

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VICTORIA KAROLLINE SILVA RODRIGUES

Adesão a protocolos de manejo clínico e desfechos maternos e neonatais:
estudo observacional em hospital universitário

Uberlândia – MG

2026

VICTORIA KAROLLINE SILVA RODRIGUES

Adesão a protocolos de manejo clínico e desfechos maternos e neonatais:
estudo observacional em hospital universitário

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Uberlândia como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel e
Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Nadia Giaretta Biase

Coorientadora: Dra. Adriana Pereira Duarte

Uberlândia – MG

2026

VICTORIA KAROLLINE SILVA RODRIGUES

Adesão a protocolos de manejo clínico e desfechos maternos e neonatais:
estudo observacional em hospital universitário

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Uberlândia como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel e
Licenciado em Enfermagem.

Uberlândia, XX de XXXX de XXX.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Nadia Giaretta Biase – Doutora (IME–UFU)

Profa. Me. Renata Rodrigues Batista Carneiro – Mestre (FAMED-UFU)

Me. Priscila Antunes de Oliveira – Mestre (EBSERH-HC-UFU)

Dra. Adriana Pereira Duarte – Doutora (UFU)

Dedico este trabalho a minha mãe, Mafe e Yago, que acreditaram em mim mesmo quando eu duvidei, e cujo amor, paciência e apoio incondicional tornaram possível a minha total dedicação ao curso. que estiveram ao meu lado em cada etapa, oferecendo suporte, e amizade verdadeira nos momentos mais difíceis. E à minha família, que sempre me sustentou com fé e a certeza de que eu era capaz.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Adriana Pereira Duarte e Dra. Nádia Giaretta Biase, pela orientação segura, pela paciência e pela dedicação em cada etapa deste trabalho. Suas orientações não apenas enriqueceram esta pesquisa, mas também contribuíram de forma essencial para meu crescimento acadêmico e pessoal.

E ao Yago e Mafe, pelo apoio incondicional, pela força que me ofereceu nos momentos de dificuldade e pela presença constante que tornou possível a minha entrega e dedicação ao longo desta jornada. À minha mãe, e minha família. Sem vocês, este caminho teria sido muito mais difícil.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar as principais complicações obstétricas atendidas no Pronto-Socorro de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e avaliar a associação entre a adesão aos protocolos institucionais de manejo clínico e os desfechos maternos e neonatais. Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado entre janeiro e junho de 2024, incluindo 180 gestantes e puérperas com complicações obstétricas. Foram analisados variáveis sociodemográficas, antecedentes obstétricos, tipos de complicações, adesão aos protocolos e desfechos maternos e neonatais. A adesão foi classificada em quatro categorias (sim, não, parcial e sem informação), e aplicaram-se estatística descritiva, testes qui-quadrado ou exato de Fisher ($\alpha = 0,05$) e Análise de Correspondência Múltipla para explorar associações entre as variáveis. A amostra apresentou idade média de 28,3 anos, com predomínio das cores branca (49,4%) e parda (43,9%), maioria solteira (80,6%) e de baixa escolaridade. As complicações mais prevalentes foram diabetes gestacional (20,0%), hipertensão gestacional (15,0%) e infecção urinária (12,2%). Observou-se associação significativa entre a adesão aos protocolos institucionais e os desfechos maternos (Fisher $p = 0,006$) e neonatais (Fisher $p < 0,001$). Conclui-se que a adesão efetiva aos protocolos clínicos esteve relacionada a melhores resultados maternos e neonatais, reforçando a importância da padronização de condutas, da qualificação dos registros e da realização de estudos multicêntricos que consolidem a melhoria contínua da assistência obstétrica.

Palavras-chave: Centros de Emergência. Complicações na Gravidez. Mortalidade Materna. Protocolo Clínico.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the main obstetric complications treated at the Emergency Department of Gynecology and Obstetrics of the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlândia and to evaluate the association between adherence to institutional clinical management protocols and maternal and neonatal outcomes. This is an observational, retrospective, and descriptive study with a quantitative approach, conducted between January and June 2024, including 180 pregnant and postpartum women with obstetric complications. Sociodemographic variables, obstetric history, types of complications, adherence to protocols, and maternal and neonatal outcomes were analyzed. Adherence was classified into four categories (yes, no, partial, and no information), and descriptive statistics, chi-square or Fisher's exact tests ($\alpha = 0.05$), and Multiple Correspondence Analysis were applied to explore associations between variables. The sample had a mean age of 28.3 years, predominantly white (49.4%) and mixed-race (43.9%) women, mostly single (80.6%) and with low education levels. The most prevalent complications were gestational diabetes (20.0%), gestational hypertension (15.0%), and urinary tract infection (12.2%). A significant association was observed between adherence to clinical protocols and maternal (Fisher $p = 0.006$) and neonatal (Fisher $p < 0.001$) outcomes. It is concluded that effective adherence to clinical protocols, importance of standardized clinical practices, improved record quality, and multicenter studies aimed at enhancing obstetric care.

Keywords: Pregnancy Complications. Emergency Health Service. Clinical Protocols. Maternal Mortality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa fatorial da Análise de Correspondência Múltipla entre desfecho materno e variáveis significativas	19
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas das gestantes atendidas no PSGO do HC-UFU. Uberlândia (MG), Brasil, 2024 (n = 180).....	16
Tabela 2 – Frequência das complicações obstétricas. Uberlândia (MG), Brasil, 2024 (n = 180)	17
Tabela 3 – Associação entre adesão aos protocolos institucionais e desfechos maternos. Uberlândia (MG), Brasil, 2024 (n = 180).....	18
Tabela 4 – Associação entre adesão aos protocolos institucionais e desfechos neonatais. Uberlândia (MG), Brasil, 2024 (n = 180).....	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACM	Análise de Correspondência Múltipla
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PSGO	Pronto-socorro de Ginecologia e Obstetrícia
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SUS	Sistema Único de Saúde
UNDESA	Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais
UNFPA	Agência das Nações Unidas para a Saúde Sexual e Reprodutiva
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	METODOLOGIA.....	13
3	RESULTADOS	15
4	DISCUSSÃO.....	19
5	CONCLUSÃO.....	24
	REFERÊNCIAS.....	26
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	29

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é reconhecida como um dos principais indicadores da qualidade dos sistemas de saúde e do grau de equidade social em uma sociedade. Apesar de avanços expressivos nas últimas décadas, a morte de mulheres durante a gestação, o parto ou o puerpério ainda representa um desafio global persistente, especialmente em países de baixa e média renda. Segundo o relatório mais recente da Organização Mundial da Saúde (OMS) em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Agência das Nações Unidas para a Saúde Sexual e Reprodutiva (UNFPA), Banco Mundial e o Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais (UNDESA), foram registradas aproximadamente 260 mil mortes maternas em 2023, o que equivale a uma morte a cada dois minutos em nível global. Esse montante traduz-se em uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) global estimada em 197 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Embora represente uma redução de cerca de 40% em relação ao ano 2000 (443 mil óbitos), a velocidade da queda é insuficiente para que a comunidade internacional alcance a meta pactuada na Agenda 2030, que prevê reduzir a RMM para menos de 70 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2030 (OMS, 2025).

