



CONDIÇÕES POTENCIALMENTE AMEAÇADORAS À VIDA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Lise Maria Carvalho Mendes*

Lara Leite de Oliveira**

Jordania Vieira Silva***

Angelica Paixão Meneses****

Manuela Siraiama Marques Duarte*****

ABSTRACT

Objetivo: Descrever as principais condições potencialmente ameaçadoras à vida de mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal e variáveis relacionadas a esses agravos. **Método:** Estudo do tipo documental, descritivo e quantitativo, realizado com prontuários de gestantes, parturientes e puérperas internadas em hospital de média complexidade, que apresentaram Condições Potencialmente Ameaçadoras à Vida (CPAV). Foram excluídos os de acesso impossibilitado por estarem sob juízo. A amostra foi temporal e a análise univariada. **Resultados:** Inclui-se 181 prontuários. A maioria das condições ocorreu em mulheres de 16 a 34 anos de idade (61,3%), união estável (60,8%), pardas (31,5%), sem renda ocupacional (29,2%), múltiparas (28,87%), com complicações no primeiro trimestre gestacional (32,6%). Verificaram-se a realização de um número insuficiente de consultas (13,8%), dados referentes ao pré-natal ignorados (68%). As principais CPAV foram as síndromes hemorrágicas (28,2%), hipertensivas (25,4%) e infecção (13,3%). Como desfecho, foram observados prevalência de aborto não especificado (22,1%), morte perinatal por doença infecciosa e parasitária da mãe (2,2%). **Conclusão:** As principais CPAV foram as síndromes hemorrágicas, hipertensivas e infecções. Como desfecho, foram observados alta hospitalar, aborto, encaminhamento à UTI, morte perinatal e morte materna.

Keywords: Mortalidade materna. Saúde materna. Morte materna. Complicações na gravidez. Enfermagem Obstétrica.

INTRODUÇÃO

A morbimortalidade materna é um indicador de saúde que expressa as condições sociais, econômicas e qualidade de vida das pessoas que vivem em um determinado local, refletindo as desigualdades sociais de um país⁽¹⁾. A redução dos índices de mortalidade materna a 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (NV) até o ano de 2030 é uma das prioridades mundiais e está inserida entre as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU)⁽²⁾.

O Brasil apresenta números melhores do que os dimensionados pelas metas dos ODS, 50,1/100.000 NV, no ano de 2018⁽³⁾. No entanto, o problema é agravado no país por questões de disparidade étnicas e regionais. Neste sentido, verifica-se que a região sul apresenta taxas de

38,2/100 mil NV enquanto a região norte apresenta 80,8/100.000 NV, em 2018.

Esta disparidade persiste na série histórica e, desde 2009, a região Norte exibe números acima de 70/100.000 NV, apresentando maior percentual de morte materna do país, em que a taxa mais elevada foi de 93,6/100.000 NV, verificada em 2014⁽³⁾. A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta para parâmetros acima de 50/100.000 NV de morte materna; o que insere a região norte em classificação alarmante⁽²⁾.

Apesar de as taxas serem elevadas, o óbito materno é raro quando comparado às taxas individualizadas de atendimento aos serviços, sendo os eventos mórbidos que precedem ao óbito mais frequentes. Estima-se que, para cada morte materna, ocorram cerca de 20 casos para cada mil nascidos vivos de morbidade materna grave (MMG)^(1,4).

As mulheres que sobrevivem a estes eventos

*Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amapá, Macapá (Unifap), AP, Brasil. E-mail: lisedemendes@gmail.com ORCID iD: .0000-0001-9325-8382

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: lara.leite@hotmail.com ORCID iD: .0000-0001-6102-6499

***Graduanda em Enfermagem, Unifap, Macapá, AP, Brasil. E-mail: jordaniavieiragje@gmail.com ORCID iD: .0000-0001-5308-1009

****Enfermeira. Mestre, Faculdade Uninta Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: angelicapmeneses@gmail.com ORCID iD: .0000-0001-9804-2177

*****Terapeuta ocupacional. Mestre, Hospital da mulher Mãe Luzia, Macapá, AP, Brasil. E-mail: msmd.pesquisa@gmail.com ORCID iD: .0000-0002-7373-7885

mórbidos têm muitos aspectos comuns àquelas que morreram de tais complicações⁽¹⁾. A partir desta observação, foram formuladas classificações à população materna em uma linha evolutiva de morbidades maternas grave (MMG)⁽⁴⁾.

