



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS - UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



THAYNARA RAMIRES DE FARIAS CARVALHO

**DESFECHOS MATERNOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UMA
MATERNIDADE PÚBLICA EM MANAUS**

MANAUS-AM
2022



THAYNARA RAMIRES DE FARIAS CARVALHO



**DESFECHOS MATERNOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UMA
MATERNIDADE PÚBLICA EM MANAUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como componente curricular obrigatório para obtenção de título de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas – UEA.

Orientadora: Profa. Dra. Cássia Rozária da Silva Souza

**MANAUS-AM
2022**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas

C331dd

Carvalho, Thaynara Ramires de Farias Desfechos maternos na Unidade de Terapia Intensiva de uma maternidade pública em Manaus / Thaynara Ramires de Farias Carvalho. Manaus: [s.n], 2022. 18 f.: color.; 29 cm.

TCC - Graduação em Enfermagem - Bacharelado - Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2022. Inclui bibliografia Orientadora: Cássia Rozária da Silva Souza

1. Unidade de Terapia Intensiva. 2. Mortalidade Materna. 3. Complicações na Gravidez. I. Cássia Rozária da Silva Souza (Orient.). II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Desfechos maternos na Unidade de Terapia Intensiva de uma maternidade pública em Manaus

Desfechos maternos na unidade de terapia intensiva de uma maternidade pública em Manaus

Thaynara Ramires de Farias Carvalho; Cássia Rozária da Silva Souza.

Resumo

Objetivo: Verificar os desfechos maternos na unidade de terapia intensiva em uma maternidade pública. **Método:** Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva e retrospectiva, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada na Maternidade Balbina Mestrinho, da rede estadual de saúde da zona sul de Manaus. A amostra foi constituída de 123 prontuários de mulheres internadas na unidade de terapia intensiva no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021, tendo como critério de inclusão gestantes a partir de 18 anos e exclusão ser de etnia indígena, devido à grande dificuldade de anuência junto a FUNAI. O projeto atendeu a Resolução 466 de 2012 do CONEP e sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas sob o CAAE: 60861422.6.0000.5016 do parecer 5.540.058. **Resultado:** Observou-se que a média da idade foi de 28 anos entre as participantes; a maioria com escolaridade com 9 anos de estudo completos e de procedência de Manaus. As participantes tinham de 3 a mais gestações e entre 6-7 consultas pré-natais. O tempo de permanência média na UTI foi de 5 dias e as causas obstétricas que as levaram para esse setor se concentrou em síndromes hipertensivas. Quanto aos desfechos a maior incidência foi a transferência para outro setor - alojamento conjunto. **Conclusão:** A partir dos resultados obtidos junto associados as evidências científicas, acredita-se intensificar mudanças na assistência à gestante durante o período gestacional para que os desfechos maternos sejam favoráveis, gerando segurança e confiança na assistência na perspectiva do parto e nascimento.

Descritores: Unidade de Terapia Intensiva; Mortalidade Materna; Complicações na Gravidez.

Descriptors: Intensive Care Units; Maternal Mortality; Pregnancy Complications.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	04
METODOLOGIA	05
RESULTADOS	07
DISCUSSÃO	12
CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS	16

INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico é um evento fisiológico para as mulheres em geral, no entanto este momento pode gerar situações de alto risco que pode pôr em risco tanto a vida da mulher quanto a do feto. Dessa forma, a possibilidade de uma mulher que se encontra no ciclo gravídico-puerperal ser internada em uma UTI é bem maior do que uma mulher não grávida. A estimativa é que 0,1% a 0,9% das gestantes desenvolvem complicações relacionadas à gravidez, necessitando de internação na Unidade de Terapia Intensiva e tendo em muitos casos um desfecho materno desfavorável¹.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 810 óbitos maternos/dia acontecem por causas referentes ao parto e gestação, sendo consideradas mortes que poderiam ser evitadas. Segundo a OMS (1998), na 10^a revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a morte materna é definida como morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais².

Mundialmente, por volta de 73% das causas de morte materna ocorreram por causas obstétricas diretas, enquanto 27,5% representaram mortes indiretas. Tais causas diretas se configuram como as doenças do próprio ciclo gravídico que ocorrem por situações de tratamento inadequado e assistência de saúde incorreta³. Dentre essas causas de óbito materno estão: hemorragias (27,1%), síndromes hipertensivas: eclâmpsia, pré-eclâmpsia, síndrome de Hellp (14%) e sepse (10,7%)⁴.

