

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DESFECHOS DE GESTANTES ADMITIDAS NA ENFERMARIA DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA (IMIP), SETOR NÃO-COVID, DURANTE A PANDEMIA: ESTUDO DE COORTE AMBIDIRECIONAL**

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN ADMITTED TO THE HIGH-RISK PREGNANCY WARD AT THE INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA (IMIP), A NON-COVID SECTOR, DURING THE PANDEMIC: AN AMBIDIRECTIONAL COHORT STUDY

Ana Luiza Constantino Pontes<sup>1</sup>; Thâmara Raquell de Souza Vasconcelos<sup>1</sup>; Gabriela Couto Maurício de Paula Melo Lira<sup>2</sup>; Judith da Silva Assis Correa Rego<sup>2</sup>; Leila Katz<sup>2</sup>; Brena Carvalho Pinto de Melo<sup>2</sup>

1 – Faculdade Pernambucana de Saúde, Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife – PE.

2 – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Rua dos Coelhoos, 300, Coelhoos, Recife – PE.

**Apoio ao Estudo:** Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC IMIP/CNPq 2021/2022).

**Autor Correspondente:** Ana Luiza Constantino Pontes; Telefone: (81) 9.9970-7346; E-mail: analuizacp@icloud.com.

**Linha de Pesquisa:** Saúde da Mulher.

## RESUMO EXPANDIDO

**Introdução:** a pandemia do COVID-19 trouxe efeitos diretos e indiretos para a assistência à saúde das gestantes e representou um risco adicional para àquelas com gestações complicadas. Durante a pandemia, a maternidade do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) foi designada como única referência no estado de Pernambuco para receber gestantes e puérperas com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. Como consequência, houve necessidade de restrição dos internamentos de gestantes com outras doenças na enfermaria de gestação de alto risco (GAR), setor não COVID-19. Essa restrição resultou na admissão de gestantes com condições potencialmente ameaçadoras da vida, geralmente associadas a necessidade de suporte de maior complexidade ofertadas pelo hospital. **Objetivo:** descrever o perfil clínico - epidemiológico e desfechos de gestantes internadas na enfermaria de GAR, setor não COVID-19 do IMIP, durante o período de restrição das admissões. **Métodos:** estudo de coorte ambidirecional, com dados da fase retrospectiva coletados via prontuário e, da fase prospectiva, através de formulário de coleta. O banco de dados foi construído pelo o *Epi Info 3.5.1* e análise feita no *Analyze Data*. **Resultados:** foram analisados os dados de 412 gestantes, sendo 352 pertencentes ao braço retrospectivo e 60 ao braço prospectivo. A idade média das gestantes foi de 27,7 anos, 61% eram pardas, 67,4% viviam com o companheiro e 60,6% moravam na Região Metropolitana do Recife (RMR); 72% eram multigestas, 64,7% eram múltiparas e 68,6% nunca abortaram. Sobre o internamento, 44,4% internaram exclusivamente por motivos clínicos, 20,9% exclusivamente por motivos obstétricos e 34,7% por ambos. Quanto aos desfechos maternos, 74,3% foram submetidas a cesariana; 16,2% foram admitidas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) obstétrica e o tempo médio para alta pós-parto foi de 4,1 dias. Em relação aos recém-nascidos (n=26) do braço prospectivo, 65,4% nasceram prematuros, 65,4% foram

admitidos em UTI neonatal, 38,5% usaram antibiótico, 23,1% precisaram de surfactante e 53,8% necessitaram de suporte ventilatório. A média de dias para alta foi de 19,3 dias (variação: 2-77) e 11,5% evoluíram para óbito. **Conclusão:** O conhecimento sobre o perfil clínico-epidemiológico das gestantes admitidas na GAR, mesmo durante o período de restrição das admissões, é de grande relevância para a compreensão dos padrões de assistência durante a fase mais crítica da pandemia e auxilia na criação de estratégias para redução da morbimortalidade materno-infantil.

## RESUMO

**Objetivo:** descrever o perfil clínico - epidemiológico e desfechos de gestantes internadas numa enfermaria de gestação de alto risco, setor não COVID-19, durante o período de restrição das admissões devido a pandemia. **Métodos:** estudo de coorte ambidirecional, com dados da fase retrospectiva coletados via prontuário e, da fase prospectiva, através de formulário de coleta. O banco de dados foi construído pelo o *Epi Info* 3.5.1 e a análise feita no *Analyze Data*. **Resultados:** foram analisados os dados de 412 gestantes, 352 do braço retrospectivo e 60 do prospectivo. A idade média das gestantes foi de 27,7 anos, 61% eram pardas, 67,4% viviam com o companheiro e 60,6% moravam na RMR; 72% eram multigestas, 64,7% eram múltiparas e 68,6% nunca abortaram. 44,4% internaram exclusivamente por motivos clínicos, 20,9% exclusivamente por motivos obstétricos e 34,7% por ambos. Quanto aos desfechos maternos, 74,3% pariram via cesariana, 16,2% precisaram de UTI obstétrica e o tempo médio para alta pós-parto foi de 4,1 dias. Em relação aos recém- nascidos (n=26) do prospectivo, 65,4% nasceram prematuros, 65,4% foram para UTI neonatal, 38,5% usaram antibiótico, 23,1% precisaram de surfactante, 53,8% necessitaram de suporte ventilatório e 11,5% morreram. **Conclusão:** o conhecimento sobre o perfil clínico-epidemiológico das gestantes auxilia na criação de estratégias para redução da morbimortalidade materno-infantil.

**Palavras-chave (DeCS):** Gravidez de Alto Risco. Complicações na Gravidez. Perfil Epidemiológico. Saúde da Mulher. COVID-19.

## ABSTRACT

**Objective:** to describe the clinical-epidemiological profile and outcomes of pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy ward, non-COVID-19 sector, during the period of restriction of admissions due to the pandemic. **Methods:** an ambidirectional cohort study, with data from the retrospective phase collected via medical records and, from the prospective phase, through a collection form. The database was built using Epi Info 3.5.1 and analyzed using Analyze Data. **Results:** data from 412 pregnant women were analyzed, 352 from the retrospective arm and 60 from the prospective. The mean age of the pregnant women was 27,7 years, 61% were brown, 67,4% lived with a partner and 60,6% lived in the RMR; 72% of women had been pregnant before, 64,7% were multiparous and 68,6% had never had an abortion. 44,4% were hospitalized exclusively for clinical reasons, 20,9% exclusively for obstetric reasons, and 34,7% for both. As for outcomes, 74,3% gave birth via cesarean section; 16,2% required obstetric ICU and the mean time to postpartum discharge was 4,1 days. Regarding the newborns (n=26) of the prospective, 65,4% were born premature, 65,4% went to the neonatal ICU, 38,5% used antibiotics, 23,1% needed surfactant, 53,8% needed ventilatory support and 11,5% died. **Conclusion:** knowledge about the clinical-epidemiological profile of pregnant women helps in the creation of strategies to reduce maternal and child morbidity and mortality.