As desigualdades regionais reforçam a gravidade do problema, em 2023, a África Subsaariana concentrou cerca de 70% das mortes maternas, com uma RMM de 454 por 100 mil nascidos vivos, enquanto países de alta renda apresentaram taxas inferiores a 10. O risco de morte materna ao longo da vida evidencia o contraste: uma adolescente de 15 anos na África Ocidental tem probabilidade de 1 em 24 de morrer por causas maternas, contra 1 em dezenas de milhares em países desenvolvidos (OMS, 2025). As principais causas seguem ligadas a complicações obstétricas diretas, hemorragias, síndromes hipertensivas, infecções e abortos inseguros, além de causas indiretas relacionadas a doenças crônicas e infecciosas, todas consideradas em grande parte evitáveis com acesso oportuno e qualificado ao cuidado obstétrico (OMS, 2018, 2025).

No Brasil, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha ampliado de forma significativa a cobertura assistencial, a mortalidade materna persiste em patamares elevados (Brasil, 2023). Em 2020, a RMM foi de 107,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos, valor que, mesmo desconsiderando as mortes por COVID-19, se situou em 57,9. Esse patamar representa um desafio significativo, embora já esteja abaixo da meta global dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 (de < 70 óbitos), ele ainda está muito distante da meta para o Brasil, que é de 30 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2030 (ONU, 2015; Brasil, 2023). As principais causas permanecem similares ao perfil global, com predomínio de síndromes hipertensivas, hemorragias e infecções puerperais (Brasil, 2023). Para enfrentar esse

cenário, políticas públicas como a Rede Cegonha e a recém-criada Rede Alyne têm buscado garantir atenção obstétrica integral, segura e humanizada, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade (Brasil, 2011, 2024).

Entretanto, a efetivação de diretrizes e protocolos em serviços obstétricos de urgência enfrenta desafios concretos. Em Fortaleza, um estudo sobre a implementação de Protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco em emergência obstétrica demonstrou tempos de espera superiores ao recomendado e registros incompletos de dados essenciais, como sinais vitais e queixa principal, revelando fragilidades na aplicação prática das rotinas assistenciais (Brilhante *et al.*, 2016). Em escala nacional, a pesquisa “Nascer no Brasil II” evidenciou lacunas na estrutura e nos processos assistenciais das maternidades, bem como variações no conhecimento e nas práticas dos profissionais, refletindo heterogeneidade na adoção de protocolos clínicos (Leal *et al.*, 2024). Além disso, análises recentes destacam barreiras múltiplas, estruturais, culturais, de gestão e de recursos humanos, para a implementação de diretrizes nacionais do parto normal, indicando que os obstáculos encontrados em emergências obstétricas fazem parte de um problema sistêmico mais amplo nos serviços de saúde (Barreto, *et al.*, 2020).

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar as principais complicações obstétricas atendidas no Pronto-socorro de Ginecologia e Obstetrícia (PSGO) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) e avaliar a associação entre a adesão aos protocolos institucionais de manejo clínico e os desfechos maternos e neonatais. Adicionalmente, buscou-se caracterizar o perfil das pacientes, identificar fatores de risco associados a piores desfechos e discutir a qualidade dos registros clínicos, de modo a contribuir para a identificação de lacunas assistenciais e para o fortalecimento da qualidade do cuidado emergencial prestado às gestantes no SUS, em consonância com os esforços globais de redução da morbimortalidade materna.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, com enfoque quantitativo, realizado no PSGO do HC-UFU, unidade de referência para média e alta complexidade no Triângulo Mineiro.

A população-alvo compreendeu todas as gestantes e puérperas atendidas no PSGO entre 1º de janeiro e 30 de junho de 2024 (N = 337). Foram incluídas pacientes com idade ≥ 18 anos, que apresentaram alguma complicação obstétrica e cujos prontuários estavam completos. Excluíram-se pacientes sem complicações registradas, com prontuários incompletos ou

menores de 18 anos. Considerando o total de 337 atendimentos, calculou-se o tamanho amostral mínimo de 180 participantes (95% de confiança, erro de 5% e $p = q = 0,5$) (Fonseca; Martins, 2006).

As variáveis analisadas incluíram características sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil, cor/raça), antecedentes obstétricos, complicações durante a gestação e intercorrências intraparto, protocolos de manejo registrados e desfechos maternos e neonatais. Os dados foram extraídos de prontuários eletrônicos por meio de formulário padronizado. A coleta foi realizada por um único pesquisador, de forma manual e sistemática. Para reduzir erros de digitação, procedeu-se à dupla digitação das informações em planilha eletrônica, realizada pelo mesmo pesquisador, com conferência posterior das inconsistências. Casos com variáveis ausentes foram registrados como “sem informação” e incluídos nas análises de acordo com a disponibilidade dos dados, sendo indicado o número válido (n) em cada tabela ou teste estatístico.

A categorização da variável “adesão aos protocolos institucionais” foi realizada manualmente pelo pesquisador, com base nas condutas descritas em prontuário e na comparação com protocolos institucionais e recomendações internacionais disponíveis no UpToDate (UpToDate, 2025). A classificação foi feita em quatro categorias: sim (conduta compatível com protocolo), não (conduta divergente), parcial (quando parte das recomendações foi seguida) e sem informação (ausência de registro suficiente para avaliar).

A análise estatística foi realizada nos softwares Microsoft Excel e R. Avaliou-se a normalidade das variáveis contínuas pelo teste de Shapiro-Wilk. Variáveis quantitativas foram descritas por média, mediana, desvio-padrão e valores extremos; variáveis categóricas, em frequências absoluta, relativa e acumulada. Para verificar associações entre complicações, adesão a protocolos e desfechos maternos/neonatais, aplicou-se teste de qui-quadrado, quando a condição de frequência esperada mínima foi igual ou superior a cinco em cada célula (Pestana; Gageiro, 2014). Nos casos em que essa condição não for atendida, foi empregado o teste exato de Fisher, mais apropriado para amostras pequenas ou com distribuições assimétricas (Siegel; Castellan, 2006). Em ambos os casos, adotou-se o nível de significância de $\alpha = 0,05$.

Para explorar de forma mais abrangente as relações existentes entre múltiplas variáveis qualitativas, foi aplicada a Análise de Correspondência Múltipla (ACM). Essa técnica multivariada permite representar graficamente as associações e proximidades entre categorias de diferentes variáveis, facilitando a identificação de padrões e agrupamentos que não seriam facilmente perceptíveis por meio de análises bivariadas tradicionais (Hair *et al.*, 2009; Greenacre, 2017).

O gráfico resultante da ACM, denominado mapa perceptual ou biplot, apresenta as categorias das variáveis dispostas em um plano formado pelos dois primeiros eixos fatoriais, que explicam a maior parte da variabilidade conjunta entre as categorias. Quanto mais próximas estiverem as categorias no plano fatorial, maior é o grau de associação entre elas; em contrapartida, categorias localizadas em regiões opostas indicam baixa correspondência ou perfis distintos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia. Conforme a Resolução CNS nº 466/12, foi dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em razão do caráter retrospectivo, sendo garantida a confidencialidade e anonimização dos dados.