As causas indiretas se configuram como as doenças que já existiam previamente antes da gravidez ou que desenvolveram durante o processo gestacional e que por conta da gravidez se intensifica e pode agravar o quadro. Dentre as causas pode-se citar: a hipertensão e diabetes⁵.

Devido às causas diretas ou indiretas, muitas gestantes necessitam de um cuidado mais especializado, com monitorização contínua. Visto que a assistência é intensa a todos os parâmetros vitais, o setor da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o setor onde se trata de uma assistência especializada à pacientes que se encontram em estado crítico, a fim de manter a vida e reestabelecer à saúde⁶.

O atual cenário de saúde da mulher permanece como um grande desafio da gestão pública, mais especificamente a redução da taxa global de mortalidade materna para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos e em relação ao panorama nacional a redução para menos de 30 por 100 mil nascidos vivos⁷.

Além de destacar sobre a importância do estudo quanto ao cenário local, visto que uma pesquisa epidemiológica realizada no Amazonas compreendendo o período de 2006 a 2015, registrou o número de óbitos maternos de 564, sendo 329 desse quantitativo concentrado no município de Manaus e os outros 235 distribuído pelos demais municípios do estado, já apontando como um número alto de óbitos⁸.

O objetivo desta pesquisa é verificar os desfechos maternos dentro de uma unidade de terapia intensiva em uma maternidade pública de Manaus.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva e retrospectiva, com abordagem quantitativa (^{9,10, 12,13}).

O estudo foi realizado na Maternidade Estadual Balbina Mestrinho (MEBM), zona sul da cidade de Manaus-Am., referência em atendimento hospitalar para gestantes de alto risco. Atua em casos de média e alta complexidade nas especialidades de obstetrícia e neonatologia. Possui atendimento de urgência, internação, ambulatório com realização de procedimentos e SADT (Serviço Apoio Diagnóstico e Terapêutico), responsável por oferecer diversos tipos de exames para diagnóstico.

Quanto a parte estrutural da Unidade de Terapia Intensiva Materna, o setor se localiza no térreo ao lado do laboratório, dispõe de 07 leitos (06 leitos comuns e 01 isolamento), recebendo pacientes de toda Manaus e do interior do estado do Amazonas. Em Manaus, recebe de outras instituições, previamente reguladas pelo Núcleo Interno de Regulação de Leitos.

Os prontuários são de gestantes maiores de 18 anos admitidas na Unidade de Terapia Intensiva com período de internação de janeiro de 2020 a janeiro de 2021, totalizando 181 prontuários. Como critérios de exclusão: prontuários de usuárias de etnia indígena. Seguindo o cálculo para dimensionamento a amostra abrangeu 123 prontuários.

Baseado neste universo, o cálculo do tamanho da amostra foi realizado a partir da seguinte fórmula*:

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + \sigma^2 p \cdot q} \quad *1$$

Sendo:

Pop. Universo N	181
Estimativa de p	0,5
Estimativa de q	0,5
Margem de erro b	5%
Ordenada da N(0,1) Zα	1.96
Coefficiente de Confiança (CC)	95%
d	0,000651
n (amostra)	123

Destaca-se que houve o impedimento de consolidar toda a amostra em decorrência de ter acontecido um alagamento no setor de guarda dos referidos prontuários, cerca de poucos meses antes, tendo alcançado o número máximo de 112 prontuários para o estudo, sendo estes encontrados no período estipulado pela pesquisa.

¹ *A respeito da fórmula do cálculo da amostragem temos que a letra "p" significa a proporção ou prevalência esperada do agravo de estudo; o "q" é o complementar de "p", b margem de erro é a precisão, ou seja, a diferença esperada em relação à verdadeira proporção na população; o "Z" é o valor da probabilidade da significância; o "CC" é o Intervalo de Confiança que geralmente é fixado em 95% e o "n" é o tamanho da amostra.