**Keywords (MeSH):** Pregnancy, High-Risk. Pregnancy Complications. Health Profile. Women's Health. COVID-19.

## **INTRODUÇÃO**

A pandemia da COVID-19, declarada pela Organização Mundial de saúde (OMS), em março de 2020, representou um grande desafio aos sistemas de saúde de todo o mundo, tanto pelos efeitos diretos da assistência aos pacientes infectados, como pela repercussão indireta na assistência à saúde de pacientes não-infectados.<sup>1,2,3</sup> Por conta da necessidade de isolamento dos casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19, muitos centros tradicionalmente de referência de casos complexos precisaram restringir as admissões de pacientes sem suspeita da COVID-19.

As consequências dessas restrições à qualidade da assistência materno-infantil foram motivo de preocupação e alerta, principalmente para os casos de gestações de alto-risco.<sup>4,5,6</sup> A constante recomendação para que a população permanecesse isolada, associada ao acesso restrito para marcação de consultas repercutiu, sobretudo, no atendimento às gestantes em situações de vulnerabilidade estrutural, socioeconômica e biopsicossocial. Assim, a perda de seguimento adequado intensificou muitos problemas, como o agravamento de doenças crônicas preexistentes e/ou condições do estado gravídico atual, trazendo implicações aos desfechos gestacionais.<sup>7</sup>

Para a organização do atendimento às mulheres no ciclo gravídico puerperal com casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19, houve a necessidade de definição de maternidades a servirem como centros de referência para receber pacientes infectadas. Em Pernambuco, a maternidade do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) foi apontada como única referência do Estado para mulheres com COVID-19, com priorização de leitos para pacientes infectadas e restrições às pacientes sem suspeita de COVID-19.<sup>8,9</sup>

Na rede de saúde do estado de Pernambuco, o IMIP é um hospital terciário, de ensino, e conta com serviços de alta complexidade, como diálise, cirurgia cardíaca e UTI

obstétrica. Por este motivo, a enfermaria de gestação de alto risco (GAR) do Centro de Atenção à Mulher (CAM), do IMIP, é referência, desde sua inauguração, em 1987, para o internamento de gestantes com condições potencialmente ameaçadoras da vida, tanto clínicas como obstétricas.

Durante o período de março de 2020 a 28 de outubro de 2021, o internamento de gestantes sem suspeita de COVID-19 ficou restrito apenas àquelas com condições mais graves, com necessidade de suporte dos serviços de alta complexidade. Por este motivo, conhecer o perfil das gestantes admitidas na enfermaria de GAR do IMIP é de grande relevância para a compreensão dos padrões de assistência materno-infantil durante a fase mais crítica da pandemia da COVID-19.

## **MÉTODOS**

O presente estudo teve por objetivo descrever o perfil bio-clínico-epidemiológico e os desfechos das gestantes admitidas na enfermaria de GAR do CAM-IMIP, um setor não COVID-19, durante os vinte meses de maior restrição aos internamentos de casos não suspeitos de COVID-19, ou seja, de março de 2020 a 28 de outubro de 2021.

Foi realizado um estudo observacional de coorte ambidirecional, com um braço de coleta de dados retrospectivo e outro prospectivo. A coleta de dados teve início apenas após a aprovação pelo Comitê de Ética do IMIP no dia 25 de agosto de 2021, sob o Parecer nº 4.930.007 e CAEE 48716621.5.0000.5201.

O braço retrospectivo do estudo, refere-se aos dados coletados no período compreendido entre de março de 2020 a 12 setembro de 2021, através exclusivamente da revisão de prontuários e o braço prospectivo corresponde aos dados coletados de 13 de setembro de 2021 até 28 de outubro de 2021, em tempo concomitante ao período de internamento das pacientes.

O CAM do IMIP é composto pelos setores de ambulatório da mulher, unidade de terapia intensiva (UTI) obstétrica, enfermarias de ginecologia, puerpério e gestação de alto risco (GAR) e os setores de urgência obstétrica: triagem, sala de parto e centro obstétrico. Durante o período de restrição de internamentos não COVID-19 no CAM, os setores de urgência ficaram prioritariamente isolados para casos suspeitos e/ou confirmados da doença. Além disso, houve o isolamento de um andar, a enfermaria de puerpério, para casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19 em mulheres no ciclo gravídico puerperal ou casos ginecológicos admitidos pela urgência, porém já estabilizadas, mas ainda com necessidade de isolamento por conta da doença.

Neste período estudado, foram admitidas na enfermaria de GAR, mulheres sem suspeitas de COVID-19 ou com seu período de isolamento já superado. Além destas, eram admitidas também mulheres na condição de puérperas, pacientes ginecológicas e recém-nascidos (RNs).

Para a coleta dos dados retrospectivos, foi necessário obter uma listagem a partir dos livros de registro de internamento e de banco de altas das gestantes para seleção dos dados necessários e resgate dos prontuários. Entretanto, nestas listagens utilizadas para resgate dos prontuários não foi possível fazer a diferenciação entre as pacientes que eram elegíveis e as puérperas, ginecológicas ou RNs. Por este motivo, foi necessário revisar todos os prontuários resgatados a partir desta listagem para aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Já na fase prospectiva, as pesquisadoras consultaram os livros de registro de internamentos a partir de 13 de setembro de 2021 até 28 de outubro de 2021 para identificação das gestantes elegíveis. Após informadas sobre o estudo, as gestantes que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sendo assim, seus respectivos prontuários foram revisados para preenchimento do

formulário de coleta de dados. Em casos de omissão, dúvidas ou inconsistências dos dados nos prontuários, as próprias pacientes eram consultadas para compleição do preenchimento do instrumento de coleta.

Os critérios de inclusão contemplavam todas as gestantes que deram entrada na enfermaria de GAR com indicação clínica e/ou materna. Foram excluídas gestantes de risco habitual materno, sem comorbidades, admitidas unicamente para assistência da Medicina Fetal ou que tenham entrado no setor advindas do pré - parto.

