em municípios do interior, refletindo dificuldades de acesso a serviços especializados e limitações estruturais da rede

assistencial. A distribuição de leitos de terapia intensiva permanece concentrada em centros urbanos, restringindo o acesso de gestantes graves residentes em áreas interioranas ao cuidado oportuno e resolutivo. Somam-se a esse cenário lacunas relacionadas à produção científica local e à qualidade das informações em saúde, uma vez que a escassez de estudos regionais dificulta a compreensão das particularidades epidemiológicas e prontuários incompletos ou declarações de óbito inadequadamente preenchidas comprometem a investigação dos casos e a análise dos desfechos maternos⁷.

Dessa forma, a ausência de caracterização epidemiológica local limita a elaboração de estratégias específicas de enfrentamento e planejamento assistencial, perpetuando a invisibilidade de determinantes regionais da mortalidade materna. Torna-se, portanto, fundamental investigar os desfechos maternos em serviços hospitalares do interior, onde barreiras geográficas, estruturais e organizacionais podem impactar diretamente a evolução clínica dessas pacientes. Nesse contexto, evidência-se a relevância do presente estudo, que tem como objetivo analisar os desfechos maternos e caracterizar o perfil das mortes de mulheres no ciclo gravídico-puerperal em um hospital público do interior do estado do Piauí.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Identificar o desfecho clínico de mulheres no ciclo gravídico puerperal em uma UTI de um hospital do interior do Piauí.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das pacientes internadas em UTI no ciclo gravídico-puerperal de um hospital do interior do Piauí.
- identificar causa de óbito materno em uma UTI de um hospital público do interior do Piauí.
- Descrever as principais intervenções terapêuticas e suporte intensivo utilizados durante a internação.

3. METODOLOGIA

3.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, analítico, do tipo série de casos, realizado por meio da análise de prontuários de pacientes no ciclo gravídico-puerperal internadas em unidade de terapia intensiva em hospital público de referência no interior do Piauí.

3.2. Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital Regional Justino Luz, localizado no município de Picos, Piauí. Foram analisados prontuários referentes ao período de janeiro de 2024 a dezembro de 2025.

3.3. População de estudo

Mulheres no ciclo gravídico-puerperal internadas em unidade de terapia intensiva no período do estudo.

3.3.1) Critérios de inclusão

- Pacientes no ciclo gravídico-puerperal;
- Internação em UTI no período estabelecido (janeiro de 2024 a dezembro de 2025);
- Prontuário disponível para análise;

3.3.2) Critérios de exclusão

- Prontuários incompletos;
- Internações por causas não obstétricas sem relação com o ciclo gravídico-puerperal;

3.4. Variáveis analisadas

- A variável dependente foi o desfecho clínico (alta ou óbito).
- As variáveis independentes incluíram características sociodemográficas, obstétricas e clínicas, classificadas em:
 - Qualitativas nominais: naturalidade, procedência hospitalar, estado civil, raça/cor, profissão, diagnóstico, via de parto, necessidade de hemotransfusão.
 - Qualitativas ordinais: escolaridade e fase do ciclo gravídico-puerperal.
 - Quantitativas discretas: idade (anos), paridade (número de partos), tempo de internação hospitalar (dias), tempo entre internação e admissão em UTI (dias) e tempo de permanência em UTI (dias).

3.5. Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de formulário estruturado elaborado pela pesquisadora (Apêndice A).

3. 6. Procedimento para a coleta dos dados

Após aprovação do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP), a identificação dos casos foi realizada no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME). Após aplicação dos critérios de elegibilidade, foram identificados 23 prontuários os quais foram analisados e os dados necessários foram extraídos e registrados no instrumento de coleta previamente padronizado.

3.7. Análise estatística

Os dados obtidos foram inicialmente organizados em planilha eletrônica (Microsoft Excel®) e importados para o software Stata®, versão 12.0. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de média e desvio-padrão, enquanto as variáveis qualitativas foram apresentadas em frequências absoluta e relativa.