3 RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 180 gestantes e puérperas atendidas no PSGO do HC-UFU entre janeiro e junho de 2024. As principais características sociodemográficas e antropométricas estão apresentadas na Tabela 1. A idade média das participantes foi de 28,3 anos ($\pm 5,97$), com mediana de 28 anos e variação entre 18 e 45 anos. O peso médio foi de 82,1 kg ($\pm 18,4$), mediana de 79,1 kg e extremos de 45 a 144 kg, enquanto a altura média foi de 1,62 m ($\pm 0,05$), variando entre 1,50 m e 1,73 m. Quanto à raça/cor, predominaram mulheres autodeclaradas brancas (49,4%) e pardas (43,9%), seguidas por pretas (6,1%) e indígenas (0,6%). Em relação ao estado civil, a maioria era solteira (80,6%), havendo menor proporção de casadas (11,1%) e em união estável (7,8%). Sobre a escolaridade, observou-se elevada proporção de registros ignorados (50,6%); entre os dados disponíveis, destacaram-se ensino fundamental incompleto (14,4%), ensino médio completo (11,1%) e ensino fundamental completo (8,9%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das gestantes atendidas no PSGO do HC-UFU. Uberlândia (MG), Brasil, 2024 (n = 180)

		(Continua)
Variável	Estatística / n (%)	
Idade (anos)		
média $\pm$ desvio-padrão	28,3 $\pm$ 5,97	
mediana (mínimo-máximo)	28 (18–45)	
Peso (kg)		
média $\pm$ desvio-padrão	82,1 $\pm$ 18,4	
mediana (mínimo-máximo)	79,1 (45–144)	

Tabela 2 – Características sociodemográficas das gestantes atendidas no PSGO do HC-UFU. Uberlândia (MG), Brasil, 2024 (n = 180)

		(Conclusão)
Variável	Estatística / n (%)	
Altura (m)		
média ± desvio-padrão	1,62 ± 0,05	
mediana (mínimo-máximo)	1,61 (1,50–1,73)	
Raça/cor		
Branca	89 (49,4)	
Parda	79 (43,9)	
Preta	11 (6,1)	
Indígena	1 (0,6)	
Amarela	0 (0,0)	
Estado civil		
Solteira	145 (80,6)	
Casada	20 (11,1)	
União estável	14 (7,8)	
Divorciada	1 (0,6)	
Viúva	0 (0,0)	
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	26 (14,4)	
Ensino fundamental completo	16 (8,9)	
Ensino médio incompleto	6 (3,3)	
Ensino médio completo	20 (11,1)	
Ensino superior incompleto	9 (5,0)	
Ensino superior completo	8 (4,4)	
Sabe ler e escrever	3 (1,7)	
Analfabeta	1 (0,6)	
Ignorado	91 (50,6)	

Fonte: Dados da pesquisa.

As complicações obstétricas identificadas na amostra estão apresentadas na Tabela 2. As mais frequentes foram o diabetes mellitus gestacional (20,0%), seguido pela hipertensão gestacional sem proteinúria (15,0%), infecções do trato urinário (12,2%), hemorragia durante a gestação (11,7%) e pré-eclâmpsia (11,1%). Em menor proporção, observaram-se casos de gravidez ectópica (8,9%), aborto retido (6,1%) e aborto espontâneo (3,9%). Outras ocorrências menos prevalentes incluíram ruptura prematura de membranas (3,9%), hipertensão pré-existente (3,3%), trabalho de parto pré-termo (3,3%), sífilis (2,2%) e anemia (1,1%). Já os eventos mais raros registrados foram descolamento prematuro da placenta (0,6%) e gravidez ectópica rota (0,6%).

Tabela 3 – Frequência das complicações obstétricas. Uberlândia (MG), Brasil, 2024 (n = 180)

Complicação Obstétrica	n (%)
Diabetes mellitus gestacional	36 (20,00)
Hipertensão gestacional sem proteinúria	27 (15,00)
Infecções do trato urinário	22 (12,22)
Hemorragia durante a gestação	21 (11,67)
Pré-eclâmpsia	20 (11,11)
Gravidez ectópica	16 (8,89)
Aborto retido	11 (6,11)
Aborto espontâneo	7 (3,89)
Ruptura prematura das membranas	7 (3,89)
Hipertensão pré-existente	6 (3,33)
Trabalho de parto pré-termo	6 (3,33)
Sífilis	4 (2,22)
Anemia	2 (1,11)
Descolamento prematuro da placenta	1 (0,56)
Gravidez ectópica rota	1 (0,56)

Nota: As categorias não são mutuamente exclusivas; uma mesma paciente pode apresentar mais de uma complicação.

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 3 apresenta a associação entre o desfecho materno e a adesão aos protocolos clínicos, considerando os diferentes níveis de adesão (sim, não, parcial e sem informação), em uma amostra de 180 pacientes. A variável de adesão foi previamente categorizada com base na comparação das condutas descritas em prontuário frente a protocolos institucionais e recomendações internacionais. Entre aquelas que tiveram alta hospitalar sem complicações, predominou a adesão completa (70,8%), seguida pela adesão parcial (11,8%). Nos casos de complicações menores, observou-se maior frequência de adesão aos protocolos (95,2%). Já nos casos de internação prolongada (> 7 dias), as distribuições foram semelhantes entre adesão total (53,3%) e parcial (46,7%), sem registros no grupo “não aderiu”.

A associação entre desfecho materno e adesão aos protocolos foi estatisticamente significativa pelo teste Exato de Fisher ($p = 0,006$), rejeitando-se a hipótese nula de independência. A medida de associação de Cramer ($V = 0,247$) indica intensidade baixa a moderada da relação observada.

Tabela 4 – Associação entre adesão aos protocolos institucionais e desfechos maternos. Uberlândia (MG), Brasil, 2024 (n = 180)

					(Continua)
Desfecho materno	Sim n (%)	Não n (%)	Parcial n (%)	Sem informação n (%)	Total

Tabela 5 – Associação entre adesão aos protocolos institucionais e desfechos maternos. Uberlândia (MG), Brasil, 2024 (n = 180)

(Conclusão)

Desfecho materno	Sim n (%)	Não n (%)	Parcial n (%)	Sem informação n (%)	Total
Alta hospitalar sem complicação	102 (70,8)	20 (13,9)	17 (11,8)	5 (3,5)	144
Alta hospitalar com complicação menor	20 (95,2)	0 (0,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	21
Internação prolongada (> 7 dias)	8 (53,3)	0 (0,0)	7 (46,7)	0 (0,0)	15
Total	130 (72,2)	20 (11,1)	25 (13,9)	5 (2,8)	180

Nota: $\chi^2 = 21,883 \cdot df = 6 \cdot \text{Cramer's } V = 0,247 \cdot \text{Fisher's } p = 0,006$.

