

Perfil clínico e epidemiológico de pacientes assistidas em uma unidade de terapia intensiva materna do distrito federal

RESUMO | Objetivo: Caracterizar perfil de pacientes encaminhadas para a UTI materna de um hospital público do Distrito Federal. Método: estudo quantitativo de caráter descritivo, transversal e analítico, pautado em dados secundários retroativos obtidos através do livro de admissões da UTI Materna do Hospital Materno Infantil de Brasília, realizando um comparativo entre o ano de criação junho de 2013-2014 e junho de 2019-2020. A Análise estatística descritiva foi realizada por meio de frequência absoluta e frequência relativa. Resultados: Os dados evidenciaram público atendido é exclusivamente feminino, com maior prevalência da faixa etária entre 20 e 29 anos de idade, com média de 30,27 anos de idade. O diagnóstico prevalente foi de Pré-eclâmpsia (17,12%). A transferência para outros setores do mesmo hospital foi o principal desfecho. Conclusão: As causas obstétricas diretas representam a maior parte das internações no setor. Em geral, são mulheres jovens e com diagnóstico prioritário de Síndromes Hipertensivas.

Descritores: Unidades de terapia intensiva; Obstetrícia; Perfil de saúde.

ABSTRACT | Objective: To characterize the profile of patients referred to the Maternal ICU of a public hospital in the Federal District. Method: quantitative study of descriptive, cross-sectional and analytical nature, based on retrospective secondary data obtained through the Maternal ICU admissions book of the Materno Infantil Hospital of Brasilia, making a comparison between the year of creation June 2013-2014 and June 2019-2020. Descriptive statistical analysis was performed using absolute frequency and relative frequency. Results: The data evidenced public attended is exclusively female, with a higher prevalence of the age group between 20 and 29 years old, with an average of 30.27 years old. The prevalent diagnosis was preeclampsia (17.12%). Transfer to other sectors of the same hospital was the main outcome. Conclusion: Direct obstetric causes represent most of the hospitalizations in the sector. In general, they are young women and with priority diagnosis of hypertensive syndromes.

Keywords: Intensive care units; Obstetrics; Health profile

RESUMEN | Objetivo: Caracterizar el perfil de las pacientes referidas a la UCI materna de un hospital público del Distrito Federal. Método: estudio cuantitativo de carácter descriptivo, transversal y analítico, basado en datos secundarios retrospectivos obtenidos a través del libro de ingresos de la UCI Materna del Hospital Materno Infantil de Brasilia, realizando una comparación entre el año de creación junio 2013-2014 y junio 2019-2020. El análisis estadístico descriptivo se realizó mediante la frecuencia absoluta y la frecuencia relativa. Resultados: Los datos evidencian que el público atendido es exclusivamente femenino, con una mayor prevalencia del grupo de edad entre 20 y 29 años, con una media de 30,27 años. El diagnóstico más frecuente fue la preeclampsia (17,12%). El traslado a otros sectores del mismo hospital fue el principal resultado. Conclusión: Las causas obstétricas directas representan la mayor parte de las hospitalizaciones del sector. En general, son mujeres jóvenes y con diagnóstico prioritario de Síndromes Hipertensivos.

Palabras claves: Unidades de terapia intensiva; Obstetricia; Perfil de salud.

Polyana Martins Santos Pereira

Graduada em Enfermagem pela ESCS - Escola Superior de Ciências da Saúde. Discente do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Obstetrícia pela (ESCS) e Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). Secretária de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).
ORCID: 0000-0003-4801-4682

Moises Wesley de Macedo Pereira

Enfermeiro. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília (UnB). Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília, DF, Brasil.
ORCID: 0000-0002-8666-5702

Antonio Carlos Andrade Silva

Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva. Preceptor da Escola de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília, DF, Brasil.
ORCID:0000-0003-1190-5748

Ana Lígia da Silva Sousa

Enfermeira. Especialista em enfermagem obstétrica pela Escs/fepecs. Enfermeira do centro obstétrico do hospital materno infantil de Brasília - hmib.
ORCID: 0000-0002-6543-1931