A taxa de letalidade foi calculada conforme a fórmula a seguir:

$$Letalidade = \frac{n^{\circ} \text{ de mortes pelo evento avaliado}}{n^{\circ} \text{ de casos do evento avaliado}}$$

3.8 Aspectos éticos e legais

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros e aprovado sob o CAAE nº 91992725.9.0000.8057, parecer nº 7.866.520. Após aprovação, o estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3.9 Levantamento bibliográfico

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de busca em bases de dados eletrônicas indexadas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, PubMed/MEDLINE, LILACS e Cochrane Library, além de documentos disponíveis no Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

4. RESULTADOS

A amostra foi composta por 23 pacientes, com média de idade de aproximadamente 28 anos ($\pm 6,4$), variando entre 15 e 39 anos. No que diz respeito ao perfil sociodemográfico, entre os dados disponíveis, observou-se que a maioria das pacientes se autodeclarou de cor parda (52,2%), solteira (52,2%) e com escolaridade de ensino médio completo (43,5%) (Tabela 1). O tempo médio de permanência na UTI foi de aproximadamente 2 dias (± 3 dias).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das gestantes avaliadas.

	n	%
Escolaridade		
Ensino médio completo	10	43,5
Ensino fundamental incompleto	4	17,4
Outros níveis (Superior/Médio)	2	8,7
Não informado	7	30,4
Estado Civil		
Solteira	12	52,2
União estável	4	17,4
Não informado	7	30,4
Cor Autodeclarada		
Parda	12	52,2
Preta	3	13,0
Branca	1	4,3
Não informado	7	30,4

Quanto à classificação etária considerando-se a gestação, a maioria foi classificada como gestante adulta (69,6%), seguida por gestantes em idade materna avançada (21,7%) e gestantes adolescentes (8,7%). Em relação à procedência hospitalar, os setores que mais encaminharam pacientes para a unidade crítica foram a sala vermelha (30,4%) e o centro cirúrgico (26,1%), evidenciando um perfil de admissão voltado para urgências e pós-operatórios imediatos. Observou-se ainda que a maioria era multipara (52,2%), encontravam-se no puerpério (74%) e tiveram a via de parto através da cesariana (73,9%). (Tabela 2).

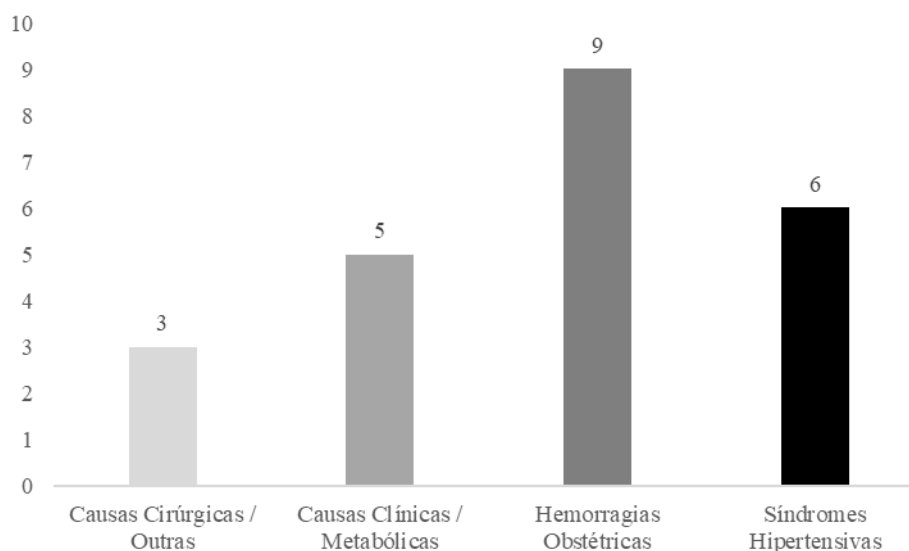
Tabela 2. Caracterização clínica obstétrica das gestantes avaliadas

	n	%
Classificação por Idade		
Gestante adulta (18 a 34 anos)	16	69,6
Gestante em idade materna avançada (≥ 35 anos)	5	21,7
Gestante adolescente (< 18 anos)	2	8,7
Setor de Procedência		
Sala Vermelha	7	30,4
Centro Cirúrgico	6	26,1
PA Obstétrico	4	17,4
Outros	6	26,1
Paridade		
Múltipara	12	52,2
Primípara	3	13,0
Não informado	8	34,8
Ciclo Gravídico na Internação		
Puerpério imediato	17	74,0
Gestante	3	13,0
Pós-laparotomia / Puerpério	3	13,0
Via de Parto		
Cesariana	17	73,9
Gestante (parto não ocorrido)	3	13,0
Laparotomia	2	8,7
Vaginal	1	4,3