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 4 apresenta a associação entre desfechos neonatais e a adesão aos protocolos clínicos, categorizada em quatro níveis (sim, não, parcial e sem informação), conforme classificação previamente descrita. Entre os casos de aborto, 79,5% ocorreram em pacientes com adesão aos protocolos, enquanto os sobreviventes sem complicações corresponderam a 71,6% no grupo aderente e 95% no grupo sem adesão. Nos casos de adesão parcial, predominaram sobreviventes sem complicações (76%), seguidos por abortos (12%) e internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal (12%).

A análise estatística revelou associação significativa entre desfecho neonatal e adesão aos protocolos (Fisher $p < 0,001$), rejeitando-se a hipótese nula de independência. A medida de associação de Cramer ($V = 0,275$) indica intensidade moderada da relação observada.

Tabela 6 – Associação entre adesão aos protocolos institucionais e desfechos neonatais. Uberlândia (MG), Brasil, 2024 (n = 180)

Desfecho neonatal	Sim n (%)	Não n (%)	Parcial n (%)	Sem informação n (%)	Total
Aborto	31 (79,5)	0 (0,0)	3 (7,7)	5 (12,8)	39
Óbito neonatal	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1
Sobrevivente sem complicação	96 (71,6)	19 (14,2)	19 (14,2)	0 (0,0)	134
Sobrevivente com complicação grave	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2
Internado em UTI neonatal	1 (25,0)	0 (0,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	4
Total	130 (72,2)	20 (11,1)	25 (13,9)	5 (2,8)	180

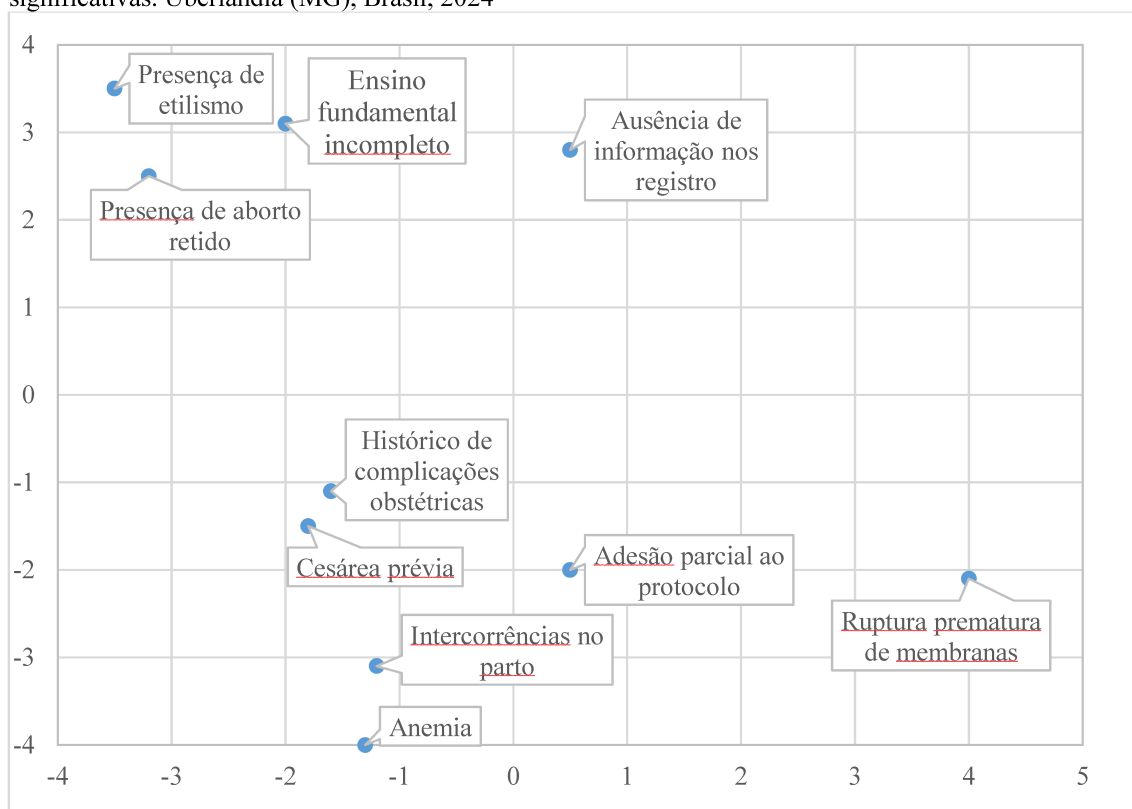
Nota: $\chi^2 = 40,852 \cdot df = 12 \cdot \text{Cramer's } V = 0,275 \cdot \text{Fisher's } p < 0,001$.

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 1 apresenta o mapa perceptual da ACM, realizada com as variáveis qualitativas que apresentaram significância estatística nas análises bivariadas. O gráfico permite identificar

agrupamentos e padrões de associação entre categorias. No quadrante superior esquerdo, observou-se proximidade entre etilismo, escolaridade baixa (ensino fundamental incompleto) e aborto retido, sugerindo um perfil de maior vulnerabilidade. Já no quadrante inferior esquerdo, intercorrências no parto e anemia apresentaram associação, além da presença de histórico de complicações obstétricas e cesárea prévia, compondo um conjunto de fatores relacionados a risco aumentado. Em contraste, no quadrante inferior direito, internação materna prolongada e ruptura prematura de membranas apareceram de forma isolada, indicando padrões menos integrados às demais variáveis. Por fim, categorias como adesão parcial ou ausência de informação nos registros se posicionaram em áreas periféricas do plano fatorial, refletindo heterogeneidade nos perfis analisados.

Figura 1 – Mapa perceptual da Análise de Correspondência Múltipla entre desfecho materno e variáveis significativas. Uberlândia (MG), Brasil, 2024



Fonte: Elaboração pelos autores.

4 DISCUSSÃO

A caracterização do perfil sociodemográfico das gestantes atendidas constitui um ponto central para compreender os resultados do presente estudo, uma vez que fatores individuais e contextuais influenciam diretamente a ocorrência de complicações obstétricas e seus desfechos. A amostra analisada revelou média de idade de 28,3 anos, faixa compatível com o pico da

fecundidade no Brasil (Leal *et al.*, 2014), mas que não afasta a relevância dos extremos etários, reconhecidos como associados a maior risco de morbidade e mortalidade materna (Silva *et al.*, 2023; OMS, 2025).

Em relação à variável raça/cor, observou-se predomínio de mulheres brancas e pardas, seguidas por pretas, perfil que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2023), reflete parcialmente a composição demográfica regional. No entanto, estudos nacionais têm demonstrado que mulheres pretas e pardas apresentam risco aumentado de morte materna e piores desfechos perinatais, mesmo após controle de fatores clínicos e socioeconômicos, evidenciando a influência persistente do racismo estrutural e institucional como determinante da saúde materna (Rezende *et al.*, 2021).

Em relação à variável estado civil, observou-se predomínio expressivo de mulheres solteiras, proporção superior à descrita em levantamentos nacionais. Embora não constitua fator clínico direto, a ausência de rede de apoio conjugal tem sido associada a menor adesão ao pré-natal, aumento do estresse psicossocial e maior vulnerabilidade frente às intercorrências gestacionais (Rezende *et al.*, 2021).