O formulário em sua estrutura é composto por questões abertas e fechadas, com a identificação sociodemográfica e os dados clínicos referentes ao momento da admissão da paciente na Unidade de Terapia Intensiva Materna (relacionados à pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e saturação de oxigênio), motivo da internação da usuária no setor em questão, além de informações obstétricas quanto à paridade (primigesta ou não), acompanhamento pré-natal, quantidade de consultas, etc.

A amostra se concentrou em gestantes internadas na UTI, sendo que parte dessa amostra se configura em gestantes que não foram admitidas de imediato na UTI, devido a possibilidade de estarem vindo de outras maternidades e até mesmo vindo do interior do estado, mas que com o agravamento do estado clínico, foram transferidas para UTI.

A coleta ocorreu no período de julho e agosto de 2022. Os dados foram organizados e armazenados em uma planilha no Microsoft Excel, recebendo tratamento e análise estatística descritiva, com frequência absoluta e relativa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas sob o CAAE 60861422.6.0000.5016 do parecer 5.540.058.

RESULTADOS

Foram coletadas as informações dos prontuários de 112 mulheres internadas na Unidade de Terapia Intensiva da Maternidade Balbina Mestrinho. Como resultado, observou-se o indicativo de uma idade mínima de 18 anos e máxima de 47 anos e a média de idade ficou em 28 anos, demonstrando que a amostra se caracteriza por mulheres adultas jovens (Tabela 1).

Tabela 1 – Característica sociodemográfica das pacientes internadas na UTI da MEBM no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021. Manaus-Am., 2022,

Faixa Etária	n	%
18- 23	32	28,57
24-29	32	28,57

30-35	26	23,21
36-41	18	16,08
42-47	4	3,57
Total	112	100

A respeito do grau de escolaridade a maioria possuía em média 9 anos de estudo. A relação do grau de instrução para o ensino médio incompleto foi de 32%, seguido do fundamental incompleto com 18,8%, quase com a mesma representação, o ensino médio completo com 18% e 15,2% não tiveram seu registro nos prontuários. Em relação ao ensino superior, 12,5% eram incompletos e 3,6% com ensino superior.

A maioria 79 (70,5%) das gestantes e puérperas eram procedentes de Manaus; 33 (29,5%) de cidades do interior do Amazonas, sendo: 5 (4,5%) de Presidente Figueiredo, 4 (3,6%) de Manacapuru, 3(2,67) do Iranduba, 2 (1,78%) de Itacoatiara, Tabatinga, Codajás e Barreirinha cada e 1 (0,89%) de Parintins, Rio Preto da Eva, Juruti, Novo Airão, Borba, Manicoré, Boa Vista do Ramos, Beruri, Santa Izabel do Rio Negro, Juruá e Tefé. Quanto ao estado civil 63(56,25%) eram solteiras, 44(39,28%) casadas, 4(3,57%) divorciadas e 1 (0,9%) não havia registro.

A respeito do tipo de ocupação 33(29,5%) eram domésticas, 28(25%) tinham ‘outras ocupações’ (comerciante, agricultora, gerente comercial, vendedora, cabelereira, professora, recepcionista e técnica de enfermagem), 16(14,3%) eram estudantes, 12(10,71%) não apresentavam nenhum registro, 9(8%) atuavam como autônomas, 8(7,14%) estavam desempregadas e 6(5,35%) eram universitárias.

Com predominância de 53,51% grávidas multigestas. Quanto a consulta pré-natal, 19,64% não tinham registro no prontuário e 14,30% não realizou nenhuma consulta. Nos prontuários que havia registro sobre a consulta pré-natal, 25,9% realizaram de 6-7 consultas e 17,86% realizaram de 3-5 consultas, que juntas apontam para uma representação positiva das

consultas pré-natal, que segundo recomendado pelo Ministério da Saúde, devem ficar em torno de 6 consultas (Tabela 2).

Tabela 2. Características obstétricas das pacientes internadas na UTI da MEBM no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021. Manaus-Am., 2022.