Entre as condições mais graves, algumas foram classificadas com a nomenclatura Condições Potencialmente Ameaçadoras à Vida (CPAV). Estas CPAV associam-se a maior risco de progressão para gravidade e risco de vida e foram subdivididas em desordens hemorrágicas, desordens hipertensivas, outras desordens sistêmicas e indicadores de manejo^(5,6).

A compreensão dos fatores relacionados às CPAV torna-se um importante dado para o entendimento da evolução de uma gestação saudável ao óbito materno, visto que este grupo de mulheres é maior em termos absolutos quando comparado às mulheres vítimas de mortalidade materna e as mulheres sobreviventes podem ser fontes de informação^(1,4-6). Este conhecimento poderá auxiliar a tomada de decisões efetivas na assistência e nas diretrizes de políticas e programas de saúde reprodutiva.

Mediante estes fatores, justifica-se a realização do presente estudo, visto que é imprescindível à formulação de políticas públicas o conhecimento das características dos eventos mórbidos que antecedem o óbito materno na região Norte. Assim, o presente estudo objetivou descrever as principais CPAV no ciclo gravídico-puerperal e as variáveis relacionadas a esses agravos em um hospital situado no extremo-norte do Brasil.

MÉTODO

Este é um estudo do tipo documental, descritivo, com delineamento quantitativo. A população do estudo foi formada por todas as gestantes, parturientes e puérperas internadas no Hospital Estadual de Oiapoque, situado no extremo norte do estado do Amapá, durante o período janeiro de 2015 a dezembro de 2016, que apresentaram CPAV, conforme os critérios estabelecidos pela OMS⁽⁵⁾. Este hospital de média complexidade é a única instituição que realiza atendimento de pré-natais de alto risco e realiza partos vaginais e cirúrgicos na faixa de fronteira brasileira com a Guiana Francesa.

A amostra foi probabilística por conveniência, em que foram incluídos no estudo o total de 181 prontuários de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Acredita-se que o período de coleta de dois anos representa a população atendida na instituição ao longo do tempo e as condições agravadas por doenças que apresentam sazonalidade na região.

Foram analisados dados secundários obtidos dos prontuários de gestantes, parturientes e puérperas com até 42 dias de pós-parto. Foram excluídos prontuários ilegíveis, de acesso impossibilitado por estarem sob júdice, em que o limite temporal extrapolaria os estabelecidos por este estudo.

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados pelos pesquisadores contendo variáveis baseadas nas definições de CPAV da OMS:

Dados sociodemográficos: Idade, estado civil, escolaridade, raça/cor, procedência. Dados obstétricos: número de gestações, paridade, antecedentes de aborto, antecedente de cesárea, número de filhos vivos, resolução da gestação atual, número de consultas pré-natais, idade gestacional, desfecho perinatal. CPAV: Pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, síndrome HELLP, sepse, síndromes hemorrágicas na gestação, uso de sulfato de magnésio e transfusão de hemoderivados, de acordo com critérios da OMS⁽⁵⁻⁶⁾.

Os dados foram analisados com modo descritivo e a análise realizada foi univariada. As variáveis qualitativas foram apresentadas na forma de distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%); e para as variáveis quantitativas foram calculados valores de média e mediana, desvios padrão, valores máximos e mínimos e intervalo de confiança.

O projeto acolheu as Diretrizes e Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Resolução do Conep 466/12, obtendo parecer favorável de número (2.248.814) e CAAE 69868617.3.0000.0003, no ano de 2017. As informações coletadas neste estudo têm garantia de confidencialidade dos pacientes e profissionais que trabalham na instituição, utilizadas única e exclusivamente para fins científicos.