A escolaridade, por sua vez, apresentou elevada proporção de registros classificados como “sem informação”, o que limita análises mais detalhadas. Entre os dados disponíveis, predominou a baixa escolaridade, com destaque para ensino fundamental incompleto. Evidências nacionais e internacionais apontam a escolaridade como um determinante social fundamental, diretamente associado ao acesso e à qualidade do cuidado pré-natal, à adesão a protocolos clínicos e aos desfechos maternos e neonatais (Leal *et al.*, 2014; Mallmann *et al.*, 2018; Brasil, 2025). Nesse sentido, a baixa escolaridade configura-se como marcador de vulnerabilidade, reforçando a necessidade de estratégias de letramento em saúde e de comunicação acessível, bem como de articulação com a atenção básica para reduzir barreiras no cuidado (Mallmann *et al.*, 2018).

No presente estudo, as complicações obstétricas mais frequentes foram o diabetes mellitus gestacional, seguido pelas síndromes hipertensivas e pelas hemorragias durante a gestação. Esse achado merece destaque, uma vez que, em levantamentos nacionais e internacionais, os transtornos hipertensivos costumam figurar como a principal causa de morbidade grave e de mortalidade materna, superando outras condições (Leal *et al.*, 2024; Brasil, 2025). O predomínio do diabetes gestacional neste recorte sugere especificidades do perfil populacional atendido no serviço, podendo estar relacionado ao aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade em idade reprodutiva, já descrito no Brasil como fator de risco relevante (Leal *et al.*, 2024).

As síndromes hipertensivas, em especial a hipertensão gestacional e a pré-eclâmpsia, mantiveram-se entre as complicações mais prevalentes, em consonância com a literatura, que aponta esses distúrbios como responsáveis por cerca de 14% das mortes maternas no mundo. A presença expressiva desses quadros na amostra reforça a importância do rastreamento sistemático da pressão arterial e da proteinúria, bem como da adesão a protocolos clínicos de manejo imediato para prevenção de complicações graves, como eclâmpsia e síndrome HELLP (Brasil, 2025).

As hemorragias obstétricas, aqui observadas em proporção relevante, também configuram um problema de grande impacto em saúde pública, sendo responsáveis por até um terço das mortes maternas globalmente. O manejo rápido e protocolado desses casos é fundamental para reduzir a letalidade, especialmente em serviços de urgência que atendem gestantes em diferentes níveis de risco (Brasil, 2025).

Outro aspecto a ser considerado diz respeito às complicações infecciosas, como infecções do trato urinário e sífilis, identificadas em parte expressiva das pacientes. Embora nem sempre estejam entre as principais causas de morte materna, essas condições contribuem para a carga de morbidade e podem atuar como fatores agravantes em desfechos adversos, reforçando a necessidade de estratégias de rastreamento e tratamento oportuno durante o pré-natal e a internação hospitalar (Domingues *et al.*, 2014).

A adesão a protocolos institucionais de manejo clínico mostrou-se um fator determinante na evolução das pacientes, confirmando evidências de que a padronização das condutas pode reduzir complicações graves e aumentar a segurança materna. Neste estudo, identificou-se associação estatisticamente significativa entre a adesão aos protocolos e os desfechos maternos (teste Exato de Fisher, $p = 0,006$), com intensidade baixa a moderada (V de Cramer = 0,247). Esse achado reforça que, em serviços de pronto-atendimento obstétrico, a utilização consistente de rotinas assistenciais está diretamente relacionada a melhores resultados clínicos (Main *et al.*, 2017; Leal *et al.*, 2024).

Experiências documentadas em diferentes contextos demonstram impacto positivo da implementação estruturada de protocolos, especialmente no manejo de hemorragias obstétricas e transtornos hipertensivos da gestação (Leal *et al.*, 2024). Iniciativas estaduais nos Estados Unidos e no Brasil mostraram que o uso de protocolos assistenciais, que incluem treinamentos, listas de verificação, fluxos de resposta rápida e auditoria contínua, contribuiu para reduzir significativamente a morbidade materna grave (Main *et al.*, 2017; Lagrew *et al.*, 2022; Leal *et al.*, 2024). De modo semelhante, protocolos específicos para o controle da hipertensão na gestação, com metas de tempo-porta para administração de sulfato de magnésio e anti-

hipertensivos, têm sido associados à redução de casos de eclâmpsia e de complicações graves (Main *et al.*, 2017; OMS, 2018).

Do ponto de vista prático, os resultados aqui apresentados sustentam a necessidade de fortalecer a institucionalização de rotinas monitoráveis, como checklists por etapas críticas, indicadores sensíveis ao tempo (p. ex., tempo até administração de uterotônicos ou sulfato de magnésio) e simulações periódicas com auditoria e feedback. Essas medidas, alinhadas às recomendações internacionais da OMS, reduzem atrasos no reconhecimento e tratamento, diminuem a variabilidade entre profissionais e aumentam a confiabilidade do cuidado (OMS, 2016, 2018).

A análise dos desfechos neonatais evidenciou associação estatisticamente significativa entre a adesão aos protocolos institucionais e o prognóstico dos recém-nascidos (teste Exato de Fisher, $p < 0,001$; V de Cramer = 0,275), indicando que a padronização das condutas maternas se relaciona a melhores resultados perinatais imediatos. Evidências externas sustentam esse achado: a adoção de protocolos padronizados de indução/gestão do trabalho de parto esteve associada à redução de internações em UTI neonatal (>48 h) e de morbidade neonatal severa, sem aumento de morbidade materna (coorte prospectiva. Em escala populacional, um programa nacional de educação em vigilância fetal intraparto foi seguido por queda de morte hipóxica intraparto a termo e redução de encefalopatia hipóxico-isquêmica, além de melhora em Apgar de 5 minutos entre os admitidos à UTI neonatal (Levine *et al.*, 2021). Diretrizes internacionais reforçam que práticas assistenciais padronizadas e centradas em evidências no intraparto, reconhecimento oportuno de risco, monitorização sistemática e respostas em tempo hábil, são pilares para prevenir eventos neonatais evitáveis (p. ex., asfixia ao nascer, prematuridade iatrogênica e necessidade de UTI) (OMS, 2016, 2018).

No conjunto, a convergência entre o sinal observado neste estudo e a literatura indica que adesão consistente a protocolos contribui para reduzir variabilidade clínica, encurtar o tempo até intervenções críticas e qualificar a continuidade do cuidado materno-neonatal, elementos alinhados aos Padrões de Qualidade da OMS para melhorar resultados de mães e recém-nascido. Assim, a institucionalização de indicadores sensíveis ao tempo e o treinamento com simulações se configuram como estratégias plausíveis para ampliar a prevenção de complicações neonatais potencialmente evitáveis, especialmente em serviços de alta demanda (OMS, 2016; Levine *et al.*, 2021).

A análise dos fatores associados aos piores desfechos evidenciou a relevância de antecedentes obstétricos complicados, cesárea prévia, aborto retido, etilismo e baixa escolaridade. Esses achados dialogam com a literatura nacional e internacional, que aponta tais

condições como determinantes críticos para o aumento da morbimortalidade materna e neonatal (Leal *et al.*, 2014; Mallmann *et al.*, 2018; Levine *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2023).