Paridade	n	%
Primigesta	40	35,71
Secundigesta	12	10,8
Multigesta	60	53,51
Total	112	100
Consulta pré-natal	n	%
1 – 2	16	14,30
3 – 5	20	17,86
6 – 7	29	25,90
8 – 12	9	8
Não realizou	16	14,30
Não informado	22	19,64
Total	112	100
Tipo de parto	N	%
Normal	9	8
Cesárea	103	92
Total	112	100
Idade gestacional do parto	n	%
<32 semanas	15	13,4
32-37 semanas	74	66,1

>37 semanas	23	20,5
Total	112	100
Tempo de permanência na UTI	n	%
1-7 dias	90	80,35
8-14 dias	13	11,60
15-21 dias	3	2,7
≥21 dias	6	5,35
Total	112	100

Fator importante e que em alguns prontuários não havia registro, mas que é referência para condutas são os parâmetros vitais das pacientes que apresentavam ao serem admitidas na UTI, verificou-se que: média da pressão arterial foi de 143x82 mmHg, frequência cardíaca 99 bpm, frequência respiratória com 20 incursões respiratórias/min. e saturação média de 88%.

Referente ainda sobre as características obstétricas, observa-se altas taxas de parto cesariano (92%), idade gestacional antes das 38 semanas (66,1%) e com média de internação na UTI de 5 dias.

Analisando as principais causas obstétricas diretas da admissão na UTI Materna, constatou-se o predomínio das síndromes hipertensivas (42,86%), enquanto no outro extremo as causas não obstétricas representaram 6,25%, que incluíam: malária grave, intoxicação exógena, hemofilia adquirida, estenose pulmonar, abscesso intracavitário, aneurisma aórtico e síndrome de Guillén Barré (Tabela 4).

Tabela 4. Principais causas obstétricas na admissão na UTI da MEBM no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021. Manaus-Am., 2022.

Causas Obstétricas	n (112)	%
Eclampsia	19	16,96

SHEG	15	13,4
Síndrome de Hellp	14	12,5
Sepse	10	8,93
Choque Hipovolêmico	10	8,93
COVID 19	8	7,14
Aborto	8	7,14
Infecção puerperal	8	7,14
HAS crônica	7	6,25
Outras causas	7	6,25
DPP	6	5,36
Total	112	100

Quanto aos desfechos maternos a partir da internação na UTI, pode-se verificar que a 49% foram transferidas para outro setor (Alojamento Conjunto - ALCON), enquanto 23% representam a transferência para maternidade de origem (Gráfico 1).

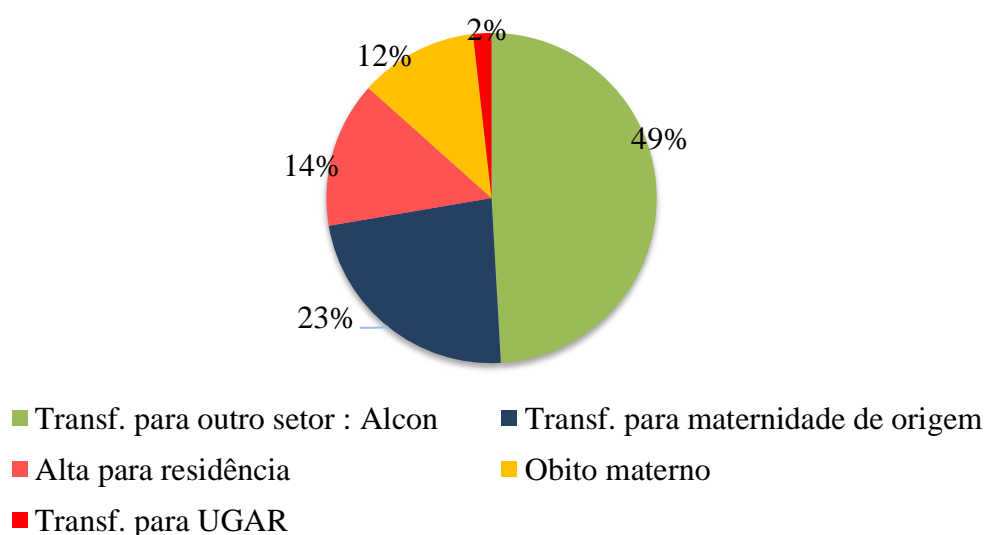


Gráfico 1. Desfechos Maternos da UTI da MEBM no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021. Manaus-Amazonas, 2022.