RESULTADOS

No período estudado, houve 927 internações de mulheres por motivação obstétrica. Nove prontuários foram retirados da composição do estudo por estarem ilegíveis, totalizando uma amostra de 918 prontuários. Do total dos atendimentos, 181 internações configuraram CPAV materno, dos quais 59 corresponderam às CPAV no primeiro trimestre gestacional, 16 no segundo trimestre, 46 no terceiro trimestre e 9 mulheres em puerpério.

A Tabela 1 mostra que a maioria das mulheres estava na faixa entre 16 a 34 anos de idade (111/61,3%), a situação conjugal predominante foi união estável (110/60,8%).

Quanto ao quesito cor é importante destacar o número de informações suprimidas dos prontuários, em que as informações ignoradas obtiveram o maior percentual (78/43,1%). Em relação à procedência a maioria das mulheres não residia na sede urbana do município de Oiapoque (109/60,3%). No entanto, destaca-se o elevado número de mulheres indígenas (36/19,9%) que apresentaram CPAV. Prevaleram mulheres com nível de instrução fundamental (97/53,6%), sem renda ocupacional (53/29,2%).

Tabela 1. Caracterização das mulheres que apresentaram CPAV, segundo prontuários do HEO (2015-2016).

Variáveis	Frequência Total (n=181)	% CPAV total
Faixa etária		
Menores ou igual 15	09	5%
16 a 34 anos	111	61,3%
>35	60	33,1%
Ignorado	1	0,6%
Situação conjugal		
Casada	5	2,8%
Solteira	30	16,5%
União estável	110	60,8%
Ignorado	36	19,9%
Cor		
Branca	4	2,2%
Preta	6	3,3%
Parda	57	31,5%
Indígena	36	19,9%
Ignorado	78	43,1%
Procedência		
Sede do município	72	39,7%
Assentamento Rural	9	5%
Aldeia indígena	36	19,9%
Garimpo	9	5%
Trânsito	1	0,6%
Ignorado	54	29,8%
Escolaridade		
Nenhuma	6	3,3%
Fundamental	97	53,6%
Médio	24	13,2%
Superior completo	0	-
Superior incompleto	4	2,2%
Ignorado	50	27,6%
Ocupação		
Com renda	45	24,9%
Sem renda	53	29,2%
Ignorado	83	45,9%

Quanto aos dados obstétricos, as CPAV foram prevalentes no primeiro trimestre gestacional (59/32,6%), em mulheres multigestas (70/40,9%), sem histórico de aborto (58/32%), que não realizaram o pré-natal (16/8,8%). Das que realizaram pré-natal, prevaleceram mulheres que compareceram em um número menor que seis consultas (25/13,8%).

No entanto, é importante destacar que o número de consultas de pré-natal foi o indicador que apresentou a maior quantidade de dados ignorados (123/68%). No tocante ao tipo de parto, constatou-se que a maioria foi de parto vaginal (75/60%), e em relação ao número, foi de dados ignorados (76/42%), seguidas das primíparas (41/22,7%).

Tabela 2. Caracterização dos dados obstétricos de mulheres que apresentam CPAV (2015-2016).

Variável	Frequência	%
Momento da CPAV		
1º trimestre	59	32,6%
2º trimestre	16	8,8%
3º trimestre	46	25,4%
Puerpério	9	5%
Ignorado	51	28,2%
Tipo de parto (n=125)		
Vaginal	75	60%
Cesárea	50	40%
Ignorado	-	-
Gestações		
Nenhuma	31	17,1%
>1	74	40,9%
Ignorado	76	42%
Partos		
Nulípara	12	6,6%
Primípara	41	22,7%
Multípara	38	21%
Grande múltipara	14	7,7%
Ignorado	76	42%
Abortos		
Nenhuma	58	32%
>1	12	6,6%
>2	02	1,1%
>3	01	0,6%
Ignorado	108	59,7%
Pré-natal		
Não fez	16	8,8%
<6	25	13,8%
>6	17	9,4%
Ignorado	123	68%

As CPAV predominantes foram as síndromes hemorrágicas (51/28,2%) seguidas das síndromes hipertensivas (46/25,4%). Ainda neste contexto, entre os desfechos de CPAV, houve nove óbitos fetais no período de coorte e um óbito materno (1/0,6%) relacionado à infecção puerperal.