As hemorragias obstétricas (i.e., atonia uterina, hipotonia uterina, rotura uterina, placenta prévia, hematoma em ligamento largo e cardiopatia dilatada puerperal associada a atonia), foram a principal causa de admissão na UTI, correspondendo a 39,1% (n = 9) da amostra. As síndromes hipertensivas (i.e., síndrome HELLP, eclâmpsia, pré-eclâmpsia grave e casos complexos de DPP associado a HELLP ou trabalho de parto prolongado com pré-eclâmpsia), constituíram a segunda maior causa, representando 26,1% (n = 6) das internações. As causas clínicas e metabólicas (i.e., cetoacidose diabética, cardiomiopatia periparto e epilepsia) responderam por

21,7% (n = 5) dos casos, enquanto as causas cirúrgicas e outras (i.e., gravidez ectópica rota e abscesso intracavitário) representaram 13,0% (n = 3) das admissões. Essa distribuição evidencia a predominância das causas obstétricas diretas, que juntas somam 65,2% dos diagnósticos, reforçando o perfil de gravidade e a necessidade de suporte intensivo no ciclo gravídico-puerperal (Figura 1).

Figura 1. Frequência dos diagnósticos responsáveis pela admissão na UTI



Quanto ao desfecho, a grande maioria das pacientes apresentou melhora clínica, sendo transferida para a enfermaria (87,0%). Foram registrados 2 casos de transferência para outra unidade (8,7%) e 1 óbito (4,3%) durante o período analisado. Além disso, a hemotransfusão foi necessária para 26,1% (n = 6) das pacientes (Tabela 3).

Tabela 3. Desfechos e condições de agravamento

	n	%
Hemotransfusão		
Não	9	39,10%
Sim	6	26,10%
Não informado	8	34,80%
Desfecho da UTI		
Alta para Enfermaria	20	87,00%
Transferência externa	2	8,70%
Óbito	1	4,30%

Destaca-se que o único caso de óbito ocorreu em uma gestante adulta, de 30 anos, que teve parto cesáreo, advinda do centro cirúrgico com o diagnóstico de atonia uterina e que teve um tempo de internação de 6 dias na UTI. Como foram registrados 9 casos relacionados a síndromes hemorrágicas, configura-se então uma taxa de letalidade de 11,1% para esse diagnóstico e uma taxa geral de 4,3%.

5. DISCUSSÃO

Embora a gravidez seja um evento fisiológico para a maioria das mulheres, esta também pode apresentar uma situação de alto risco que muitas vezes pode necessitar de cuidados intensivos. A UTI um ambiente diferenciado bem como pacientes obstétricas requerendo cuidados especiais e conhecimentos específicos por parte dos profissionais, com intuito de fornecer⁸. No presente estudo houve predomínio de admissões em UTI de pacientes provenientes de setores de urgência (30,4%) e do centro cirúrgico (26,1%). Esse perfil sugere que a maioria das internações decorreu de complicações agudas, frequentemente demandando intervenções imediatas, o que reforça o caráter crítico das condições obstétricas atendidas e a complexidade do cuidado prestado nesse contexto.