DISCUSSÃO

Este estudo revelou que as pacientes admitidas na UTI da Maternidade Balbina Mestrinho se caracterizam na maioria por pacientes adultas jovens, com média de 28 anos, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos, como no estudo de Araújo et al.¹⁴, em que a média de idade se concentrou em 27 anos e a faixa etária permanecia variando no intervalo de 20 e 34 anos. Esse perfil etário decorre muito provavelmente do fato de que a maior parte das usuárias da UTI obstétrica é constituída por mulheres na fase mais reprodutiva, como cita Amorim et al.¹ em seu estudo.

O estudo revelou no quesito da escolaridade que a maior parte das mulheres possuía o ensino fundamental incompleto (18,2%) e ensino médio incompleto (32%) o que diverge de resultados do estudo de Monte et al.¹⁵ em que as mulheres possuíam menos de 9 anos de estudos completos. O mesmo sugere que as mulheres com menos anos de estudo e que possuam ocupação informal não tenha acesso à saúde de forma completa e integral, conduzem o período gestacional dentro de limitações e com isso tenham desfechos desfavoráveis.

Este estudo aponta que a procedência de 70,5% das pacientes é de Manaus, isso ocorre devido a Balbina ser referência para gestante de alto risco. Entretanto, ressalta-se que 29,5% das gestantes precisam se deslocar dos seus municípios para Manaus, enfrentando dificuldades geográficas, demorando horas de viagem, precariedade em seus serviços de saúde de origem, falta de insumos e a própria falta de qualificação dos profissionais¹⁶.

O estudo revelou que 53,5% das mulheres eram multíparas. Esse resultado é contraditório se comparado ao estudo realizado por Barbosa et al.¹⁷, em que demonstra que a prevalência de admissão na Unidade de Terapia Obstétrica de uma Maternidade em Fortaleza foi de primíparas.

Apesar disso, entende-se que a multiparidade compreende um fator de risco para admissão por causa obstétrica referente ao aumento de chances de eventos adversos se

repetirem caso já tenha ocorrido em gestações prévias, também pela idade que geralmente é mais elevada para as multigestas, a realização de múltiplas cesarianas acarretando dificuldade maior da contratatura uterina e intervalo interpartal curto interferindo na recuperação adequada do organismo reprodutivo¹⁷.

Por meio desta pesquisa foi possível obter um panorama geral da atenção ao pré-natal dessas gestantes: 15,17% realizam até a 6ª consulta, mínimo indicado pela OMS. Porém registra-se que 14,28% não realizaram pré-natal.

Para estas que não fizeram o pré-natal, causa preocupação, por ser a mais importante ferramenta para o acompanhamento da gestação, onde a gestante junto com os profissionais que a acompanham cria um vínculo com o intuito de promover educação em saúde, trabalhar o empoderamento para o parto e o acompanhamento para identificar de forma precoce problemas que podem trazer risco para a saúde da gestante e do bebê¹⁸.

O estudo realizado por Guimarães et al.¹⁹, demonstra que a Região Norte obteve avaliação inadequada na subdimensão qualidade do cuidado no que diz respeito à assistência ao pré-natal. Apesar da luta diária por melhorias na qualidade da assistência ao pré-natal assim como a busca para o aumento da adesão desse acompanhamento, ainda assim, não se deve perder de vista que a baixa cobertura do pré-natal revela que cerca de 60%¹⁹ das grávidas não vêm recebendo um padrão mínimo de cuidados.

Nesta pesquisa a taxa de cesariana foi de 92%, que em comparação a outros estudos, como o de Medeiros et al.⁶, mostra taxas altas de cesariana de 65%, de Barbosa et al.¹⁷ com 89,6% e de Araújo et al.¹⁴ com 94,7%.

Refletindo sobre essas altas taxas de cesarianas do estudo, justificam-se pelo quadro clínico grave das gestantes, havendo a necessidade do procedimento invasivo, interrompendo a gravidez, levando a um cenário desfavorável de internação na Unidade de Terapia Neonatal e/ou até mesmo o óbito do bebê.

O período médio de permanência na UTI foi de 5,16 dias, sendo 1 dia o menor tempo e 30 o tempo máximo de internação. Essa média de internação apresenta-se acima da média encontrada no estudo de Silva et al.²⁰ que demonstrou resultado de 4 dias ao passo que, no estudo de Matos et al.²¹ a média de permanência foi de 8 dias. Infere-se diante esse resultado que a média dessa permanência se deve à necessidade da recuperação completa dessas pacientes que passaram por quadro clínicos delicados.