Quanto ao desfecho das CPAV, observa-se que

a infecção puerperal foi a única condição determinante para o óbito materno (1/0,6%). Entre os óbitos perinatais verificou-se relação com as infecções maternas (4/2,2%). Nesse estudo, identificou-se considerável percentual de abortos. Entretanto, a maioria configura como de origem não especificada (40/22,2%).

Tabela 3. Distribuição das CPAV por causas obstétricas (CID 10) e seus desfechos por tipo, no HEO (2015-2016). Oiapoque-AP.

Causa - CID 10	Frequência	%
CPAV por causas obstétricas indiretas		
Hipertensão preexistente (O10)	11	6%
Complicações no puerpério (O98-O99)	9	5%
Malária (O98.8)	3	1,7%
CPAV por causas obstétricas diretas		
Síndromes hipertensivas na gravidez (O11-O12-O13-O14-O15-O16)	46	25,4%
Infecção na gravidez e puerpério (O23-O85-O86-O90)	24	13,3%
Síndromes Hemorrágicas (O20-O06-O43-O44-O45-O72-O73-O75)	51	28,2%
Demais causas (O41-O64-O65-P08-P95)	37	20,4%
TOTAL	181	100%
Desfechos por tipo		
Desfecho Morte materna		
Morte materna por causa direta (O85)	1	0,6%
Desfecho Óbito perinatal		
Feto e recém-nascido afetados por doenças infecciosas e parasitárias da mãe (P00.2)	4	2,2%
Feto e recém-nascido afetados por transtornos maternos hipertensivos (P00.0)	1	0,6%
Feto e recém-nascido afetados por traumatismo materno (P00.5)	2	1,1%
Morte fetal de causa não especificada (P95)	2	1,1%
Desfecho Aborto		
Outras doenças infecciosas e parasitárias maternas complicando a gravidez, o parto e o puerpério (O98.8)	2	1,1%
Aborto não especificado (O06.4)	40	22,1%
Aborto por razões médicas e legais - incompleto, complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos (O04.4)	2	1,1%
Desfecho Transferência à Unidade de Tratamento Intensivo		
Placenta prévia (O44.1)	1	1,1%
Pré-eclâmpsia não especificada (O14)	1	1,1%
Altas	125	69%
Total	181	101*

*O desfecho de óbito perinatal não exclui outros desfechos maternos, desta forma, os dados referentes a desfechos podem apresentar percentual acima de 100.

DISCUSSÃO

Os fatores sociodemográficos podem influenciar de maneira direta os agravos maternos e neonatais, avaliar esses dados em conjunto com os fatores obstétrico e epidemiológico mostra-se necessário para análise das condições potencialmente ameaçadoras à vida no ciclo gravídico-puerperal.

Os extremos de idade relacionam-se com os riscos maternos tendo como consequências as complicações neonatais, destacando o parto pré-termo e o baixo peso ao nascer. Identificam-se ainda associações entre o perfil sociodemográfico com condições clínicas pré-existentes, antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas na gestação de alto risco⁽⁷⁻⁸⁾.

Além disso, destaca-se que a prevalência da MMG é alta entre mulheres que vivenciam contextos de vulnerabilidade e inversamente proporcional ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)^(1,9-10).

Evidências recentes em relação às iniquidades de raça/cor presentes nos processos de parto e nascimento demonstraram que as mulheres indígenas têm maior probabilidade de desenvolver MMG do que mulheres brancas e pretas no ciclo gravídico-puerperal⁽⁹⁻¹⁰⁾. O local de residência ou procedência e a peregrinação em busca de assistência hospitalar estão associados ao desenvolvimento de MMG em mulheres que residem na Amazônia Legal e no Nordeste brasileiro⁽¹⁰⁾.

Neste sentido, observa-se precária dimensão de acesso aos serviços de saúde, principalmente em locais distantes da zona urbana. Ademais, vale salientar que em muitos municípios da região norte considerados zona urbana, como Oiapoque, encontram-se distante da Unidade de Tratamento Intensivo mais próxima, que está localizada a 590 km, na capital Macapá-AP⁽¹¹⁾, com escassez de ambulâncias e acesso aéreo restrito.