Hygor Alessandro Firme Elias

Biólogo e Enfermeiro - Bacharel é Licenciado pela Universidade de Brasília-UnB. Especialista

em Obstetrícia. Mestrando pelo Instituto Israelita Albert Einstein. Tutor do Programa Uniprofissional de Enfermagem Obstétrica SES-DF, Brasil.
ORCID: 0002-4285-902X

Kelly da Silva Cavalcante Ribeiro

Enfermeira. Mestre em Ciência da Saúde pela Escola Superior de Ciência da Saúde do DF - ESCS/DF. Coordenadora da residência de enfermagem obstétrica da Escola Superior de Ciência da Saúde do DF- ESCS/DF. Brasília, DF, Brasil.
ORCID: 0000-0001-9882-9455

Recebido em: 22/04/2022

Aprovado em: 07/07/2022

INTRODUÇÃO

Inicialmente, os programas para Saúde da Mulher pautavam-se na função biológica da mulher, restringindo as demandas de saúde à gestação e parto, focalizando o seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação e educação dos filhos, e cuidadora familiar.^{3,7,22}

Com o advento dos direitos sociais conquistados pelas mulheres, em 2003 foi elaborada a proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), baseado no perfil sociodemográfico e epidemiológico da época, considerando e incluindo todas as reivindicações dos segmentos de mulheres e legitimada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).¹²

O Plano Nacional surge direcionado a atender as demandas sociais da mulher buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Enfatiza a promoção e atenção integral à saúde, com destaque na melhoria da atenção obstétrica, planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.⁷

Em 2011 a Rede Cegonha foi instituída como estratégia do Ministério da Saúde para implementar uma rede de cuidados que visa estruturar, organizar e proteger os direitos e acesso à Saúde materno-infantil em todo território nacional. Respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas à redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil.^{2,8}

A rede assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, em todos os níveis de complexidade, assim como, o direito das crianças ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis. A suficiência de leitos obstétricos e neonatais (Unidade de Terapia Intensiva- UTI, Unidade de Cuidados Intermediários-UCI e Canguru), foi ressaltada como componente necessário

para garantir a atenção segura da rede e atender às gestantes de alto risco do SUS.²

A integralidade é um direito constitucional e princípio norteador na cria-



Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) / Organização Mundial de Saúde (OMS), as principais causas de mortalidade materna são complicações evitáveis que ocorrem durante a gestação, parto e puerpério.



ção da Política Nacional de Saúde da Mulher que tem a finalidade de garantir que a assistência ocorra em todas as fases de vida da mulher, promovendo uma articulação entre ações de pro-

moção, prevenção e recuperação da saúde.³

Tendo em vista que as principais causas de mortes em mulheres advêm de doenças do ciclo gravídico-puerperal e complicações de doenças pré-existentes à gravidez, deixando em foco o primeiro lugar no ranking de mortalidade as causas obstétricas, é imprescindível garantir o acesso a UTI para que seja possível oferecer uma assistência de qualidade em todos os níveis de complexidade.^{11,21}

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) / Organização Mundial de Saúde (OMS), as principais causas de mortalidade materna são complicações evitáveis que ocorrem durante a gestação, parto e puerpério. As síndromes hipertensivas e suas complicações (pré-eclâmpsia, eclâmpsia e HELLP) compõem as causas principais de mortalidade materna, seguida de hemorragias graves (principalmente após o parto), infecções (normalmente depois do parto), complicações no parto, abortos inseguros.¹⁹

Para garantir a assistência integral, em junho de 2013, o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) inaugurou a primeira UTI Materna da rede pública de saúde do Distrito Federal, contando com dez leitos destinados ao atendimento exclusivo desse público.²²

Diante do cenário prático da UTI materna, observou-se a importância de levantar dados epidemiológicos e clínicos para verificar se estão em consonância com os índices da OMS, além de fornecer informações para fomentar intervenções que impactam diretamente na assistência prestada pelos profissionais de saúde. O objetivo geral do presente estudo foi caracterizar o perfil de pacientes encaminhadas para a UTI materna de um hospital público do Distrito Federal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo



vo de caráter descritivo, transversal e analítico, pautado em dados secundários retrospectivos, obtidos através do livro de admissões da UTI materna do HMIB. O HMIB é um hospital público com atendimento voltado à criança e à mulher que oferece serviços de diversas complexidades, dentre elas a UTI materna, que faz parte do Plano de Ação da Rede Cegonha do Distrito Federal.