Entre as principais causas de admissão das pacientes na unidade de terapia intensiva, as hemorragias obstétricas apareceram como a causa mais frequente, representando 39,1% dos casos. Em seguida, encontram-se as síndromes hipertensivas da gestação, responsáveis por 26,1% das internações, logo após, tem-se as condições clínicas e metabólicas, as quais corresponderam a 21,7%. Esse padrão está em consonância com achados descritos na literatura internacional. Em um estudo conduzido em um hospital na Itália, as principais causas de morbidade obstétrica também foram as hemorragias (50,3%) e os distúrbios hipertensivos (19,2%)⁹. De forma semelhante, um estudo realizado no Canadá identificou a hemorragia pós-parto como a principal causa de near miss materno¹⁰. Por outro lado, esses achados contrastam com parte da literatura nacional, na qual há predomínio das síndromes hipertensivas como principal causa de morbidade materna grave. Em estudo realizado em Fortaleza, Ceará, as doenças hipertensivas foram identificadas como o principal motivo de admissão em um hospital de referência para gestação de alto risco¹¹, bem como em um estudo desenvolvido em Picos no qual as síndromes hipertensivas responderam por 38,5% dos óbitos maternos num hospital público nos últimos 10 anos¹².

A elevada taxa de cesarianas observada neste estudo (73,9%) merece destaque, uma vez que a cesariana é reconhecida como fator de risco independente para hemorragia pós-parto, podendo contribuir para a maior ocorrência de complicações hemorrágicas¹³. Porém ressalta-se que muitas vezes já há uma

indicação de parto cesariano em decorrência de patologias pré-existentes ou já desenvolvidas na atual gestação. Além disso, a necessidade de hemotransfusão em 26,1% das pacientes indica a gravidade dos quadros, funcionando como importante marcador de morbidade materna grave e refletindo risco elevado de instabilidade hemodinâmica¹⁴.

Quanto ao perfil sociodemográfico das pacientes analisadas, observou-se predominância de mulheres autodeclaradas pardas (52,2%), solteiras (52,2%) e com ensino médio completo (43,5%). Esses achados são, em parte, semelhantes aos descritos na literatura regional. Em estudo realizado no Ceará com puérperas admitidas em UTI obstétrica, também houve predomínio de mulheres pardas (68,5%) e com ensino médio completo (41,7%); entretanto, diferentemente do presente estudo, a maioria das pacientes possuía companheiro (67,7%)¹⁵. Por outro lado, esse perfil de maior proporção de mulheres solteiras não é um dado isolado e encontra respaldo em outros estudos, um deles também realizado também no Piauí, que evidenciou predominância de pacientes solteiras entre as admissões em UTI obstétrica (57,14%)¹⁶. Esse padrão pode estar associado a condições de maior vulnerabilidade social, frequentemente relacionadas a menor acesso a serviços de saúde, menor adesão ao pré-natal e, conseqüentemente, maior risco de evolução para quadros obstétricos graves. visto que o pré-natal é chave para diminuir complicações obstétricas no parto, diminuindo as intercorrências e o risco da evolução para o óbito materno¹⁷.

Quanto ao período do ciclo gravídico-puerperal no momento da internação em unidade de terapia intensiva, observou-se predominância expressiva de pacientes no puerpério imediato (73,9%). Esse achado é consistente com a literatura recente, como demonstrado em estudo realizado em Manaus, no qual 71,24% das admissões ocorreram nesse mesmo período¹⁸, e em pesquisa conduzida em Teresina, que evidenciou proporção ainda mais elevada, de 90,48%¹⁶. Tal padrão reforça o entendimento de que o puerpério imediato constitui uma fase crítica para a ocorrência de vulnerabilidade hemodinâmica e complicações obstétricas graves, que frequentemente se manifestam ou se agravam logo após o parto.

O tempo médio de permanência na UTI foi de aproximadamente 2 dias (± 3 dias), achado que se mostra semelhante a dados da literatura regional. Em estudo conduzido em uma UTI obstétrica em Fortaleza, observou-se que a maior parte das

gestantes (40,5%) permaneceu internada por um período entre 2 e 3 dias¹⁵. De forma semelhante, pesquisa realizada em Teresina demonstrou que 71,4% das pacientes apresentaram tempo de permanência na UTI entre 1 e 7 dias¹⁶, corroborando o padrão de internações de curta duração nesses cenários, perfil que pode refletir tanto a resolução relativamente rápida das condições obstétricas agudas quando manejadas oportunamente quanto a adoção de critérios bem definidos para admissão e alta em unidades de terapia intensiva obstétrica.