No Brasil, um dos principais componentes relacionados aos atrasos é a demora para o encaminhamento a um serviço de saúde de maior complexidade^(1,12). A Rede Cegonha aborda esse componente como prioridade, o intuito é a mulher ser referenciada de forma rápida evitando peregrinação da mesma pela rede⁽¹³⁾.

Sabe-se que o intervalo entre o início das complicações obstétricas graves e a morte é

estimado de duas a seis horas para hemorragias pós-parto⁽¹⁾. Desta maneira, a literatura evidencia que instalações obstétricas não deveriam estar localizadas a mais de 20 km de centros com UTI e que maternidades menores deveriam ser evitadas por apresentarem piores desfechos perinatais⁽¹⁾. Assim, a faixa territorial e a extensa bacia hidrográfica amazônica, somadas à baixa densidade demográfica da região, tornam-se possíveis barreiras ao acesso adequado aos serviços, necessitando de estratégias que possibilitem o rápido acesso ao tratamento oportuno.

Outro componente destes atrasos e complicações verificados na literatura é a dificuldade de identificação e tomada de decisão para o tratamento adequado pelos profissionais de saúde quando estas mulheres conseguem alcançar o nível de complexidade de serviço compatível com o evento mórbido^(1,6,11-12).

Sobre este aspecto, a literatura tem constatado uma menor adequação e pior desempenho da cobertura e assistência pré-natal na Região Amazônica, visualizada pela adesão tardia, ausência de exames e pelo número de consultas inferior às seis preconizadas pelo Ministério da Saúde^(11,14). Além disto, observam-se estruturas dos serviços de saúde precárias, inadequação de recursos humanos e outras barreiras de acesso, seja pelas condições ambientais, financeiras ou pela desorganização dos serviços de saúde^(11,14).

No presente estudo, foram verificados ainda falhas e inadequações no preenchimento dos prontuários, com muitos dados ignorados. Os dados referentes à realização de pré-natal, antecedentes de abortos e ocupação laboral das mulheres foram ignorados de forma alarmante. Desta maneira, é urgente a necessidade de identificação dos fatores associados ao não preenchimento adequado das fichas de investigação, prontuários e outros documentos referentes a dados da paciente, visto que a informação acerca dos antecedentes sociais e epidemiológicos destas mulheres são de fundamental importância para gerar evidências e apoiar os processos de formulação de diretrizes e avaliação das políticas de saúde reprodutivas.

Os comitês locais de investigação de óbitos maternos são importantes iniciativas para identificação de fatores determinantes destas mortes⁽¹⁾. As equipes analíticas dos comitês

realizam trabalhos preventivos, com enfoque na educação continuada dos profissionais, na gestão e na integração entre os serviços⁽¹⁵⁾. No entanto, o estado do Amapá não possui comitê de investigação de óbito materno implementado.

No presente estudo, também foi verificado que as CPAV aconteceram principalmente no primeiro trimestre gestacional e a principal causa foi o abortamento. Abortamento inseguro é uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil⁽³⁾. A redução no número de abortos inseguros poderia ocorrer através da melhoria de acesso ao planejamento reprodutivo que atendessem às demandas pessoais, respeitando diferenças culturais e religiosas, aumentando o uso de métodos de ação prolongada⁽¹⁾, declínio da taxa de fecundidade e ampliação da jurisprudência em casos de abortos legais previstos por lei⁽¹⁾.

Verificou-se também que o percentual de cirurgias cesáreas foi maior que o recomendado pela OMS. Desde 1985, a OMS preconiza que cesáreas acima de 10 a 15% do total de partos realizados não possuem evidência de benefícios⁽¹⁶⁾. No entanto, neste estudo, pode-se ter visualizado um número elevado de cesáreas mediante os participantes serem mulheres que apresentaram CPAV, como também as CPAV podem estar relacionadas aos elevados números de cesáreas realizadas. O estudo das indicações de cesáreas na região deve ser aprofundado para melhor evidência sobre este aspecto.

As síndromes hemorrágicas e hipertensivas foram as principais CAPV identificadas. Estes distúrbios são as principais condições que contribuem para a MMG em países de baixa e média renda⁽¹⁾. Essas tendências convergem com a tendência de causas de mortalidade materna^(1,12), ressaltando a importância de estudos sobre a MMG.