Estudos multicêntricos no Brasil destacam que o histórico obstétrico complicado e a cesariana prévia elevam o risco de hemorragias, infecções e complicações durante o parto, configurando marcadores de vulnerabilidade que exigem acompanhamento diferenciado (Leal *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2023). O aborto retido, por sua vez, é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como condição de alto risco, associada a hemorragias e infecções graves quando não há manejo oportuno e adequado (OMS, 2022).

O etilismo materno também merece destaque, revisões sistemáticas demonstram associação consistente com maior risco de baixo peso ao nascer, prematuridade e complicações neonatais graves, em efeito dose-resposta (OMS, 2022). Já a baixa escolaridade, outro fator evidenciado neste estudo, é amplamente documentada como um dos determinantes sociais da saúde que compromete o acesso ao pré-natal, a adesão às orientações médicas e a capacidade de buscar serviços de urgência em tempo hábil (Mallmann *et al.*, 2018).

Essas evidências reforçam a necessidade de incorporar variáveis de risco, como histórico obstétrico, etilismo e escolaridade, em protocolos de triagem e estratificação em serviços de urgência, assegurando vigilância intensificada e fluxos assistenciais diferenciados para gestantes mais vulneráveis (Leal *et al.*, 2014; Mallmann *et al.*, 2018).

A análise dos registros clínicos revelou fragilidades relevantes, especialmente na variável escolaridade, em que mais da metade dos casos foi classificada como “ignorada”. Esse padrão compromete a precisão das estimativas, dificulta a análise de gradientes sociais e pode mascarar desigualdades reais entre as gestantes atendidas. Estudos nacionais já documentaram a baixa completude de informações socioeconômicas como fator limitante para a elaboração de indicadores robustos de saúde materna (Leal *et al.*, 2014; Mallmann *et al.*, 2018). Diretrizes metodológicas internacionais reforçam que dados faltantes em variáveis-chave reduzem a validade externa e a aplicabilidade das análises, constituindo um entrave para comparações entre serviços e contextos (Vandenbroucke *et al.*, 2007). Ademais, a OMS destaca a escolaridade como determinante social fundamental para os desfechos maternos e neonatais, reforçando a importância da coleta consistente dessa variável. Diante desse cenário, a padronização obrigatória do preenchimento de campos sociodemográficos, associada a treinamentos regulares da equipe e auditorias periódicas de prontuários, constitui medida essencial para garantir qualidade da informação em saúde e sustentar sistemas de vigilância e monitoramento confiáveis (OMS, 2025).

Os achados deste estudo reforçam que a adesão efetiva aos protocolos clínicos constitui um determinante central para a redução de complicações obstétricas e para a proteção do binômio mãe-bebê. A associação estatisticamente significativa entre a adesão e melhores desfechos maternos e neonatais confirma evidências da literatura internacional, que destacam a padronização de condutas como estratégia para reduzir atrasos críticos e evitar mortes evitáveis em cenários de hemorragia, hipertensão e sepse (Main *et al.*, 2017; Oladapo *et al.*, 2018; Lagrew *et al.*, 2022). Esses resultados também dialogam com diretrizes nacionais da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e com políticas públicas como a Rede Cegonha e a Rede Alyne, que preconizam a incorporação sistemática de protocolos clínicos nos serviços de saúde como requisito para assegurar qualidade, equidade e humanização do (Brasil, 2011, 2024; FEBRASGO, 2020).

No plano global, tais achados se alinham às metas do ODS 3, que estabelece a redução da razão de mortalidade materna para menos de 70 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2030 (ONU, 2015). A adoção sistemática de protocolos clínicos padronizados, acompanhada de monitoramento por indicadores de processo, constitui ferramenta essencial para acelerar o progresso rumo a esse compromisso internacional (Brasil, 2025). Assim, a experiência local do PSGO do HC-UFU, ainda que limitada em escopo, oferece uma evidência prática da relevância da adesão a protocolos institucionais para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica.

Como perspectivas de continuidade, destaca-se a necessidade de ampliar os estudos para delineamentos multicêntricos, capazes de oferecer maior poder estatístico e generalização dos achados, além de permitir comparações entre diferentes realidades assistenciais. Adicionalmente, urge o investimento em qualificação dos registros clínicos, garantindo a completude e padronização das variáveis sociodemográficas e assistenciais, o que viabiliza análises mais robustas e comparáveis. Por fim, a implementação de treinamentos periódicos com simulações realísticas interdisciplinares, aliada a auditorias rápidas de casos críticos, pode potencializar a efetividade dos protocolos, aumentando a prontidão das equipes frente às emergências obstétricas e consolidando um modelo de cuidado baseado em evidências.

5 CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que a adesão aos protocolos institucionais de manejo clínico esteve significativamente associada a melhores desfechos maternos e neonatais, reforçando seu papel estratégico na padronização das condutas em emergências obstétricas. A caracterização do perfil das pacientes e a identificação de fatores de risco, como antecedentes obstétricos

complicados, cesárea prévia, aborto retido, etilismo e baixa escolaridade, destacam a importância de sistemas de triagem que reconheçam vulnerabilidades precoces.

As fragilidades nos registros clínicos, como o elevado número de dados ignorados, evidenciam a necessidade de aprimorar a qualidade da informação em saúde, fundamental para análises robustas e comparações nacionais.

Em consonância com as políticas públicas nacionais e os compromissos globais da Agenda 2030, os achados apontam para a urgência de fortalecer protocolos clínicos, capacitar equipes multiprofissionais e implementar estratégias inovadoras, como simulações realísticas e auditorias rápidas de casos críticos. Estudos multicêntricos são recomendados para ampliar a generalização dos resultados e subsidiar políticas mais efetivas de redução da morbimortalidade materna e neonatal.

REFERÊNCIAS

BARRETO, J. O. M. et al. Barreiras e estratégias para implementação de Diretrizes Nacionais do Parto Normal no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, D.C., v. 44, e120, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.120>. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: mortalidade materna no Brasil entre 2009 e 2020**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no20/view>. Acesso em: 12 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Materna e Infantil (ReAMI) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e revogar a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 set. 2024. Seção 1, p. 125.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

BRILHANTE, A. V. M. et al. Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 17, n. 4, p. 569-575, jul./ago. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3240/324047429018/html/>. Acesso em: 12 set. 2025.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, out. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005114>. Acesso em: 15 set. 2025.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Protocolos assistenciais em obstetrícia**. São Paulo: FEBRASGO, 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/protocolos>. Acesso em: 12 maio 2025.

FONSECA, J. S.; MARTINS, G. A. Curso de estatística. 6. ed. São Paulo: **Atlas**, 2006.

GREENACRE, M. Correspondence Analysis in Practice. 3. ed. Boca Raton: **CRC Press**, 2017.

HAIR JR., J. F. et al. Análise multivariada de dados. 6. ed. Porto Alegre: **Bookman**, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2022: resultados preliminares**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15 set. 2025.