O cenário que exprime as causas obstétricas diretas mais frequentes resultantes em admissão na UTI da Balbina foram: Eclampsia (16,1%), Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (13,4%) e Síndrome de Hellp (12,5%). Dados que corroboram com a pesquisa de Mourão et al.²², com 34,4%, 6,7% ,15,1% respectivamente para estas categorias.

Quanto aos desfechos maternos encontrados nesse estudo, os principais encontrados:

- Transferência para outro setor, sendo o principal o alojamento conjunto com 49%;
- Transferência para maternidade origem com 23%;
- Óbito materno com 12%;
- Alta direto para residência com 14% e
- Transferência para Unidade de Gestação de Alto Risco com 2%.

Quando comparamos os desfechos maternos do estudo de Mourão et al.²², nota-se uma equivalência quanto ao alto percentual no desfecho de transferência para outro setor 77%, valores bem próximos de alta hospitalar 13%, porém no óbito constatou-se 4%. O mesmo ocorre nas pesquisas de Araújo et al.¹⁴ em que revela que a transferência para outro setor como enfermaria foi de 87,1%, porém o óbito girou em torno de 5,7%.

Em relação a taxa de óbito encontrada 12%, apresenta-se elevada em comparação à estudos brasileiros que juntos apresentaram em média uma taxa de óbito em cerca de 11%^{6, 18, 21}.

Segundo dados do DATASUS²³ no ano de 2020, o Brasil registrou 1.965 óbitos maternos enquanto o Amazonas registrou 77 óbitos. Importante ressaltar a problemática

envolvida por trás desse quantitativo, visto que a mortalidade materna é considerada evitável em 92% dos casos, ocasionando uma grave violação dos direitos humanos das mulheres²⁴, dessa forma o óbito materno se mantém como um dos grandes desafios da saúde pública no Brasil, pois suas causas não dependem somente das condições de saúde maternas ou exclusivamente do serviço em saúde e sim de variáveis como os aspectos sociais, econômicos e demográficos característicos²⁵.

O estudo apresentou algumas limitações, destacando a ausência de anotações nos prontuários de algumas informações como consulta pré-natal, dados clínicos do setor de admissão e classificação de risco, falta do registro de sinais vitais antes de serem admitidas na UTI, além da ausência de alguns prontuários em decorrência de um alagamento ocorrido no setor responsável por seu arquivamento (SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística).

CONCLUSÃO

A partir do estudo realizado, conclui-se a necessidade de mudança e melhora quanto a assistência prestada no serviço de obstetrícia que abrange o município de Manaus e o interior do estado, além da assistência à gestante no pré-natal que se encontra deficiente, resultado este verificado a partir da alta porcentagem (19%), dessa informação não estar disponível nos prontuários das gestantes e 14% não terem realizado esse acompanhamento.

Soma-se ainda, que a implementação da realização correta dessas condutas, de forma rotineira no serviço contribui para que esta gestante precise ser admitida na Unidade de Terapia Intensiva Materna e tenha desfecho desfavorável. Destaca-se, a importância da assistência ao pré-natal como medida de acompanhamento contínuo, contribuindo na identificação precoce de situações de risco que podem interferir no curso fisiológico e seguro da gestação, assim como reduzir taxas elevadas de cesarianas causadas por complicações obstétricas que poderiam

ser identificadas e controladas anteriormente e assim também avançar no combate da mortalidade materna evitável que é cerca de 92%.

Por fim, mesmo em um serviço de saúde que atende o ciclo gravídico puerperal como é o caso da maternidade é preciso profissionais e serviços qualificados e sensibilizados a identificar precocemente e registrar nos prontuários alterações que levem ao internamento na UTI e tragam mais complicações para esta mulher.