Quanto aos desfechos, foi observado que, tanto para mortalidade materna, quanto para a mortalidade perinatal, prevaleceram as causas obstétricas diretas, com diagnósticos relacionados a síndromes hipertensivas, síndromes hemorrágicas e infecção durante o ciclo gravídico-puerperal⁽¹⁷⁻²⁰⁾. Em recente revisão sistemática da literatura, foi observado que mulheres de parto cesárea possuem três vezes maior chance de morte materna e de adquirirem infecção pós-parto⁽¹⁷⁾.

As mortes maternas por infecção ocorrem em

média em até seis dias⁽¹⁾ e a amniorrexe prematura está amplamente relacionada com a infecção pós-parto e infecção neonatal⁽²¹⁻²²⁾. Doenças hipertensivas, hemorrágicas e infecções têm sido relacionadas como fatores de risco para a mortalidade fetal e podem levar ao nascimento prematuro e mortalidade neonatal⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

Verifica-se ainda, em recente pesquisa no Reino Unido, que as análises de natimortos e óbitos neonatais descobriram que cerca de 80% destes óbitos poderiam ter sido evitados caso houvesse melhorias nos cuidados maternos⁽²²⁾. Desta forma, a diminuição de MMG evitáveis contribui não apenas à diminuição da morte materna, mas também pode contribuir à melhoria da qualidade de vida e à diminuição da mortalidade perinatal^(6,23).

Vale salientar que a segurança materna também é influenciada por fatores relacionados à estrutura física das maternidades, capacitação de recursos humanos, bem como os protocolos assistenciais, assim, reforça-se a importância de novos estudos que avaliem esses aspectos^(24,25).

Limitações: Foram verificados dados ignorados em vários aspectos do estudo acerca das mulheres que experimentaram CPAV, o que dificulta análises com razoável margem de segurança e comprometem a acurácia dos resultados encontrados, principalmente os dados referentes à realização do pré-natal, antecedentes de aborto e da ocupação laboral destas mulheres. Salienta-se que estudos retrospectivos têm limitações quanto a gerar evidências sobre causa-efeito.

No que se refere às contribuições para a enfermagem, destaca-se que os dados sinalizam para condições que devem ser manejadas durante a assistência pré-natal a fim de assegurar bons desfechos maternos e perinatais no contexto da Amazônia franco-brasileira e na região norte. Sendo assim, tornam-se imprescindíveis novos estudos que busquem avaliar a qualidade do cuidado prestado no pré-natal nessa região específica.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que as mulheres que apresentaram CPAV no referido hospital eram jovens, sendo a maioria com união estável, parda e indígenas, sem renda ocupacional.

Múltiparas foram prevalentes, além das complicações no primeiro trimestre gestacional.

O acesso ao pré-natal foi precário, algumas mulheres não realizaram pré-natal, outras realizaram um número insuficiente de consultas. Os dados referentes à realização de pré-natal, antecedentes de abortos e ocupação laboral das mulheres foram ignorados de forma alarmante. Salienta-se a importância da implementação de comitês locais de investigação de óbito materno e

da capacitação dos profissionais.

O parto vaginal foi prevalente; no entanto, a via cesárea apresentou incidência maior que a recomendada pela OMS. As principais CPAV foram as síndromes hemorrágicas, hipertensivas e infecção. Como desfecho das CPAV, foram observados alta hospitalar, aborto, encaminhamento à UTI, morte perinatal e morte materna.