A amostra foi composta por 701 pacientes internadas durante os períodos de junho de 2013 a junho de 2014 e junho de 2019 a junho de 2020 com intuito de comparar os períodos. A coleta de dados foi realizada entre os dias 1 e 5 de fevereiro de 2022 e foram excluídos do estudo pacientes que não tiveram seu cadastro completo no livro de admissão.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha em seguida realizada sua análise através da estatística descritiva, por meio de frequências e médias.

Este estudo obedeceu à Resolução 466/2012 do CNS e foi aprovado pelo CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) com o parecer nº 5.217.284.

RESULTADOS

De junho de 2013 a junho de 2014, foram registradas 296 internações, com idade média de 31,93 anos, sendo a mínima de 14 e a máxima 86 anos. Entre junho de 2019 e junho de 2020 foram registradas 405 hospitalizações, com intervalo de idade entre 15 e 81 anos e média de 29,13 anos. A faixa etária geral prevalente é entre 20 e 29 anos de idade (40,66%) conforme a Tabela 1.

Em relação ao tempo de permanência, no período de 2013 a 2014 a média foi de 7,43 dias, variando entre 1 e 707 dias. No período de 2019 a 2020 a média foi 3,97 dias, variando entre 14 horas e 128 dias. A média entre os

Tabela 1. Distribuição da variável idade conforme faixa etária e comparação entre os períodos verificados no estudo. Brasília-DF, Brasil, 2022.

Idade (anos)	Junho/13 a junho/14 N (%)	Junho/19 a junho/20 N (%)	Geral N (%)	Comparativo N (%)
14-19	28 (9,46%)	50 (12,35%)	78 (11,13%)	30 (+78,57%)
20-29	115 (38,85%)	170 (41,98%)	285 (40,66%)	55 (+47,83%)
30-39	106 (35,81%)	157 (38,77 %)	263 (37,52%)	51 (+48,11%)
40-49	25 (8,45%)	23(5,68%)	48 (6,85%)	-2 (-8%)
50-59	7 (2,36%)	2 (0,49%)	9 (1,28%)	-7 (-71,43%)
60 ou mais	15 (5,07%)	3 (0,74%)	18 (2,57%)	-12 (-80%)
Total	296	405	701	109 (+36,82%)

Fonte: Banco de dados dos autores, 2022.

Tabela 2. Procedência da população internada na UTI e comparação entre os períodos verificados no estudo. Brasília-DF, Brasil, 2022.

Origem	Junho/13 a junho/14 N (%)	Junho/19 a junho/20 N (%)	Geral N (%)	Comparativo N (%)
HMIB	222 (75%)	248 (61,23%)	470 (67,05%)	26 (+11,71%)
HRAN	9 (3,04%)	7 (1,73%)	16 (2,28%)	-2 (-22,22%)
IHB-DF	3 (1,01%)	1 (0,25%)	4 (0,57%)	-2 (-66,67%)
HRPA	6 (2,03%)	16 (3,95%)	22 (3,14%)	10 (+166,67%)
HRPL	3 (1,01%)	11 (2,72%)	14 (2,00%)	8 (+366,67%)
HRS	8 (2,70%)	21 (5,19 %)	29 (4,14%)	(+62,50%)
HUB	9 (3,04%)	2 (0,49%)	11 (1,57%)	-7 (-77,78%)
HRC	12 (4,05%)	13 (3,21%)	25 (3,57%)	1 (+8,33%)
HRT	4 (1,35%)	32 (7,90%)	36 (5,14%)	28 (+800%)
HRSAM	2 (0,68%)	5 (1,23%)	7 (1,00%)	3 (+150%)
HRG	9 (3,04%)	3 (0,74%)	12 (1,71%)	-6 (-66,67%)
HRSM	5 (1,69%)	43 (10,62%)	48 (6,85%)	37 (+760%)
HRBz	2 (0,68%)	2 (0,49%)	4 (0,57%)	0%
Rede particular	1 (0,34%)	1 (0,25%)	2 (0,29%)	0%
UPAs	1 (0,34%)	0	1 (0,14%)	-1 (-100%)