As seguintes variáveis foram incluídas no instrumento para coleta: dados biológicos (idade, raça autodeclarada); sociodemográficos (estado civil, procedência - se moradora da Região Metropolitana do Recife, de outras cidades de Pernambuco, de cidades de outros estados); dados obstétricos (idade gestacional no momento do internamento pela data da última menstruação (DUM) e/ou ultrassonografia (USG), tipo de gestação - se única ou gemelar, quantidade de gestações, paridade, quantidade de abortamentos, quanto início ou não do pré-natal).

Em relação aos dados clínicos e da gestação atual foram coletadas informações quanto ao motivo do internamento, se era caso suspeito de COVID-19, se era motivo obstétrico, motivo clínico ou se ambos os motivos justificavam a internação. Foram considerados como motivos obstétricos as síndromes hipertensivas da gestação, trabalho de parto prematuro, infecção do trato urinário, diabetes gestacional, ruptura prematura das membranas ovulares, hiperêmese gravídica e outros. Como motivo clínico foram consideradas as seguintes condições: acometimento neurológico, cardiovascular, hiperglicêmico (diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2, diabetes gestacional), respiratório, digestivo, urinário, infeccioso, hematológico, hormonal, osteomuscular ou se internação por outro motivo clínico.

Para aquelas gestantes que pariram no IMIP, foram consideradas as seguintes variáveis: via de parto, idade gestacional no momento do parto, se evolução espontânea para trabalho de parto, necessidade de interrupção da gestação, submissão à laqueadura intraparto, inserção de dispositivo intrauterino (DIU) pós - parto, admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) obstétrica e tempo de alta após o parto em número de dias.

No braço prospectivo, foi possível dar seguimento ao acompanhamento dos RNs até a alta hospitalar. Sendo assim, foram acrescentados dados quanto a classificação dos RNs em pré – termo (menores de 37 semanas), termo (37 a 41 semanas e 6 dias), pós-termo (maiores de 42 semanas), peso em gramas, necessidade de admissão em UTI neonatal, uso de antibiótico, uso de surfactante, necessidade de suporte ventilatório, tempo de alta e número de óbitos.

Para a fase da análise de dados foi realizada a revisão dos formulários com posterior organização, arquivamento e construção de um banco de dados espelho do instrumento de coleta, utilizando-se o programa *Epi Info* 3.5.1 (CDC, Atlanta, 2008). O banco de dados foi alimentado e revisado. Foram realizados cálculos de frequências para as principais variáveis, com medidas de tendência central e dispersão para os dados numéricos através do *Analyze Data do Epi Info*.

## **RESULTADOS**

Ao todo foram revisados 1699 prontuários de pacientes admitidos na enfermaria de GAR entre o período de março de 2020 a 28 de outubro de 2021, sendo 1639 pertencentes à fase retrospectiva e 60 à fase prospectiva. (Figura 1)

Dos 1639 pacientes internados na enfermaria de GAR durante os 19 meses do estudo retrospectivo, 830 foram admitidos em 2020 e 809 em 2021. Após análise dos

critérios de checagem foram excluídos, deste total, gestantes que não cumpriam os critérios de elegibilidade, puérperas, RNs e pacientes ginecológicas.

Dessa forma, em 2020, dos 830 pacientes admitidos, 113 gestantes eram da Medicina Fetal, 262 gestantes eram advindas do pré-parto, 84 eram puérperas, 14 eram RNs, 39 eram pacientes ginecológicas, 117 tiveram prontuários faltosos na ocasião da coleta e 201 gestantes preenchiam os critérios de elegibilidade e tinham prontuários disponíveis na ocasião da coleta. (Figura 1)

E, tratando-se do ano de 2021, dos 809 pacientes, 86 gestantes eram da Medicina Fetal, 376 gestantes eram advindas do pré-parto, 72 eram puérperas, 9 eram RNs, 115 tiveram prontuários faltosos e 151 gestantes eram elegíveis e tinham prontuários disponíveis. (Figura 1)

Na fase prospectiva, compreendida entre 13 de setembro a 28 de outubro de 2021, a seleção das gestantes elegíveis para o estudo foi feita através do censo da enfermagem do setor. Entretanto, por uma questão operacional, não foi realizada a contabilização das pacientes não elegíveis. Em relação as 63 pacientes elegíveis, 2 delas se recusaram a participar e, 1 outra gestante, pela data da admissão, entrou no braço retrospectivo, totalizando 60 pacientes no estudo prospectivo. Sendo assim, a amostra incluiu 412 gestantes, destas, 352 pertencentes ao braço retrospectivo e 60 pertencentes ao prospectivo. (Figura 1)

Em relação aos dados biológicos e demográficos, a idade das pacientes variou de 11 a 44 anos com média de 27,7 anos ( $DP \pm 7.1$ ). Quanto à raça autodeclarada, 395 gestantes tinham registros, sendo 241 (61%) pardas, 92 (23,3%) brancas, 6 (1,5%) amarelas e 56 (14,2%) pretas. Na análise referente à situação conjugal, 386 tinham dados descritos, sendo 260 (67,4%) conviviam com o companheiro e 126 (32,6%) sem o companheiro. Já em relação à procedência, 249 (60,6%) gestantes eram oriundas da

Região Metropolitana do Recife (RMR), 157 (38,2%) de outras cidades do estado de Pernambuco, 5 (1,2%) de outros estados e 1 (0,4%) não tinha informação sobre a cidade procedente.

Quanto aos dados obstétricos, a cerca do tipo de gestação das 412 pacientes, 407 tinham dados, sendo 392 (96,3%) gestantes com feto único e 15 (3,7%) com gestação gemelar. Das 412 pacientes, 390 tinham informações quanto ao início do pré - natal, 364 (93,3%) tendo iniciado acompanhamento e 26 (6,7%) não iniciado.

Ainda sobre os dados obstétricos, apenas 1 paciente não tinha informação quanto ao número de gestações, paridade e abortamento. Dos dados obtidos, 115 (28%) gestantes eram primigestas e 296 (72%) tiveram duas ou mais gestações. Em relação à paridade, 145 (35,3%) pacientes eram nulíparas e 266 (64,7%) já haviam parido. E, sobre o número de abortamentos, 282 (68,6%) gestantes nunca abortaram, enquanto 129 (31,4%) tiveram ao menos algum abortamento. (Tabela 1)

No tocante ao motivo do internamento, 86 (20,9%) gestantes foram internadas exclusivamente por motivos obstétricos, 183 (44,4%) por motivos clínicos e 143 (34,7%) por ambos.