POTENTIALLY LIFE-THREATENING CONDITIONS DETERMINANTS IN PREGNANCY-PUERPERAL CYCLE

ABSTRACT

Objective: To describe the main conditions potentially threatening the lives of women during the pregnancy and puerperal cycle and variables related to these diseases. **Method:** Documentary, descriptive and quantitative study, conducted with medical records of pregnant women, women giving birth and puerperal women hospitalized in a hospital of medium complexity, who presented Potentially Life Threatening Conditions (PLTC). Those with access unable to be *sob judice* were excluded. The sample was temporal and the analysis was univariate. **Results:** This includes 181 medical records. Most conditions occurred in women aged 16 to 34 years (61.3%), stable union (60.8%), brown (31.5%), without occupational income (29.2%), multiparous (28.87%), with complications in the first gestational trimester (32.6%). There was an insufficient number of consultations (13.8%), data regarding prenatal care ignored (68%). The main CPAV were hemorrhagic syndromes (28.2%), hypertensive (25.4%) and infection (13.3%). As an outcome, we observed a prevalence of unspecified miscarriage (22.1%), perinatal death from infectious and parasitic disease of the mother (2.2%). **Conclusion:** The main CPAV were hemorrhagic, hypertensive and infections syndromes. As an outcome, hospital discharge, miscarriage, ICU referral, perinatal death and maternal death were observed.

Keywords: Maternal Mortality. Maternal Health. Maternal Death. Pregnancy Complications. Obstetric Nursing.

CONDICIONES POTENCIALMENTE AMENAZANTES PARA LA VIDA EN EL CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL

RESUMEN

Objetivo: describir las principales condiciones potencialmente amenazantes para la vida de las mujeres durante el ciclo gravídico y puerperal, además de las variables relacionadas con estos agravios. **Método:** estudio del tipo documental, descriptivo y cuantitativo, realizado con registros médicos de gestantes, parturientes y puérperas internadas en hospital de mediana complejidad, que presentaron Condiciones Potencialmente Amenazantes a la Vida (CPAV). Se excluyeron los de acceso imposibilitado por estar bajo juicio. La muestra fue temporal y el análisis univariado. **Resultados:** se incluyen 181 registros médicos. La mayoría de las condiciones ocurrió en mujeres de 16 a 34 años de edad (61,3%), unión estable (60,8%), pardas (31,5%), sin ingreso ocupacional (29,2%), múltiples (28,87%), con complicaciones en el primer trimestre gestacional (32,6%). Se constató un número insuficiente de consultas (13,8 %), datos relativos al prenatal ignorados (68 %). Las principales CPAV fueron los trastornos hemorrágicos (28,2%), hipertensivos (25,4%) e infecciosos (13,3%). Como resultado, se observaron: prevalencia de aborto no especificado (22,1%), muerte perinatal por enfermedad infecciosa y parasitaria de la madre (2,2%). **Conclusión:** las principales CPAV fueron los trastornos hemorrágicos, hipertensivos e infecciones. Como resultado, se observó alta hospitalaria, aborto, referencia a la UCI, muerte perinatal y muerte materna.

Palabras clave: Mortalidad materna. Salud materna. Muerte materna. Complicaciones en el embarazo. Enfermería Obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Pacagnella RC, Nakamura-Pereira Ma, Gomes-Sponholz F, Aguiar RALP de, Guerra GVQL, Diniz CSG et al. Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2018; 40(9):501-506. Doi: <http://doi.org/10.1055/s-0038-1672181>.
2. United Nations. Sustainable Development Goals. New

York; 2017. Disponível em:

<http://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>

3. Ministério da Saúde. Mortalidade Materna no Brasil. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília; 2020. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/20/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa>

4. Silva JMP, Fonseca SC, Dias MAB, Izzo AS, Teixeira GP,

Belfort PP. Conceitos, prevalência e características da morbidade materna grave, near miss, no Brasil: revisão sistemática. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2018; 18(1): 7-35. Doi: <http://doi.org/10.1590/1806-93042018000100002>.

5. Pattinson R, Say L, Souza JP, Broek N, Rooney C. WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. WHO maternal death and near-miss classifications. *Bull World Health Organ.* 2009;87(10):734. Doi: <http://doi.org/10.2471/BLT.09.071001>.