Legenda: HMIB: Hospital Materno Infantil de Brasília; HRAN: Hospital Regional da Asa Norte; IHB-DF: Instituto Hospital de Base do Distrito Federal; HRPA: Hospital Regional de Paranoá; HRPL: Hospital Regional de Planaltina; HRS: Hospital Regional de Sobradinho; HUB: Hospital Universitário de Brasília; HRC: Hospital Regional de Ceilândia; HRT: Hospital Regional de Taguatinga; HRSAM: Hospital Regional da Samambaia; HRG: Hospital Regional do Gama; HRSM: Hospital Regional de Santa Maria; HRBz: Hospital Regional de Brazlândia; UPAs: Unidades de Pronto Atendimento

Fonte: Banco de dados dos autores, 2022.

dois períodos analisados foi 5,41 dias.

Verificou-se que nos períodos de junho/13-14 e junho/19-20 a procedência das internações (tabela 2) são

do hospital em estudo, com cerca de 75% e 61,23% respectivamente.

No que diz respeito ao diagnóstico, os mais recorrentes são as síndromes

hipertensivas exclusivas da gestação (Pré-eclâmpsia grave, Eclâmpsia e Síndrome de HELLP), seguido de choque hemorrágico, sepse, doenças cardíacas, Anemia falciforme, Diabetes Mellitus, Infecções Respiratórias Agudas e Infecção urinária (tabela 3).

Em relação ao desfecho (tabela 4), o seguimento do tratamento na Policlínica (38,94%) foi predominante, seguido de transferência para outro hospital da rede pública (23,11%) e encaminhamento para o Alojamento Conjunto (19,54%) do hospital em estudo.

No que se refere ao número de óbitos, observou-se um aumento importante nos registros. No período de 2013 a 2014 foi registrado 1 óbito, já no período de 2019-2020 foram registradas 5 mortes. Dentre as causas das mortes, constataram-se Síndrome de HELLP (38 anos), Eclâmpsia (34 anos), Cardiopatia (50 anos), Edema agudo de pulmão (41 anos) e Sepses (37 anos).

DISCUSSÃO

Quanto à variável idade, os dados desse estudo apresentaram consonância com os resultados de uma pesquisa realizada em uma UTI na cidade de Fortaleza-CE, sendo a faixa etária de internações por complicações obstétricas é entre 20 e 29 anos.¹¹

Os índices elevados de mortalidade materna foram registrados nesta faixa etária por causas obstétricas, dados que corroboram com os dados encontrados neste estudo.^{14,24} Pesquisa sobre óbitos maternos realizada em Maternidade Pública de Fortaleza, evidenciou prevalência entre 20 e 34 anos.⁹

A maioria das internações na UTI eram de pacientes provenientes do hospital estudado (67,05%). Cabe ressaltar que o hospital em estudo é o único da Rede de atenção à Saúde do Distrito Federal que possui uma UTI específica de atenção à saúde materna, o que justifica a internação de

Tabela 3. Distribuição dos principais diagnósticos atendidos na UTI e comparação entre os períodos verificados no estudo. Brasília-DF, Brasil, 2022.