Foi registrado apenas um óbito materno no serviço, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 4,3% entre as gestantes internadas na unidade de terapia intensiva. Esse resultado é bastante próximo ao encontrado em um estudo realizado em um centro de atenção terciária em Manaus, que identificou uma taxa de 3,98% entre pacientes admitidas em UTI obstétrica¹⁸. Essa semelhança chama atenção e sugere que é possível alcançar desfechos comparáveis aos de serviços de referência, especialmente quando há identificação precoce e manejo adequado das complicações¹⁷. Nesse sentido, os achados também indicam que as condutas adotadas no serviço analisado têm sido efetivas, ao mesmo tempo em que reforçam a necessidade de aprimoramento contínuo dos protocolos de manejo da hemorragia obstétrica, particularmente no que se refere à abordagem precoce da atonia uterina, com vistas à redução de desfechos desfavoráveis.

6. CONCLUSÃO

Ao analisar os desfechos maternos em um hospital público do interior do Piauí, possibilitou compreender o perfil das complicações obstétricas graves em regiões fora dos grandes centros, contribuindo para a ampliação do conhecimento acerca da realidade assistencial nesses contextos. Houve predomínio de síndromes hemorrágicas como indicação de internação na UTI estudada, bem como de pacientes oriundas de setores de atendimento agudo. A taxa de letalidade foi de 4,3% além disso a maioria das mulheres internadas eram jovens, solteiras e pardas; e o tempo médio de permanência na UTI foi de aproximadamente 2 dias (± 3 dias).

7. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: WHO; 2011.
2. Pereira LM. Mortalidade materna: como o descaso com a saúde da mulher impede a igualdade de gênero. *Saúde Transform Soc.* 2015;6(1):70-78.
3. Barreto BL. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. *Rev Enferm Contemp.* 2021;10(1):127-133.
4. Carvalho PI, et al. Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. *Epidemiol Serv Saude.* 2020;29(1).
5. Ferraz L, Bordignon M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. *Rev Baiana Saude Publica.* 2012;36(2):527-538.
6. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss: towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Bull World Health Organ.* 2009;87(10):734-742.
7. Laurenti R, et al. Underreporting of maternal mortality in Brazil: comparison of two information systems. *Rev Saude Publica.* 1996.
8. Medeiros TMC, et al. Perfil clínico epidemiológico das pacientes admitidas na unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade pública. *Rev Eletron Gest Saude.* 2015;6(2):1601-12.
9. Zanconato G, Cavaliere E, Mariotto O, Zatti N. Perinatal outcome of severe obstetric complications: findings of a 10-year hospital-based surveillance study in Italy. *Int J Womens Health.* 2019;11:463-469.
10. Aoyama K, Pinto R, Ray JG, Hill AD, Scales DC, Lapinsky SE, et al. Association of maternal age with severe maternal morbidity and mortality in Canada. *JAMA Netw Open.* 2019;2(8):e199875.
11. Rios AJS. Análise dos casos de morbidade, near miss e óbito materno em uma Unidade de Terapia Intensiva na região norte do Ceará [trabalho acadêmico]. 2022.
12. Cavalcanti AM, et al. Mortalidade materna em hospital público do interior de um estado do nordeste brasileiro. *Rev Saude Publica Parana.* 2024;7(1):1-14.