6. Witteveen T, Bezstarosti H, Koning L, Nelissen E, Bloemenkamp KW, Van Roosmalen J et al. Validating the WHO maternal near miss tool: comparing high and low resource settings. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2020; 17(1). Doi: <http://doi.org/10.1186/s12884-017-1370-0>

7. Valoni GR, Ribeiro RS, Pelloso SM, Antunes MB. Association of sociodemographic and pathological factors with perinatal outcomes of pregnant women in southern Brazil. *Scientia Plena.* 2020;16(6): 1-9. Doi: [10.14808/sci.plena.2020.066001](http://doi.org/10.14808/sci.plena.2020.066001)

8. Antunes MB, Gravena AAF, Luz GS, Rissardo LK, Bolsoni LLM, Charlo PB, et al. Socio-demographic factors and risk conditions in pregnant women from a specialized outpatient clinic in southern Brazil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2020; 38:e1985. Doi: [10.25248/reas.e1985.2020](http://doi.org/10.25248/reas.e1985.2020)

9. Loureiro CM, Cataño CR, Torricelli L, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Sociodemographic and obstetric aspects of severe maternal morbidity. *Cienc. enferm.* 2017;23(2):21-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000200021>.

10. Fernandes KG, Souza RT, Leal MC, Moura EC, Santos LM, Cecatti JG. Ethnic differences in maternal near miss. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;29(6): 1063-1070. Doi: <http://doi.org/10.1007/s00404-017-4530-6>

11. Silva AC, Mendes LMC, Monteiro RS, Silva RA, Pinheiro AKB. Birth and childbirth on the French-Brazilian border: nurses' perceptions. *Cogitare enferm.* 2020; 25. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67820>

12. Franchi JVO, Pelloso SM, Ferrari RAP, Cardelli AAM. Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2020; 28: e3292. Doi: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.3470.3292>

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 [online]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

14. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(3). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X001958ce15>

15. Orlandi, M. H. F. Comitês de prevenção da mortalidade

materna e infantil no Paraná: estratégia de sucesso na vigilância da saúde de mulheres e crianças. *Ciência, Cuidado E Saúde.* 2008; 7(1). Doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v7i1.11379>

16. Martins ACS, Silva LS. Epidemiological profile of maternal mortality. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):677-83. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>

17. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Revista de Saúde Pública.* 2017;51(105):1-12. Doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000389>.

18. Silva EC, Silva NCDL, Silva AEG, Campos RLO, Santana MR, Café LA et al. Nurse's performance in preventing hypertensive syndromes in pregnancy within the basis of basic care. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2021; 13(2):e1985. Doi: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6448.2021>.

19. Sbardelotto T, Pitilin ÉB, Schirmer J, Lentsck MH, Silva DTR, Tombini LHT. Características definidoras e fatores associados à ocorrência das síndromes hipertensivas gestacionais. *Cogitare Enferm.* 2018;23(2): e53699. Doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v23i2.53699>

20. Teixeira LNA, Silveira AEL, Portela LP, Negreiros FS, Costa Júnior VA, Santos GGO et al. Prevention and management of postpartum hemorrhage: a review of the literature. *Brazilian Journal of Health Review.* 2021;4(3):10420-10431. Doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-066>

21. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med.* 2010;8(71). Doi: <http://doi.org/10.1186/1741-7015-8-71>

22. Goldenberg RL, McClure EM. Maternal, fetal and neonatal mortality: lessons learned from historical changes in high income countries and their potential application to low-income countries. *Matern Health Neonatol Perinatol.* 2015;1(3). Doi: <http://doi.org/10.1186/s40748-014-0004-z>

23. Draper E, Kurinczuk J, Kenyon S, et al. Term, singleton, intrapartum stillbirth and intrapartum-related neonatal death. *Leicester;* 2017. Disponível em: <http://www.npeu.ox.ac.uk>

24. Franchi JVO, Pelloso SM, Ferrari RAP, Cardelli AAM. A estrutura de maternidades como indicador de segurança materna. *Cienc Cuid Saude.* 2019;18(4) e45049. DOI: [10.4025/cienccuidsaude.v18i4.45049](https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i4.45049)

25. Tintori JA, Mendes LMC; Monteiro JCS, Gomes-sponholz F. Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 35, p. 01-10, 2022. DOI: [10.37689/acta-ape/2022AO00251](https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO00251)

Endereço para correspondência: Lise Maria Carvalho Mendes. Rodovia Juscelino Kubitschek km 02, Bairro Universidade 68903-436. E-mail: lisedemendes@gmail.com

Data de recebimento: 11/02/2021

Data de aprovação: 01/05/2022

Apoio financeiro

Fundação Universidade Federal do Amapá.