Tratando-se especificamente das causas obstétricas, 229 (55,6%) gestantes preenchiam esse critério, sendo as síndromes hipertensivas gestacionais (26,15%), infecção do trato urinário (20,77%) e diabetes gestacional (15%) as causas mais frequentes por esse tipo de internamento. (Figura 2)

Avaliando as causas clínicas subdivididas por sistemas, 326 (79,1%) gestantes preenchiam critérios de internamento clínico, sendo o sistema respiratório o mais acometido, principalmente por quadros de síndromes gripais e asma. (Figura 3)

É válido pontuar que 397 tinham informações sobre a suspeita ou não de infecção pelo COVID-19 e, das 100 pacientes (25,2%) classificadas como casos suspeitos, 20

tiveram RT-PCR positivo. Sendo assim, as gestantes que testaram positivo, inicialmente foram admitidas na ala de COVID-19 e após cumprirem período de isolamento, necessitaram de vigilância obstétrica na enfermaria de gestação de alto risco, devido ao agravamento de comorbidades associadas.

Em relação à via de parto, apenas 136 pariram no IMIP, sendo 101 (74,3%) por cesariana e 35 (25,7%) por via transvaginal. Além disso, quanto à evolução para trabalho de parto, 23 (18,4%) gestantes evoluíram para trabalho de parto espontâneo e 111 (81,6%) precisaram interromper a gestação. Sobre a IG no momento do parto pela DUM, a média foi de 33,8 semanas ( $DP \pm 4.0$ ) e a IG no momento do parto pela USG também teve como média 33,8 semanas ( $DP \pm 3.9$ ).

Quanto aos desfechos pós-parto, 16 (11,8%) gestantes realizaram laqueadura intraparto e 21 (15,4%) colocaram DIU. Do total, 22 (16,2%) gestantes foram admitidas na UTI obstétrica. E o tempo médio de alta materna pós-parto foi de 4,1 dias ( $DP \pm 4.7$ ). (Tabela 1)

Em relação aos desfechos dos RNs, foram coletados apenas os dados referentes aos filhos das gestantes do estudo prospectivo. Das 60 gestantes que entraram nessa fase, 25 (41,7%) pariram, totalizando 26 RNs nascidos, já que uma das gestações foi gemelar, dos quais 17 (65,4%) foram classificados como pré-termo e 9 (34,6%) termo. A média de peso dos RNs foi de 2240 gramas ( $DP \pm 999.3$ ). Foram admitidos na UTI neonatal 17 RNs (65,4%), 10 (38,5%) precisaram fazer uso de antibiótico, 6 (23,1%) fizeram uso de surfactante e 14 (53,8%) precisaram de suporte ventilatório. A média de dias para alta dos RNs foi 19,3 dias ( $DP \pm 24.7$ ) e variação de 2-77. Por fim, 3 (11,5%) recém-nascidos foram a óbito, sendo todos eles prematuros, com idade média de 30 semanas ( $DP \pm 2,9$ ) e peso médio de 1060 gramas. (Tabela 2)

## DISCUSSÃO

Durante o período de restrição de internamento de gestantes na enfermaria de gestação de alto risco, setor não COVID-19, os principais diagnósticos clínicos identificados foram: síndromes respiratórias e hiperglicemia. E, se tratando das causas obstétricas, as síndromes hipertensivas da gestação e a infecção do trato urinário foram as mais presentes.

Quanto à caracterização biológica e sociodemográfica, no tocante à idade, situação conjugal e procedência, os dados do presente estudo são semelhantes aos achados de outras pesquisas realizadas no mesmo serviço, referência em gestação de alto risco no nordeste brasileiro.<sup>10,11</sup> Além deste, os dados corroboram também com o perfil de gestantes de alto risco de um outro hospital no norte do Brasil.<sup>12</sup>

Tratando-se da raça autodeclarada, a parda foi predominante entre as pacientes do estudo, confirmando dados dos indicadores sociais divulgados pelo IBGE, os quais mostram que cerca de 45% dos brasileiros se autodeclararam pardos.<sup>13</sup> O fato de que a maior parte das pacientes eram pardas, possivelmente fomenta a tese de que pardos têm mais chances de adoecer por encontrarem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, como consequência da herança histórica que ainda alimenta as disparidades raciais no Brasil. Dessa forma, mostra que o conhecimento acerca das vulnerabilidades sociais é imprescindível para direcionar ações de saúde aos grupos mais vulneráveis.<sup>14,15</sup>

Em relação aos dados obstétricos, a grande maioria das pacientes iniciaram o pré-natal. Tal dado corrobora com um estudo que contemplou a assistência pré-natal em todas as regiões do Brasil, o qual afirma que o país foi bem sucedido na ampliação do acesso à assistência pré-natal, todavia, desafios persistem para melhorar a qualidade dessa assistência, necessitando de ações intervencionistas com intuito de aumentar o número de gestantes em acompanhamento e minimizar os desfechos negativos materno-infantis.<sup>16,17</sup>

Observou-se também o predomínio de gestações com feto único, assim como de mulheres multigestas e múltiparas, condizente com a literatura.<sup>18</sup> Mulheres que vivem nos países em desenvolvimento têm, em média, mais gestações do que aquelas residentes nos países desenvolvidos, conseqüentemente, é mais provável que sofram maior risco de morte materna ao longo da vida. Diante disso, é válido pontuar que essas mulheres estão mais propensas a terem comorbidades que potencialmente podem ser agravadas durante a gestação, necessitando assim, de um seguimento integral e adequado.

A porcentagem de pacientes que possuíam nenhum abortamento (68,6%) neste estudo condiz com outro realizado com gestantes de alto risco, no qual a maioria das pacientes nunca teve um abortamento (337/549=61,4%).<sup>19</sup>

No contexto pandêmico, o presente estudo constatou que a maioria das gestantes foram internadas por motivos exclusivamente clínicos. Destes, o sistema mais acometido foi o respiratório, sendo a síndrome gripal e a asma as causas mais frequentes, o que não se assemelha com estudos anteriores em gestantes de alto risco, tendo em vista que o acometimento respiratório era discreto.<sup>20</sup> Tal fato pode sugerir que, mesmo se tratando da análise em um setor não COVID-19, no qual a maior parte dos casos suspeitos tiveram RT-PCR negativo, o aumento de internamentos por síndromes respiratórias possa estar relacionado a maior procura ao serviço de saúde por parte das gestantes, como repercussão direta do receio frente à pandemia.