13. Sajjad H, Shakeel N, Kanwal S, Sabir S, Nadeem S, Arshad H. Incidence and risk factors of postpartum hemorrhage in cesarean versus vaginal deliveries: a retrospective study. *Cureus*. 2025;17(10):e95714.
14. Gallos ID, et al. Prognostic accuracy of clinical markers of postpartum bleeding in predicting maternal mortality or severe morbidity: a WHO individual participant data meta-analysis. *Lancet*. 2025;405(10435):1234-1245.
15. Barbosa MS, et al. Perfil clínico-epidemiológico de mulheres no ciclo gravídico-puerperal internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Med Univ Fed Ceara*. 2020;60(1):1-7.
16. Carvalho RGS. Avaliação do perfil clínico-obstétrico de puérperas admitidas em Unidade de Terapia Intensiva de uma maternidade de referência [trabalho de conclusão de curso]. Teresina: Universidade Estadual do Piauí; 2025.
17. Silva IEC, et al. Perfil da mortalidade materna: o papel crítico da assistência pré-natal na redução de óbitos maternos no Brasil. *Arq Cienc Saude UNIPAR*. 2025;28(3):951-967.
18. Souza RF, et al. Internação por causas obstétricas em uma unidade de terapia intensiva materna em Manaus/Amazonas. *Rev FT Cienc Saude*. 2024;28(130).

APÊNDICE A**FICHA DE COLETA DE DADOS****1 - DADOS SOCIOECONÔMICOS**

Data da admissão: ____/____/____

Número prontuário: _____

Idade em anos:

Gestante adolescente- 14 a 19 anos ()

Gestante adulta - 20 a 35 anos ()

Gestante idosa > 35 anos ()

Naturalidade: _____

Estado civil:

Solteira ()

Casada ()

União estável ()

Cor: Branca () Preta () Parda () Outras ()

2 - DADOS CLÍNICOS E HOSPITALARES

Paridade: G_P_A_-

Período de internação: _____

Diagnóstico na internação: _____ ()

Síndrome hipertensivas () Síndromes hemorrágicas () Infecção puerperal

() Outras infecções () Outras causas. Qual? _____

Via de parto

() Vaginal

() Cesariana

Época da internação () Durante a gravidez () Pós-parto

Necessitou de hemotransfusão: () Sim () Não

Tempo de internação hospitalar:_____

Tempo entre a internação hospitalar e a admissão na UTI:

_____.

Tempo de internação em UTI:_____

Desfecho: () Alta da UTI () Transferência () óbito

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor (a)

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa denominada “DESFECHO MATERNO EM UTI DE HOSPITAL PUBLICO DO INTERIOR DO PIAUI”. Esta pesquisa está sob a responsabilidade do pesquisador Naira Lucrécia Gomes da Silva Sousa sob orientação do professor Jefferson Torres Nunes(UFPI) e tem como objetivos identificar desfecho materno em UTI de um hospital público do interior do Piauí, traçar perfil clínico-epidemiológico e obstétrico de mulheres no ciclo gravídico puerperal que necessitaram de cuidados intensivo e principais diagnósticos. Esta pesquisa tem por finalidade trazer melhores cuidados na saúde da mulher. Neste sentido, solicitamos sua colaboração mediante a assinatura desse termo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante. Após seu consentimento, assine todas as páginas e ao final desse documento que está em duas vias. O mesmo, também será assinado pelo pesquisador em todas as páginas, ficando uma via com você participante da pesquisa e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las com o pesquisador responsável pela pesquisa através do seguinte telefone: Jefferson Nunes (86)9470-2095, jet_nunes@hotmail.com. Se mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Senador Helvídeo Nunes de Barros , Bairro Junco, Picos –PI, CEP: 64.607-670; (89)2222-2052, cep-picos@ufpi.edu.br ; horário de funcionamento no turno da tarde do CEP-UFPI/CSHNB que é: 13:00 às 17:00 h. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Esclarecemos mais uma vez que sua participação é voluntaria, caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer

momento da pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e o (os) pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento.

A pesquisa tem como justificativa que as complicações de saúde na assistência à saúde da mulher no período gestacional constituem-se de extrema importância quando são possíveis de serem previstas ou prevenidas para tanto o conhecimento dessas complicações como as causas ou o possível perfil de mulheres submetidas a laparotomia por gestação ectópica faz-se necessário no atual cenário de saúde da mulher, e para sua realização serão utilizados os seguintes procedimentos para a coleta de dados um formulário onde constam informações sobre as características sociais e clínicas das mulheres. Esses instrumentos serão revisados quanto à qualidade e legitimidade das informações, e os dados codificados e armazenados em arquivo de computador, após testes de consistência.