LAGREW, D. et al. Improving Health Care Response to Obstetric Hemorrhage. v. 3.0. Palo Alto, CA: **California Maternal Quality Care Collaborative**, 2022.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Acesso em: 14 set. 2025.

LEAL, M. C. et al. Nascer no Brasil II: Pesquisa Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, e00036223, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT036223>. Acesso em: 14 set. 2025.

LEVINE, L. D. et al. Evaluating the impact of a standardized induction protocol to reduce adverse perinatal outcomes: a prospective cohort study. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, Abingdon, v. 34, n. 19, p. 3200-3207, Oct. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1680629>. Acesso em: 15 set. 2025.

MAIN, E. K. et al. Reduction of severe maternal morbidity from hemorrhage using a state perinatal quality collaborative. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 216, n. 3, p. 298.e1-298.e11, Mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.01.017>. Acesso em: 15 set. 2025.

MALLMANN, M. B. et al. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 4, e2018022, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000400014>. Acesso em: 15 set. 2025.

OLADAPO, O. T. et al. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. **BJOG**, London, v. 125, n. 8, p. 918-922, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15237>. Acesso em: 16 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades**. Nova Iorque: ONU, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 15 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Abortion care guideline**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>. Acesso em: 16 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>. Acesso em: 16 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Trends in maternal mortality 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240108462>. Acesso em: 16 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em: 12 maio 2025.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. 6. ed. Lisboa: **Edições Sílabo**, 2014.

REZENDE, C. L. et al. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento de embarazadas de alto riesgo y riesgo habitual. **Diversitas: Perspectivas en Psicología**, v. 17, n. 1, e6542, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15332/22563067.6542>. Acesso em: 16 set. 2025.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, N. J. *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*. 2. ed. New York: **McGraw-Hill**, 2006.

SILVA, J. M. da P. et al. Factors associated with severe maternal, fetuses and neonates' outcomes in a university hospital in Rio de Janeiro State. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 23, e20210135, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000135>. Acesso em: 14 set. 2025.

UPTODATE. Waltham (MA): Wolters Kluwer Health. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 15 set. 2025.

VANDENBROUCKE, J. P. et al. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. **Epidemiology**, v. 18, n. 6, p. 805-835, Nov. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181577511>. Acesso em: 11 set. 2025.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS: ANÁLISE DAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES E DOS PROTOCOLOS DE MANEJO EM UM PRONTO-SOCORRO

Pesquisador: ADRIANA PEREIRA DUARTE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82535424.0.0000.5152

Instituição Proponente: HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.080.303

Apresentação do Projeto:

Este parecer trata-se da análise das respostas às pendências do referido projeto de pesquisa.

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos Informações Básicas da Pesquisa nº 2384826 e Projeto Detalhado (PROJETO_DETALHADO_ATUALIZADO.docx), postados em 10/09/2024.

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo identificar e analisar as principais complicações obstétricas atendidas no pronto-socorro de ginecologia e obstetrícia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). A pesquisa será conduzida através de um estudo observacional descritivo, utilizando dados de prontuários médicos e registros de atendimento de pacientes durante um período de seis meses. Serão mapeadas as complicações obstétricas mais frequentes e avaliados os protocolos de manejo adotados, com o intuito de identificar possíveis lacunas no atendimento. A relevância social e científica deste estudo reside na potencial melhoria do atendimento às gestantes, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade materna. Espera-se que os resultados obtenham dados valiosos sobre a frequência

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



Continuação do Parecer: 7.080.303

e o manejo das complicações obstétricas, além de propor melhorias nos protocolos adotados. A investigação não apresentará riscos para os pacientes e nem para os familiares considerando a não exposição da população estudada e o sigilo ético proposto pela Resolução CNS nº 466/12.

METODOLOGIA

(A) Pesquisa/Estudo - estudo observacional retrospectivo, descritivo, com enfoque quantitativo, por meio de consulta aos prontuários das gestantes e puérperas que foram atendidas no Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, entre 01 de janeiro de 2024 e 30 de junho de 2024.

(B) Tamanho da amostra - 377, em que o departamento de estatística do HC/UFU realizou um levantamento do número de gestantes/puérperas que apresentaram alguma intercorrência gestacional entre 01 de janeiro de 2024 e 30 de junho de 2024, totalizando 337 pacientes.

Diante deste quantitativo, o dimensionamento da amostra deve ser feito com base na metodologia que considera este tamanho populacional pequeno. Considerando que a população alvo é de 337 gestantes/puérperas com intercorrências, uma precisão amostral de 5% e um nível de confiança de 95%, o tamanho amostral mínimo, de acordo a metodologia sugerida por Fonseca e Martins (2006) é $n = 180$ participantes.

(C) Recrutamento e abordagem dos participantes - Os dados serão coletados nos prontuários das gestantes e puérperas que foram atendidas no Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

(D) Local e instrumento de coleta de dados / Experimento - Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, com preenchimento de instrumento de coleta preparado pelos pesquisadores.

(E) Metodologia de análise dos dados - Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, iniciará a primeira etapa de coleta de dados quantitativos por meio dos prontuários, onde serão levantados os dados sociodemográficos e epidemiológicos. Serão utilizados formulários padronizados para registrar informações sobre as

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



Continuação do Parecer: 7.080.303

complicações obstétricas e os protocolos de manejo adotados. Não haverá alocação em grupos, pois o estudo é observacional e descritivo. Todas as pacientes que atenderem aos critérios de inclusão serão analisadas. Os dados coletados serão analisados utilizando métodos estatísticos descritivos. O software Excel será utilizado para analisar a frequência das complicações obstétricas e a eficácia dos protocolos de manejo adotados. Para a análise descritiva, será utilizada a distribuição simples de frequências e percentuais para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média, mediana, moda), com desvio padrão para as variáveis quantitativas. Os resultados serão comparados com a literatura existente para identificar possíveis melhorias nos protocolos de manejo.

(F) Desfecho Primário e Secundário - Identificação das complicações obstétricas mais comuns atendidas no pronto-socorro, uma avaliação detalhada dos protocolos de manejo adotados e recomendações para melhorias nesses protocolos, baseadas nas lacunas identificadas. Identificar lacunas nos protocolos de manejo e propor melhorias baseadas em evidências científicas. Isso pode levar a um atendimento mais seguro e eficaz, reduzindo os riscos de complicações graves e melhorando os desfechos maternos e neonatais.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO - Gestantes/puérperas que apresentaram algumas complicações obstétricas; Gestantes/puérperas que estão com prontuários completos; Gestantes/puérperas acima de 18 anos.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO - Gestantes/puérperas que não apresentem complicações obstétricas, Gestantes/puérperas com prontuários incompletos; Gestantes/puérperas menor de 18 anos.

CRONOGRAMA - Etapa de coleta de dados de 01/11/2024 a 31/01/2025.