Em relação às causas exclusivamente obstétricas, os distúrbios hipertensivos da gestação abarcaram o maior número de casos de internamento no presente estudo, correspondendo com relatos da literatura brasileira.<sup>19,20</sup> Esses distúrbios configuram uma importante causa de morbimortalidade materna e neonatal, por estarem relacionados a maior probabilidade de agravos à saúde materna e/ou do concepto, como o óbito perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, dentre outras.<sup>12</sup>

Em relação a via de parto, a cesariana foi prevalente a despeito do parto transvaginal, dado condiz com um estudo brasileiro realizado em gestantes de alto risco, no qual a cesariana ocorreu em 80,3% (n=49).<sup>21</sup> Sobre a evolução do trabalho de parto, a maioria das gestantes do estudo precisou interromper a gestação. E observou-se, com relação a idade gestacional no momento do parto, uma média de 35 semanas, caracterizando uma prematuridade tardia, estando de acordo com a pesquisa Projeto Nascer no Brasil, a qual afirma que os prematuros tardios representam a grande maioria dos recém-nascidos pré-termos.<sup>22</sup>

Entre os desfechos pós-parto, em relação a contracepção, observou-se que a maioria das gestantes inseriram o dispositivo intrauterino (DIU), seguida da realização da laqueadura intraparto, semelhante a um estudo descritivo no qual o método preferido foi o DIU, seguido da laqueadura.<sup>23</sup>

Do total de gestantes, aproximadamente um quinto foram internadas em UTI obstétrica, devido a complicações no puerpério, principalmente por hemorragia pós-parto e alterações dos níveis pressóricos. O tempo médio para alta hospitalar pós-parto foi de três dias e a média de dias para alta dos RNs foi de aproximadamente sete dias, atestando a necessidade de atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido, conforme a Portaria 2.068, de 21 de Outubro de 2016, do Ministério da Saúde.<sup>24</sup>

Sobre os desfechos dos recém-nascidos (n = 26) das gestantes elegíveis (n = 60) no estudo prospectivo, a maioria foi prematuro, comprovando a elevada taxa de prematuridade no Brasil, o qual situa-se entre os dez países que contribuem para 60% dos nascimentos prematuros mundialmente.<sup>25</sup>

Observou-se que a maioria dos RNs nasceram com baixo peso, precisaram de internamento em UTI neonatal para cuidados intensivos (uso de antibiótico, uso de surfactante e suporte ventilatório), comprovando a maior frequência de admissão em UTI

de RNs de mães com internação por complicação obstétrica. Os três recém-nascidos que foram a óbito eram prematuros, com idade média de 30 semanas e peso médio de 1060 gramas. Corroborando com estudos que defendem que a morbimortalidade neonatal é maior em pacientes prematuros.<sup>26,27</sup>

Portanto, é evidente que a investigação do perfil clínico-epidemiológico e desfechos das grávidas de alto risco se configura como um instrumento para elaboração de políticas assistenciais preventivas.<sup>28</sup> Nesse sentido, é importante ressaltar que o levantamento realizado pela presente pesquisa, possibilita o melhor conhecimento acerca dos elementos de risco que possam interferir na saúde materno-infantil, contribuindo para prevenção de agravos e/ou intervenção precoce durante a gestação.

Diante do desafio de realizar um estudo de caráter exploratório, tendo em vista o contexto desconhecido imposto pela pandemia, foram verificadas algumas limitações. Dentre elas, destaca-se o não preenchimento dos dados necessários pelos profissionais de saúde nos registros dos pacientes, comprometendo a coleta. Além disso, a ausência de um banco de dados da enfermagem obrigou a necessidade de resgate dos prontuários da fase retrospectiva, diminuindo a amostra por existir um grande número de prontuários faltosos.

Entre as implicações para a prática, este estudo demonstrou a importância em alimentar, otimizar e manter o fluxo de informações dos pacientes, uma vez que o levantamento de dados relevantes para análise foi comprometida, sobretudo, pela falta de fluidez no fluxo de informações entre os setores do serviço.

Entre as implicações para a pesquisa, fica evidente que condições multifatoriais relacionadas à vulnerabilidade estrutural, socioeconômica e biopsicossocial, interferem nos desfechos gestacionais. Logo, mesmo em um período de restrição do atendimento de

gestantes no setor, houve necessidade de admitir gestantes de alto risco que necessitavam do suporte hospitalar.

## **CONCLUSÕES**

Quanto ao perfil sociodemográfico, a maioria das gestantes eram jovens, pardas, viviam com os companheiros e eram procedentes da RMR. Em relação aos dados obstétricos, a maior parte das pacientes eram multigestas, múltiparas e nunca tiveram um abortamento. Sobre os desfechos dos RNs das gestantes do estudo prospectivo, a maior parcela nasceu por cesariana, era prematura, com baixo peso, sendo admitidos em UTI neonatal.

No tocante as causas do internamento, grande parte das gestantes foi internada por motivos clínicos, dentre eles, o acometimento do sistema respiratório foi prevalente. Em relação aos motivos obstétricos, as síndromes hipertensivas, a infecção do trato urinário e a diabetes gestacional apresentaram maior frequência.

Conclui-se que objetivo do estudo foi alcançado, visto que os resultados encontrados são relevantes ao despertar a atenção para o conhecimento do perfil clínico-epidemiológico e desfechos das gestantes atendidas na GAR. Sendo assim, estes dados auxiliam na criação de estratégias para redução da morbimortalidade materno-infantil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à saúde [Internet]. Brasília, DF; 2020 [acesso em 02 abr 2022]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19 [Internet]. Brasília, DF; 2020 [acesso em 03 abr 2022]; p.5-13. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/corona/manual\\_recomendacoes\\_gestantes\\_covid19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/corona/manual_recomendacoes_gestantes_covid19.pdf)
3. Mendonça RCF, Filho JR. Impacto da Covid-19 na saúde da gestante: evidências e recomendações. RIEC. 2021;4(1):107-16.
4. Castro A. Maternal and child mortality worsens in Latin America and the Caribbean. Lancet [Internet]. 2020 [acesso em 20 abr 2022]; 396(10262):e85. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32142-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32142-5/fulltext)
5. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. Reprod Health [Internet]. 2021 [acesso em 15 ago 2022]; Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01070-6>