Esclareço que esta pesquisa acarreta os seguintes riscos desistência de participantes bem como não localização, porém os mesmos serão contornados aceitação da desistência.

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. E você terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

Esclareço ainda que você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação neste estudo você poderá ser indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

Após os devidos esclarecimentos e estando ciente de acordo com os que me foi exposto, Eu -----declaro que aceito participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por mim prestadas. Para tanto, assino este consentimento em duas vias, rubrico todas as páginas e fico com a posse de uma delas.

Preencher quando necessário

- () Autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação, filmagem e/ou fotos;
- () Não autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação e/ou filmagem.
- () Autorizo apenas a captação de voz por meio da gravação;

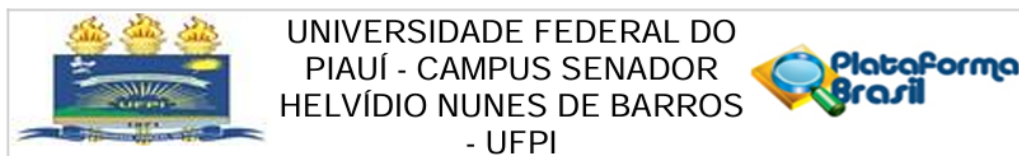
Local e data: _____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C

APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESFECHO MATERNO EM UTI DE HOSPITAL PÚBLICO NO INTERIOR DO PIAUÍ

Pesquisador: Jefferson Torres Nunes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91992725.9.0000.8057

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí Campus CSHNB, Picos

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.866.520

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO ELETRÔNICA NO
REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL - RI/UFPI**

1. Identificação do material bibliográfico:

☐ Tese ☐ Dissertação ☐ Monografia ☒ TCC Artigo ☐ Livro
☐ Capítulo de Livro ☐ Material Cartográfico ou Visual ☐ Música
☐ Obra de Arte ☐ Partitura ☐ Peça de Teatro ☐ Relatório de pesquisa
☐ Comunicação e Conferência ☐ Artigo de periódico ☐ Publicação seriada
☐ Publicação de Anais de Evento

2. Identificação do Trabalho Científico:

Curso de Graduação: BACHARELADO EM MEDICINA_____

Programa de pós-graduação: _____

Outro: _____

Autor(a): Naira Lucrécia Gomes da Silva Sousa_____

E-mail: nairalucreciasousa@gmail.com_____

Orientador (a) Jefferson Torres Nunes_____

Instituição: Universidade Federal do Piauí_____

Membro da banca: Talita Maria Leal Barros_____

Instituição: Universidade Federal do Piauí_____

Membro da banca: Verônica Lourdes Lima Batista Maia

Instituição: Universidade Federal do Piauí_____

Membro da banca: _____

Instituição: _____

Membro da banca: _____

Instituição: _____

Membro da banca: _____

Instituição: _____

Título obtida: Bacharel em Medicina _____

Data da defesa: 26/05/2026____

Título do trabalho: Desfecho materno em UTI de Hospital Público no interior do Piauí____

Agência de fomento (em caso de aluno bolsista): _____

3. Informações de acesso ao documento no formato eletrônico:

Liberação para publicação:

Total: [X]

Parcial: []. Em caso de publicação parcial especifique a(s) parte(s) ou o(s) capítulos(s) a serem publicados: _____

.....

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Em atendimento ao Artigo 6º da Resolução CEPEX nº 264/2016 de 05 de dezembro de 2016, autorizo a Universidade Federal do Piauí - UFPI, a disponibilizar gratuitamente sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral ou parcial da publicação supracitada, de minha autoria, em meio eletrônico, no Repositório Institucional (RI/UFPI), no formato especificado* para fins de leitura, impressão e/ou *download* pela *internet*, a título de divulgação da produção científica gerada pela UFPI a partir desta data.

Local: Picos, Piauí_____Data: 20/07/2026_____

Assinatura do(a) autor(a): Nairva Lúcia Gomes da Silva Silva

* **Texto** (PDF); **imagem** (JPG ou GIF); **som** (WAV, MPEG, MP3); **Vídeo** (AVI, QT).