ORÇAMENTO - Financiamento próprio R\$ 5.800,00.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO - analisar as principais complicações obstétricas atendidas no pronto-socorro ginecológico e obstétrico e avaliar os protocolos de manejo adotados no período de 01 de janeiro de 2024 a 30 de junho de 2024.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



Continuação do Parecer: 7.080.303

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS - Identificar e categorizar as principais complicações obstétricas; avaliar os protocolos de manejo adotados; verificar os procedimentos e condutas utilizados no manejo das complicações obstétricas; publicar os achados do estudo em revistas científicas e apresentá-los em conferências; detectar possíveis lacunas no atendimento utilizando os protocolos de manejo; propor melhorias baseadas em evidências científicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS - Os riscos aos participantes incluem a possibilidade de violação da privacidade e confidencialidade das informações médicas. Para proteger as participantes e minimizar os riscos, todas as informações coletadas serão anonimizadas, garantindo a privacidade. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade para garantir que todos os aspectos éticos sejam rigorosamente seguidos. Essas medidas visam proteger as participantes e garantir que os benefícios superem os possíveis inconvenientes.

BENEFÍCIOS - Os benefícios incluem a melhoria no atendimento, pois a análise dos dados pode levar à otimização dos protocolos de manejo, resultando em um atendimento mais eficiente e seguro para futuras pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências listadas no Parecer Consubstanciado nº 7.061.436, de 09 de setembro de 2024, e atendidas, seguem abaixo, bem como a resposta da equipe de pesquisa e a análise feita pelo CEP/UFU.

Pendência 1 - Contato com as participantes:

Pendência 1.1 - Em riscos foi apresentado que poderá ocorrer [...] desconforto psicológico ao relembrar complicações obstétricas vivenciadas [...]. O CEP/UFU solicita esclarecimentos do contato com as participantes do estudo a fim de obter/relembrar as ocorrências descritas. Se necessário, adequar no Formulário Plataforma Brasil e no Projeto Detalhado.

Pendência 1.2 - O CEP/UFU entende que havendo o contato com as participantes, a obtenção de autorização por meio do TCLE é viável.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica			
Bairro: Santa Mônica		CEP: 38.408-144	
UF: MG	Município: UBERLÂNDIA		
Telefone: (34)3239-4131	Fax: (34)3239-4131	E-mail: cep@propp.ufu.br	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



Continuação do Parecer: 7.080.303

RESPOSTA - Realizado o ajuste do texto realçado em vermelho (pág. 8), retiramos o trecho [...] desconforto psicológico ao relembrar complicações obstétricas vivenciadas [...]. Não haverá contato com as participantes.

ANÁLISE DO CEP/UFU - Pendência atendida.

Pendência 2 - O CEP/UFU solicita esclarecimentos de como será obtida informações como escolaridade e renda familiar, como consta no instrumento de coleta (INSTRUMENTO_COLETA.docx), pois tais informações geralmente não são obtidas em um contexto clínico ou de saúde, como em prontuários médicos.

RESPOSTA - Retiramos do instrumento de coleta as questões 2. Escolaridade e 4. Renda familiar em relação aos dados demográficos. Ressaltamos que utilizaremos apenas prontuários médicos para coleta de dados.

ANÁLISE DO CEP/UFU - Pendência atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2384826.pdf
- INSTRUMENTO_COLETA_ATUALIZADO.docx
- PROJETO_DETALHADO_ATUALIZADO.docx
- PENDENCIAS.docx
- TERMO_EQUIPE.pdf
- LATTES_EQUIPE_EXECUTORA.docx
- FOLHA_DE_ROSTO.pdf
- CARTa_UGPESQ.pdf
- TERMO_DE_ANUENCIA_UNIDADE_SETO_AREA.pdf - DISPENSA_DE_TCLE.docx

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA



Continuação do Parecer: 7.080.303

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no Parecer Consubstanciado nº 7.061.436, de 09 de setembro de 2024, foram atendidas. Portanto, nessa versão o CEP/UFU não encontrou nenhum óbice ético.

De acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466/12, CNS nº 510/16 e suas complementares, o CEP/UFU manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Prazo para a entrega do Relatório Final ao CEP/UFU: AGOSTO/2025.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DE PESQUISA DEVE SER INFORMADA, IMEDIATAMENTE, AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE ÉTICA.

O CEP/UFU alerta que:

- a) Segundo as Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16, o pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- b) O CEP/UFU poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto;
- c) A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento às Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16 e suas complementares, não implicando na qualidade científica da pesquisa.

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR:

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA



Continuação do Parecer: 7.080.303

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no Parecer Consubstanciado nº 7.061.436, de 09 de setembro de 2024, foram atendidas. Portanto, nessa versão o CEP/UFU não encontrou nenhum óbice ético.

De acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466/12, CNS nº 510/16 e suas complementares, o CEP/UFU manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Prazo para a entrega do Relatório Final ao CEP/UFU: AGOSTO/2025.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DE PESQUISA DEVE SER INFORMADA, IMEDIATAMENTE, AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE ÉTICA.

O CEP/UFU alerta que:

- a) Segundo as Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16, o pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- b) O CEP/UFU poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto;
- c) A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento às Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16 e suas complementares, não implicando na qualidade científica da pesquisa.

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR:

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA**



Continuação do Parecer: 7.080.303

consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo (Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, na íntegra, por ele assinado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado pelo CEP/UFU e descontinuar o estudo após a análise, pelo CEP que aprovou o protocolo (Resolução CNS nº 466/12), das razões e dos motivos para a descontinuidade, aguardando a emissão do parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Resolução CNS nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro); e enviar a notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apresentando o seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, destacando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. No caso de projetos do Grupo I ou II, apresentados à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador também deve informá-la, enviando o parecer aprobatório do CEP, para ser anexado ao protocolo inicial (Resolução nº 251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2384826.pdf	10/09/2024 16:42:27		Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA_ATUALIZADO.docx	10/09/2024 16:39:16	VICTORIA KAROLINE SILVA RODRIGUES	Aceito
Outros	PROJETO_DETALHADO_ATUALIZADO.docx	10/09/2024 16:38:52	VICTORIA KAROLINE SILVA RODRIGUES	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA**



Continuação do Parecer: 7.080.303

Outros	PENDENCIAS.docx	10/09/2024 16:38:23	VICTORIA KAROLINE SILVA RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	22/08/2024 01:36:34	VICTORIA KAROLINE SILVA RODRIGUES	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA.docx	22/08/2024 01:33:03	VICTORIA KAROLINE SILVA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_EQUIPE.pdf	22/08/2024 01:32:14	VICTORIA KAROLINE SILVA RODRIGUES	Aceito
Outros	LATTES_EQUIPE_EXECUTORA.docx	22/08/2024 00:46:42	VICTORIA KAROLINE SILVA RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	22/08/2024 00:42:46	VICTORIA KAROLINE SILVA RODRIGUES	Aceito
Outros	CARTa_UGPESQ.pdf	18/07/2024 13:01:26	ADRIANA PEREIRA DUARTE	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA_UNIDADE_S ETO_AREA.pdf	18/07/2024 12:57:22	ADRIANA PEREIRA DUARTE	Aceito
Outros	DISPENSA_DE_TCLE.docx	17/07/2024 06:43:28	ADRIANA PEREIRA DUARTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 16 de Setembro de 2024

Assinado por:

ALEANDRA DA SILVA FIGUEIRA SAMPAIO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br