6. Dmello BS, Housseine N, Akker TVD, Roosmalen JV, Maaløe N. Impact of COVID-19 on maternal and child health. *Lancet* [Internet]. 2020 [acesso em 14 set 2022]; 8(7) e1259. Disponível em

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7398673/pdf/main.pdf>

7. Azevedo BMA, Lima EV, Junior IPP, Nunes MLSF, Costa JMBSC. Impacto da pandemia de Covid-19 na assistência pré-natal. *RESIC* [Internet]. 2022 [acesso em 14 set 2022]; 4(1):102. Disponível em

<http://www.atenas.edu.br/revista/index.php/resic/article/view/225/189>

8. Secretaria de Saúde do Recife. Plano Municipal de Contingência COVID-19 [Internet]. Recife, 10 de março de 2020. 1ª edição – Recife, Pernambuco, 2020 [acesso em 05 abr 2021]; p.17-18. Disponível em:

[http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano\\_de\\_contingancia\\_de\\_recife\\_coronava\\_rus\\_covid-19\\_10.03.20.pdf](http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_de_contingancia_de_recife_coronava_rus_covid-19_10.03.20.pdf)

9. Campos T et al. Actions developed at the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira to confront the COVID-19 pandemic. *Rev Bras de Saúde Matern Infant* [online]. 2021 [Acesso em 21 Set 2022]; 21(1): 263-274. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/b8D8ZvMZY66htvFKnhZdQdS/?format=pdf&lang=>

10. Melo BCP de et al. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. *Revista da Associação Médica Brasileira* [online]. 2009 [Acesso em 22 jul 2022]; 55(2): 175-180. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ramb/a/xC7NGSgVYHfDS9nNgfSV7rs/abstract/?lang=pt>

11. Aurélio ARC. Perfil epidemiológico de gestantes internadas para tratamento de pielonefrite no IMIP. [online]. Recife, Brasil; 2018. [acesso 28 set 2022]. Disponível em: [http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/406/1/Artigo%20PIBIC\\_Ricardo%20Vieira%20de%20Siqueira.pdf](http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/406/1/Artigo%20PIBIC_Ricardo%20Vieira%20de%20Siqueira.pdf)
12. Sampaio AFS, Rocha, Rocha MJF, Leal EAS. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife. 2018 [acesso em 14 Set 2022];18(3): 567-575. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/CWX5JKXRYdMTWQnKtwzX3Rb/?lang=pt>
13. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2012-2019. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro.
14. Fonseca JSR, Durans KCN, Pasklan ANP, Brito JD, Ferreira APF, Barros LAA. Perfil epidemiológico e clínico de mulheres gestantes de alto risco. São Paulo: Rev Recien. 2022 [acesso em 15 Set 2022]; 12(38):218-228. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/637/647>
15. Pacheco VC, Silva JC, Mariussi AP, Lima MR, Silva TR. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. Saúde Debate. 2018;42(116):125-137.
16. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa Jvd, Bastos MH, Leal MdC. Assistência pré-natal no Brasil. Cad Saúde Pública. 2014; 30 [Supl.1]: S85-S100.

17. Pereira DO, Ferreira TLS, Araújo DV; Melo KDF, Andrade FB. Avaliação das consultas de pré-natal: adesão do pré-natal e complicações na saúde materno-infantil. *Revista Ciência Plural*. 2018 [acesso em 13 Set 2022];3(3):2-15, Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/12891>.

18. Barroso HH, Barbosa BR, Neves IF, Costa JS, Souza ICM, Sousa AA, Guedes HM, Ribeiro LCC. Perfil clínico e epidemiológico das gestantes atendidas no Centro Estadual de Atenção Especializada Jequitinhonha – Minas Gerais. *Clinical Brazilian Journal of Development*, Curitiba. 2021 [ acesso em 15 Set 2022]; 7(3)22391-22401. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/25809/20510>

19. Marreiro CM, Paixão NCF, Brito NMB, Cavalcante JCW. Perfil clínico-epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. *Rev Para Med [Internet]*. 2009 [ acesso em 14 Set 2022]; 23(3). Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1972.pdf>

20. Araújo BM, Rêgo AD. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes internadas em uma maternidade pública do Estado do Amapá. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 2006 [ acesso em 12 Set 2022] ; 03(10)123-137. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/clinico-e-epidemiologico>

21. Costa LD, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enfermagem*. 2016 [ acesso em 11 Set 2022]; 21(2). Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4836/483653650018/html/>

22. Lansky S et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2014

[acesso em 15 Ago 2022], 30(1)S192-S207. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/Ss5zQXrnrGrGJvcVMKmJdqR/?lang=pt#>

23. Osis MJD, Duarte GA, Crespo ER, Espejo X, Pádua KS. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2004 [ acesso em 10 Jun 2022], 20(6):1586-1594. Disponível em:  
[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csp/v20n6/16.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v20n6/16.pdf)

24. Brasil. Ministério da Saúde. portaria no 2.068, de 21 de outubro de 2016 institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. [acesso em 10 Set 2022]. Disponível em:  
[https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2016/prt2068\\_21\\_10\\_2016.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html)

25. Clark A, Jit M, Warren-Gash C, Guthrie B, Wang HHX, Mercer SW, Sanderson C, McKee M, Troeger C, Ong KO, Checchi F, Perel P, Joseph S, Gibbs HP, Banerjee A, Eggo RM. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2020 [acesso em 14 Set 2022];8:e1003–17. Disponível em:  
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2820%2930264-3>

26. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Escola Anna Nery* [online]. 2009 [ acesso em 10 Set 2022]; 13(2)297-304. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/rYLmLFg393yYQmYLztrZ9PL/?lang=pt>

27. Soares, ES, Menezes GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2010 [ acesso em 14 Set 2022];19(1). Disponível em:

[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-)

49742010000100007#:~:text=Quanto%20à%20duração%20da%20gestação,com%20m  
enos%20de%2022%20semanas.

28. Jacob CM, Briana DD, Di Renzo GC, Modi N, Bustreo F, Conti G et al. Building resilient societies after COVID-19: the case for investing in maternal, neonatal, and child health. *Lancet* [Internet]. 2020 [acesso em 21 abr 2022]; 5(11):e624. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30200-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30200-0/fulltext)

**Tabela 1.** Características biológicas, sociodemográficas, obstétricas e desfechos das gestantes admitidas na enfermaria de gestação de alto risco do IMIP, setor não COVID-19, no período de março de 2020 a 28 de outubro de 2021.