Diagnósticos	Junho/13 a junho/14 N (%)	Junho/19 a junho/20 N (%)	Geral N (%)	Comparativo (%)
Pré- Eclâmpsia Grave	30 (10,14%)	90 (22,22%)	120 (17,12%)	200,00%
Eclâmpsia	6 (2,03%)	15 (3,70%)	21 (3,00%)	150,00%
Síndrome HELLP	26 (8,78%)	30 (7,41%)	56 (7,99%)	15,38%
SHEG não especificada	55 (18,58%)	23 (5,68%)	78 (11,13%)	-58,18%
HAS	5 (1,69%)	7 (1,73%)	12 (1,71%)	40,00%
DC	34 (11,49%)	45 (11,11%)	79 (11,27%)	32,35%
Infecção urinária	7 (2,36%)	14 (3,46%)	21 (3,00%)	100,00%
Epilepsia e TCs	6 (2,03%)	5 (1,23%)	11 (1,57%)	-16,67%
IRAs	8 (2,70%)	16 (3,95%)	24 (3,42%)	100,00%
Infecção Puerperal	7 (2,36%)	2 (0,49%)	9 (1,28%)	-71,43%
Sepses	2 (0,68%)	23 (5,68%)	25 (3,57%)	1050,00%
Choque Hemorrágico	9 (3,04%)	30 (7,41%)	39 (5,56%)	233,33%
Anemia Falciforme	3 (1,01%)	14 (3,46%)	17 (2,43%)	366,67%
DM Gestacional	5 (1,69%)	15 (3,70%)	20 (2,85%)	200,00%
TVP/TEP	7 (2,36%)	10 (2,47%)	17 (2,43%)	42,86%
Histerectomia	32 (10,81%)	7 (1,73%)	39 (5,56%)	-78,13%
Outros	54 (18,24%)	59 (14,57%)	113 (16,12%)	9,26%

Legenda: DC = doença cardíaca; SHEG = Síndrome Hipertensiva Exclusiva da Gestação; TCs = Traumatismos Cranianos; IRAs = Insuficiências Respiratórias Agudas; DM = Diabetes Mellitus; TVP = Trombose Venosa Profunda; TEP = Tromboembolismo Pulmonar.

Fonte: Banco de dados dos autores, 2022.

Tabela 4. Distribuição dos desfechos das pacientes internadas na UTI e comparação entre os períodos verificados no estudo. Brasília -DF, Brasil, 2022.

Variáveis	Junho/13 a junho/14 N (%)	Junho/19 a junho/20 N (%)	Geral N (%)	Comparativo (%)
Transferência para outro hospital da rede pública	47 (15,88%)	115 (28,40%)	162 (23,11%)	144,68%
Transferência para Hospital Privado	3 (1,01%)	0	3 (0,43%)	-100,00%
Alojamento Conjunto (HMIB)	59 (19,93%)	78 (19,29%)	137 (19,54%)	32,20%
Setor de Alto Risco (HMIB)	40 (13,51%)	61 (15,06%)	101 (14,41%)	52,50%
Policlínica (HMIB)	139 (46,96%)	134 (33,09%)	273 (38,94%)	-3,60%
Óbito	1 (0,34%)	5 (1,23%)	6 (0,86%)	400,00%
Alta para domicílio	1 (0,34%)	1 (0,25%)	2 (0,29%)	0,00%
UCIN (HMIB)	4 (1,35%)	7 (1,73%)	11 (1,57%)	75,00%
Evasão	0	1 (0,25%)	1 (0,14%)	100%
Centro Obstétrico - HMIB	2 (0,68%)	3 (0,74%)	5 (0,71%)	50,00%

Fonte: Banco de dados dos autores, 2022.



pacientes provenientes de outras regiões administrativas, inclusive das cidades do Goiás que ficam no entorno do DF.²²

Devido as alterações sistêmicas causadas pela gestação, as causas de mortalidade materna dividem-se em causas obstétricas diretas: resultantes de complicações da gestação, parto e puerpério, e indiretas: doenças prévias ou adquiridas na gestação que foram agravadas pela gravidez.^{5, 11, 13, 24}

Sobre as causas obstétricas diretas, observou-se que as Síndromes Hipertensivas foram o diagnóstico prioritário. A Pré-eclâmpsia (17,12%) foi o principal, seguido de Síndrome Hipertensiva Exclusiva da gestação - não especificada (11,13%), Síndrome Hellp (7,99%) e Eclâmpsia (3%), que se associadas, totalizam 39,23% dos casos de internação. Outro dado importante foi choque hemorrágico que compõem as hemorragias obstétricas graves com 5,56% dos casos. Os dados corroboram com pesquisa realizada em uma UTI no Ceará, que obteve como principais causas de internação Eclâmpsia, Síndrome Hellp e Pré-eclâmpsia Grave.^{9, 10, 11}

As Síndromes hipertensivas e hemorragias graves da gestação são as principais causas de morte materna mundial. Nesta pesquisa, os dados evidenciam que a causas obstétricas diretas são o principal motivo de internação em UTI, dados que estão em consonância com outros estudos.^{5, 6, 17, 18}