REFERÊNCIAS

1. Amorim MMR, Katz L, Ávila MB, Araújo DE, Valença M, Albuquerque CJM, *et al.* Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.* 2017;(6): s55-s62.
2. OMS. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4ª ed. Edusp. 1998;(2):143,1998.
3. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J; *et al.* Global cause of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global,* 2016.
4. Opas/OMS Brasil. Folha informativa - Mortalidade materna. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820 (2018). Acesso: 26 set 2021.
5. Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Pereira MN, Diniz CSG, Brum IR; *et al.* Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascido no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2015;(30):169-181.
6. Medeiros TMC, Araújo KRS, Passos AC, Ribeiro JF. Perfil clínico epidemiológico das pacientes admitidas na unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade pública. *Rev Eletrônica Gestão & Saúde.* 2017 (6):1-12.
7. Ipea. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasil revê metas globais de redução da mortalidade materna e na infância. 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35013&catid=10&Itemid=9. Acesso: 14 de out 2021.
8. Medeiros LT, Sousa AM, Arinana LO, Inácio AS, Prata MLC, Vasconcelos MNG. Mortalidade materna no estado do Amazonas: estudo epidemiológico. *Rev baiana enferm.* 2018;(32):e26623. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26623/17266>. Acesso: 5 out 2021.

9. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
10. Vergara SC, Gil AC. Tipo de pesquisa. Universidade Federal de Pelotas. Rio Grande do Sul, 2015.
11. Knechtel, MR. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaberes, 2014.
12. Fonseca, JJS. Metodologia da pesquisa científica. Apostila. Fortaleza: UEC, 2012.
13. Gil, AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. Atlas. 5.ed. São Paulo, 2008.
14. Araujo ST, De lima sanches MET, Nascimento WS. Análise do perfil epidemiológico das internações em uma unidade de terapia intensiva materna. Enfermagem em Foco. 2018 (9):2-5. Acesso: 18 de agost 2022.
15. Monte AS, Teles LMR., da Costa CC, de Souza Gomes LF, de Castro Damasceno AK. MONTE, Alana Santos et al. Análise das condições potencialmente ameaçadoras de vida de mulheres em unidade de terapia intensiva. Rev Rene. 2018(18): 461-467. Acesso em 01 de set 2022.
16. Leal MC. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança, 2018. Acesso: 18 de agost 2022.
17. Barbosa ML, Barbosa AL, Barbosa TP, Silva RCC, Almeida PCD, Libório AB. Perfil clínico-epidemiológico de mulheres no ciclo gravídico-puerperal internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva. Rev Med UFC. 2020; 60(3):34-41. Acesso: 18 de agost 2022
18. Cá AB, Dabo C, Maciel NS, Monte AS, Sousa LB, Chaves AFL, Costa CC. Lacunas da assistência pré-natal que influenciam na mortalidade materna: uma revisão integrativa. Revista enfermagem atual in derme. 2022;96(38). Acesso: 19 de agost 2022.
19. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo, L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. Cad. de saude publica. 2018; 34(5). Acesso em 02 de set 2022.
20. Silva DCE, Lopes LGF, Nunes MGS, Souza MAF, Moura RN, Medeiros HHA. Perfil de pacientes obstétricas admitidas na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público. Rev Baiana Enferm. 2020;34:e35874.
21. De Matos IP, da Costa KKS, Matos SM, de Castro Rassy ME, da Silva RA, Nunes MMC et al. Perfil epidemiológico de pacientes obstétricas em uma unidade de terapia intensiva em um hospital de referência materno infantil. REAS, Rev Eletrônica Acervo Saúde. 2018; 10(6): 2248-2258. Acesso: 19 de agost 2022.
22. Mourão LF, Mendes IC, Marques ADB, Cestari, VRF, de Brito Braga RMB. Internações em UTI por causas obstétricas. Enfermería Global.2019(1)18: 304-345. Acesso: 18 de agost 2022

23. DATASUS. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Brasil. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso: 19 de agosto 2022. Acesso: 19 de agosto 2022.
24. Medeiros LT, Sousa AM, Arinana LO, Inácio AS, Prata MLC, Vasconcelos MNG. Mortalidade materna no estado do Amazonas: estudo epidemiológico. Rev baiana enferm. 2018;(32):e2662. Acesso: 19 de agosto 2022.
25. Soares FADF, Santos JPD, Nascimento EFD, Siqueira LMIDM, Costa FAC. Óbito materno, causalidade e estratégias de vigilância: uma revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde.2017(9):890-897. Acesso: 19 de agosto 2022.