Variáveis	Frequência Absoluta N = 412	Frequência Relativa (%)
<b>Idade (anos)</b>		
Variação	11 – 44	
Média de idade (anos) $\pm$ DP	27,7 $\pm$ 7.1	
<b>Raça (autodeclarada)</b>		
Parda	241	61
Branca	92	23,3
Preta	56	14,2
Amarela	6	1,5
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro	260	67,4
Sem companheiro	126	32,6
<b>Procedência</b>		
RMR	249	60,6
Outras cidades de PE	157	38,2
Outros estados	5	1,2
<b>Tipo de gestação</b>		
Única	392	96,3
Gemelar	15	3,7
<b>Número de gestações</b>		
Variação	1 - 12	
Duas ou mais gestações	296	72
Uma gestação	115	28
<b>Paridade</b>		
Variação	0 - 11	
Um ou mais partos	266	64,7
Nenhum parto	145	35,3
<b>Abortamento</b>		
Nenhum abortamento	282	68,6
Um ou mais abortamentos	129	31,4
<b>Início de pré-natal</b>		
Sim	364	93,3
Não	26	6,7
<b>Evolução do trabalho de parto</b>		
Indicação clínica para interrupção da gestação	111	81,6
Evolução para trabalho de parto espontâneo	23	18,4

---

<b>Via Obstétrica</b>		
Cesárea	101	74,3
Parto Transvaginal	35	25,7
<b>Idade gestacional no momento do parto (DUM)</b>		
Varição	24 - 42	
Média $\pm$ DP	33,8 $\pm$ 4.0	
<b>Idade gestacional no momento do parto (USG)</b>		
Varição	21 - 41	
Média $\pm$ DP	33,8 $\pm$ 3.9	
<b>Laqueadura intraparto</b>		
Não realizada	120	88,2
Realizada	16	11,8
<b>Colocação de DIU</b>		
Não realizada	115	84,6
Realizada	21	15,4
<b>Admissão em UTI obstétrica pós-parto</b>		
Não realizada	114	83,8
Realizada	22	16,2
<b>Tempo de alta materno pós-parto (em dias)</b>		
Média $\pm$ DP	4,1 $\pm$ 4.7	

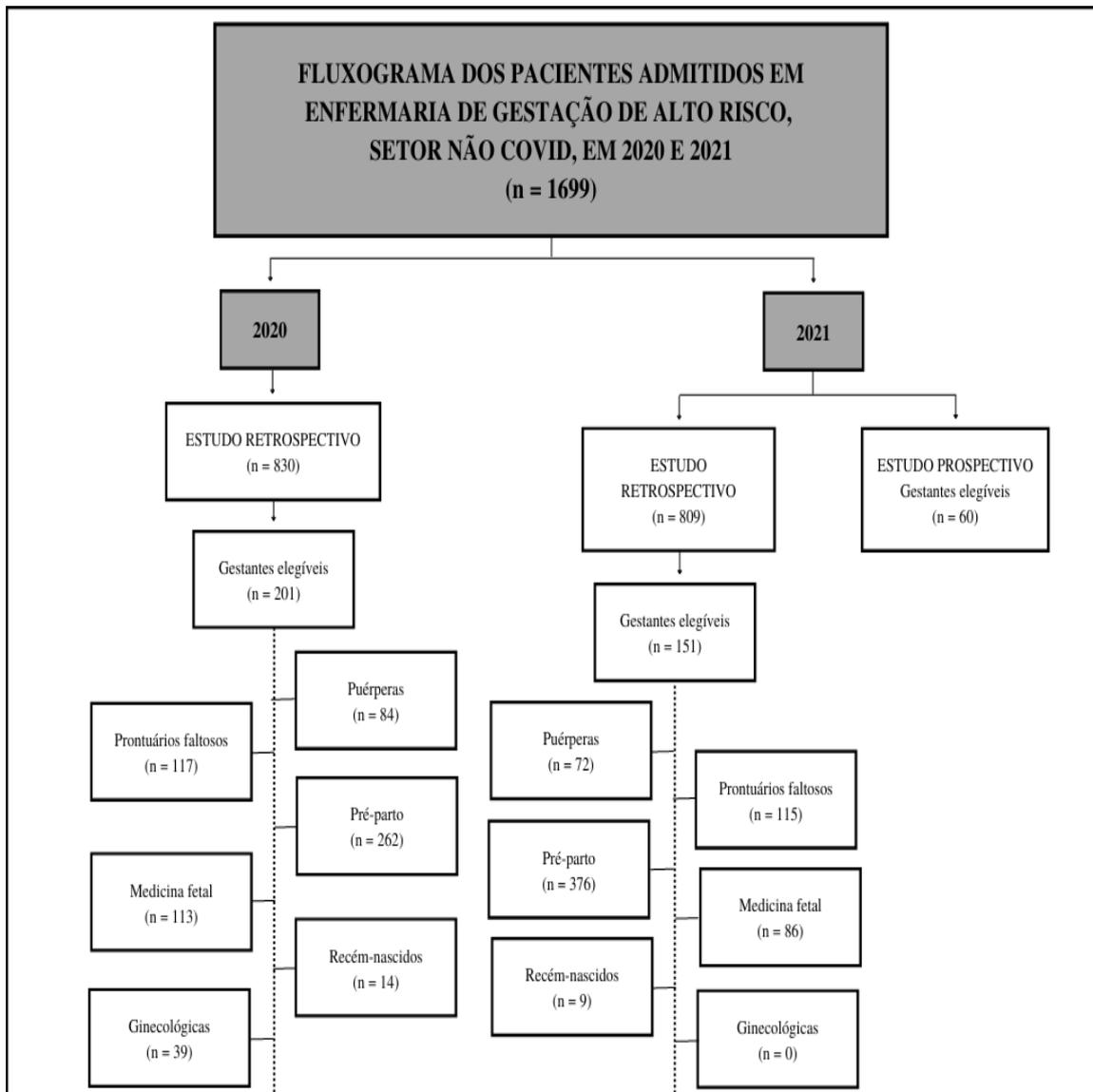
---

RMR: região Metropolitana de Recife; PE: Pernambuco; DUM: data da última menstruação; USG: ultrassonografia; DIU: dispositivo intrauterino; UTI: unidade de terapia intensiva.