Como causas indiretas prevaleceram outros diagnósticos (16,12%) que engloba, doenças endêmicas, sazonais e diagnósticos isolados que contaram com número pequeno de casos, tais como: H1N1, Dengue, Doenças da Tireoide, Abdome Agudo, entre outros, seguido de Cardiopatias (11,27%). Algumas variáveis de internação por causas indiretas evidenciadas nesta pesquisa não estão em consonância com outros estudos.^{13, 24}

Observou-se ainda, que embora em menor quantidade, as causas indiretas de internação evidenciadas neste estudo, tais como: Cardiopatias, Insuficiências Respiratórias Agudas (IRAs) e Sepsis, estão de acordo com dados encontrados em outras pesquisas.^{6, 11}

Estudo realizado em UTI Obstétrica no Nordeste do Brasil, evidenciou que 66,8% das internações foram por causas não obstétricas, evidenciando os diagnósticos de cardiopatia, trombose venosa profunda (TVP), infecção do trato urinário (ITU) como principais causas de internação, dados que também foram encontrados nesta pesquisa em menor quantidade.⁶

O tempo de permanência foi em média de 5,41 dias. Esse dado vai ao encontro com a média de permanência em outras pesquisas.^{5, 11}. Embora, o tempo de permanência na UTI seja um dado variável, como pode ser observado em outros estudos que tiveram tempo de internação superior a esse.^{6, 18}

No que tange ao desfecho das internações, a pesquisa evidenciou que a maioria das pacientes seguiu o tratamento em outros setores do hospital, totalizando 75,18% dos desfechos de internação. Observou-se que a quantidade registrada neste estudo se apresentou inferior a outras pesquisas que apontaram uma variação entre 77% e 92,6%.^{5, 11}

Em relação ao número de óbitos, este estudo apresentou uma porcentagem de 0,86% mostrando-se inferior a variação encontrada em outros estudos que evidenciaram taxas de 4% e 7,3%.^{5, 6, 11}

Reduzir os índices de mortalidade materna e promover a saúde das mulheres em todas as fases da vida, estão definidas como metas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas – ONU.¹⁷

Diversos fatores tornam elevados os valores de Razão de Mortalidade Materna (RMM), e estão associados,

em sua maioria, ao ciclo gravídico puerperal e grande parte das mortes maternas são evitáveis, desde que as mulheres recebessem assistência adequada desde o planejamento familiar, e a assistência ao pré-natal, parto e puerpério.^{5, 13, 17}

CONCLUSÃO

Esse estudo permitiu conhecer e caracterizar a população de mulheres atendidas na UTI do HMIB, sendo o primeiro passo para ajudar a identificar os fatores relacionados a essas internações. Os dados evidenciaram que existe maior prevalência da faixa etária entre 20 e 29 anos de idade, com média de 30,27 anos de idade. O diagnóstico prevalente foi de Pré-eclâmpsia (17,12%), seguido de Síndrome Hipertensiva Exclusiva da Gestação (SHEG) não especificada (11,13%) e Doenças Cardíacas (11,27%).

O desfecho das internações foi de seguimento do tratamento na Policlínica (38,94%) do hospital em questão, seguido por transferências para outro hospital da Rede Pública do DF (23,11%). A taxa de óbito dos anos estudados compôs 0,86% dos desfechos.

A pesquisa apresentou limitações devido à ausência de preenchimento de dados no livro de admissão, como idade, tempo de internação e desfecho, que são variáveis necessárias para realizar o estudo.