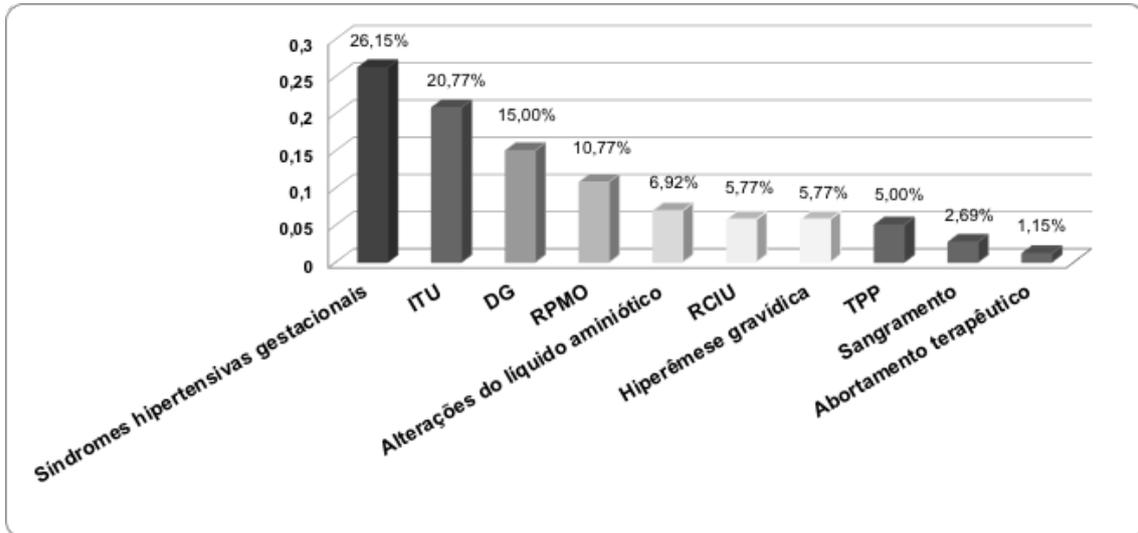
**Tabela 2.** Desfechos dos recém-nascidos das gestantes admitidas na enfermaria de gestação de alto risco do IMIP, setor não COVID-19, na fase prospectiva do estudo, no período de 13 de setembro de 2021 a 28 de outubro de 2021.

Variáveis	Frequência Absoluta N = 26	Frequência Relativa (%)
<b>Idade gestacional no parto (em semanas)</b>		
< 37 semanas	17	65,4
≥ 37 semanas	9	34,6
<b>Peso neonatal (em gramas)</b>		
Variação	586 - 3970	
Média ± DP	2240 ± 999.3	
Mediana	2356	
<b>Admissão em UTI neonatal</b>		
Realizada	17	65,4
Não realizada	9	34,6
<b>Necessidade do uso de antibiótico</b>		
Sim	10	38,5
Não	16	61,5
<b>Necessidade do uso de surfactante</b>		
Sim	6	23,1
Não	20	76,9
<b>Necessidade de suporte ventilatório</b>		
Sim	14	53,8
Não	12	46,2
<b>Tempo de alta hospitalar (em dias)</b>		
Variação	2 - 77	
Média ± DP	19,3 ± 24.7	
<b>Óbitos neonatais (nº absoluto)</b>	3	11,5
<b>Idade gestacional no momento do parto dos RNs com óbito neonatal</b>		
Média ± DP	30 ± 2.9	

UTI: unidade de terapia intensiva; RNs: recém- nascidos.

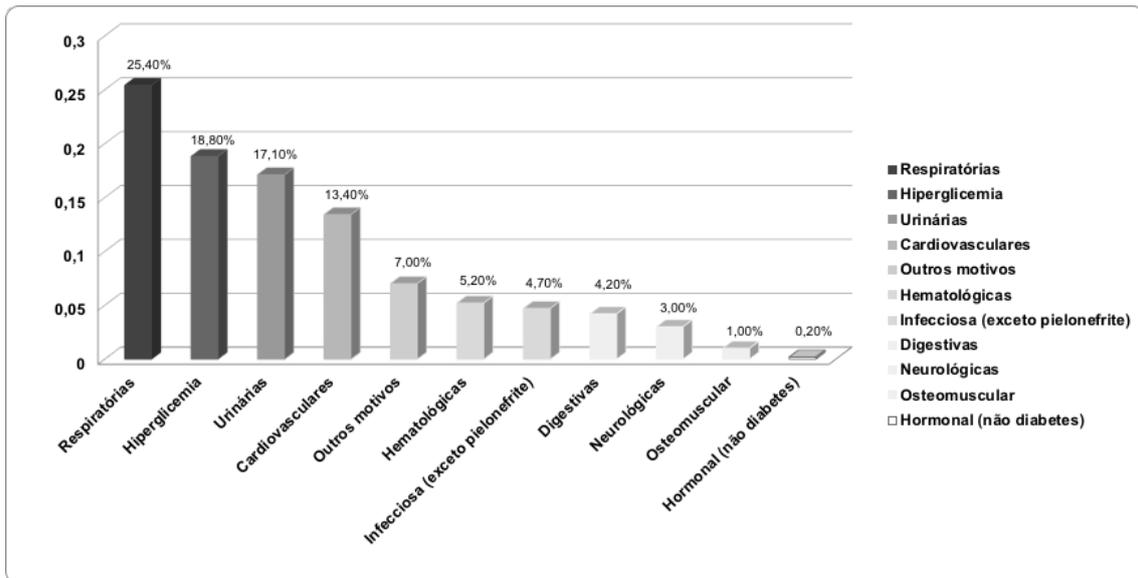


**Figura 1.** Fluxograma dos pacientes admitidos na enfermaria de gestação de alto risco do IMIP, setor não COVID-19, durante o período de março de 2020 a 28 de outubro de 2021.



ITU: infecção do trato urinário; DG: diabetes gestacional; RPMO: ruptura prematura das membranas ovulares; RCIU: restrição do crescimento intrauterino; TPP: trabalho de parto prematuro.

**Figura 2.** Motivos obstétricos de internamento das gestantes admitidas na enfermaria de gestação de alto risco do IMIP, setor não COVID-19, durante o período de março de 2020 a 28 de outubro de 2021.



**Figura 3.** Motivos clínicos de internamento, subdivididos por sistemas, das gestantes admitidas na enfermaria de gestação de alto risco do IMIP, setor não COVID-19, durante o período de março de 2020 a 28 de outubro de 2021.