Ressalta-se a importância do preenchimento completo da ficha de admissão, pois estes dados poderão ser úteis para embasar pesquisas, além de contribuir com a elucidação do perfil de pacientes que necessitam de atendimentos em UTI Materna no DF. Com isto, espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar medidas que venham a minimizar os fatores que levam a internação das pacientes, e melhorar a qualidade da atenção recebida na gravidez, no parto e no puerpério. 🌱

Referências

1. BRASIL, M. DA S. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. [s.l: s.n.]. v. 106
2. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p.: il
3. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery Rev Enferm*; 2009; 13 (1): 154-160. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100021>
4. Coelho MAL, Katz L, Coutinho I, Hofmann A, Miranda L, Amorim M. Perfil de mulheres admitidas em uma UTI obstétrica por causas não obstétricas. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58(2):160-167. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000200011>
5. Dell Agnolo CM, Gravena AAF, Romeiro-Lopes TC, Rocha-Brischiliari SC. Mulheres em idade fértil: causas de internação em Unidade de Terapia Intensiva e resultados. *ABCS health sci*; 2014; 39(2): 77-82. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcs.hs.v39i2.626>
6. FINANCEIRO, S. et al. Perfil de mulheres admitidas em uma uti obstétrica Por causas não obstétricas ARTIGO ORIGINAL Perfil de mulheres admitidas em uma UTI obstétrica por causas não obstétricas *Rev Assoc Med Bras*. [s.l: s.n.].
7. GOMES, N. L. et al. Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM). Brasília-DF: [s.n.].
8. Gouveia GS, Lessa GM. Conhecimento da gestante e direitos assegurados pela Rede Cegonha: contribuição gestora. *Rev. baiana saúde pública*. 2019; 43: 138-151.
9. Herculano MMS, Veloso LS, Teles LMR, Oriá MOB, Almeida PC, Damsceño AKC. Óbitos maternos em uma maternidade pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(2):295-301. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200005>
10. LIMA, M. R. G. DE et al. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 324-331, 28 set. 2017. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030057>
11. Luana Feitosa Mourão LF, Mendes IC, Marques ADB, Cestari VRF, Braga RMBB. Ingresos en UCI por causas obstétricas. *Enfermería Global*. 2018; 18(1): 304-345. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.302341>
12. MEDEIROS, P. F. DE; GUARESCHI, N. M. DE F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Revista Estudos Feministas*, v. 17, n. 1, p. 31-48, abr. 2009.
13. Mendonça IM, Silva JBF, Conceição JFF, Fonseca SC, Boschi-Pinto C. Tendência da mortalidade materna no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, entre 2006 e 2018, segundo a classificação CID-MM. *Cad. Saúde Pública* 2022; 38(3): 1-15. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195821>
14. MENEZE, MLN, BEZERRA JFO, BEZERRA JFO. Epidemiological profile of maternal deaths in a referral hospital for high-risk pregnancy. *Ver. Rene*. 2015;16(5): 714-721. DOI: 10.15253/2175-6783.2015000500013
15. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Ministério da Saúde. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf> Acesso 20 jun 2022.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria No 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 25 jun 2011; Seção 1.
17. MOTTA CT, MOREIRA MR. Will brazil comply with the sdg 3.1 of the 2030 agenda? an analysis of maternal mortality, from 1996 to 2018. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021; 26(10):4397-4409. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021>
18. Oliveira LC, Costa AAR. Maternal near miss in the intensive care unit: clinical and epidemiological aspects. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015; 27(3):220-227. DOI: 10.5935/0103-507X.20150033
19. Organização Mundial de Saúde. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). *Todas las Mujeres, Todos los Niños*. Geneva: WHO; 2016.
20. Osís MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1998; 14(Supl 1).
21. Resende LV, Rodrigues RN, Fonseca MC. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(4/5):218-224
22. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. (06 de 06 de 2013). Fonte: <https://www.saude.df.gov.br/>: <https://www.saude.df.gov.br/w/hmib-ganha-primeira-uti-materna-do-df> Acesso em: 20 de mai. De 2022
23. SILVA, L. N. DA; SILVEIRA, S. DE F. R. Políticas públicas de saúde para a mulher no brasil: uma análise das conquistas. VII Encontro Brasileiro de Administração Pública, v. ISSN: 2594-5688, p. 1-16, nov. 2020. Silva LN, Silveira SFR. Políticas públicas de saúde para a mulher no brasil: uma análise das conquistas. [Apresentação no VII Encontro Brasileiro de Administração Pública; 2020 nov 11-13; Brasília, Brasil].
24. Tintori JA, Mendes LM, Monteiro JC, Gomes-Sponholz F. Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE00251. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022A000251>