

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-
FACENE/RN

GILSILENE MARTINS DE OLIVEIRA

**URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS ATENDIDAS PELO SAMU- 192
DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN: UM OLHAR DA ENFERMAGEM**

MOSSORÓ
2013

GILSILENE MARTINS DE OLIVEIRA

**URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS ATENDIDAS PELO SAMU- 192
DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN: UM OLHAR DA ENFERMAGEM.**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE-RN, como exigência parcial para o título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. Esp. Raquel Mirtes Pereira da Silva.

MOSSORÓ
2013

GILSILENE MARTINS DE OLIVEIRA

**URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS ATENDIDAS PELO SAMU- 192
DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN: UM OLHAR DA ENFERMAGEM.**

Monografia apresentado pela aluna Gilsilene Martins de Oliveira, do Curso de Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelas professoras:

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Esp. Raquel Mirtes Pereira da Silva (FACENE/RN)
ORIENTADORA

Prof. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof.^a. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)
MEMBRO

Dedico este trabalho primeiramente à Deus por estar sempre comigo, me guiando e iluminando meus caminhos, e em segundo ao meu filho e a minha família, que têm me dado força. Em especial minha irmã Matilde Maria de Oliveira, que muito contribuiu para minha formação acadêmica e pessoal.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus por este sempre presente em minha vida. Eu sempre acreditei que o impossível sempre será possível a quem realmente confia no senhor. Que o curso da vida é formado pela transposição de obstáculos que somos desafiados a vencer, a coragem é necessária assim como os olhos bem abertos para enxergarmos a vida como ela realmente é.

Eu sempre acreditei que Deus é fiel com aqueles que nele creem. Quero agradecer ao Senhor por todas as minhas conquistas, pois sem as suas bênçãos eu não poderia alcançar esta vitória. E agradecer também por todas as pessoas que o Senhor me enviou as quais me ensinaram muito no decorrer da minha formação.

E que eu possa sempre ouvir alguém que necessita de atenção. Aprendi que devemos sempre construir nossos caminhos, às vezes, pensamos o quanto é difícil para chegar até aqui. Em alguns momentos eu não acreditava que tinha condições física, mental e financeira para concluir o curso.

É assim que acontece em minha vida, nunca sabendo o que Deus tem pra me dar, mas sempre confiando que ele conhece nossos medos, angústias e necessidades.

Agradeço a Deus por chegar ao final de uma realização de um sonho que tanto desejava concretizar. Meu imenso agradecimento, Senhor.

Muito obrigada a toda família FACENE, aos funcionários, enfim pela paciência que todos ali tiveram comigo, que Deus dê em dobro as vitórias a todos que ali torciam por mim.

A meus irmãos, Meirinalva, Meiriangela, Miranda, Maeli e Júnior, em especial a Matilde que me deu sempre força para continuar estudando, cuidando do meu filho DAVI, que foi um dos maiores motivos para continuar essa jornada tão difícil, acreditando em um futuro melhor. Tive momentos muito conturbados, como doenças na família, mas estou com a vitória nas mãos, que até aqui estão todos com vida e saúde. OBRIGADA, DEUS!

A minha Mãe Maria do Nascimento (nenê) meu muito obrigada pela vida. A minha amiga Magdalena, que eu conheci no período acadêmico, obrigada pela força, sempre acreditando na minha conquista. Que você continue sempre assim especial. A minha orientadora, Raquel, por ter me proporcionado grande

aprendizado, coragem, e confiança de que eu conseguiria chegar até aqui. Obrigada, Raquelzinha.

Às professoras, Patrícia Helena e Karla Simões Cataxo por confiar na minha capacidade, fazer críticas construtivas, elogios, opiniões, que vocês possam permanecer com este carinho e respeito ao ser humano. MEU MUITO OBRIGADA.

Em especial ao meu filho Davi de Oliveira. Filho é presente de DEUS e promessa divina. É um ser que nós amamos muito: eu te amo, obrigada, Senhor DEUS, pela graça alcançada!

Para finalizar, uma passagem da bíblia para a reflexão:

Os que confiam no senhor são como os montes de Sião não se abalam mas permanece para sempre.

*Esperai com paciência no Senhor,
e ele se inclinou para mim e ouviu o meu clamor.*
SALMO, 40:1

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo geral conhecer, no olhar da enfermagem, as urgências e emergências obstétricas atendidas pelo samu-192 do município de Mossoro-RN. E objetivos específicos; caracterizar a situação profissional da equipe de enfermagem do SAMU 192 de Mossoró-RN, identificar as principais urgências e emergências obstétricas atendidas pelo SAMU Mossoró, descrever as condutas de enfermagem frente às urgências obstétricas, e identificar as principais dificuldades vivenciadas nesse atendimento pela equipe de enfermagem. O estudo é caracterizado como uma pesquisa descritiva e exploratória, de natureza qualitativa, realizada na sede do SAMU do município de Mossoró-RN . A população foi composta por enfermeiros que atuam no SAMU com uma amostra de 6 enfermeiros. Para obtenção dos dados da pesquisa foi utilizado um questionário no qual as entrevistas foram realizadas após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Os dados quantitativos foram representados por gráficos. Quanto ao perfil dos enfermeiros, foi constatado que 67% dos sujeitos envolvidos na pesquisa são do sexo feminino e apenas 33% são do sexo masculino. Em relação ao estado civil, 50% pertencem ao grupo dos solteiros e 50% são casados. Dos entrevistados apenas 1 não possui especialização, percebeu-se que 83% dos entrevistados têm entre 1 a 10 anos de formação e 17% têm entre 11 a 20 anos de formação. Ao longo da pesquisa identificou-se que as principais intercorrências obstétricas durante o atendimento pré-hospitalar foram: pré-eclampsia, hipertensão, abortamento, durante gestação e atendimento ao parto e outros. Os principais desafios relatados e apresentados pelos participantes foram; a falta de vivência maior, falta de espaço na viatura e referência para o atendimento à mulher. Faz-se necessário ainda o fortalecimento da educação permanente nos serviços de saúde, no sentido de melhorar o atendimento às gestantes com conhecimento adequado melhorando a qualidade da assistência desempenhada.

Palavras-chave: Atendimento pré-hospitalar. Enfermagem. Gestantes

ABSTRACT

This study aimed to meet the gaze of the nursing and emergency obstetric emergencies attended by 192 of the SAMU-Mossoró-RN. And specific objectives characterize the nursing staff by 192 of the SAMU-Mossoró-RN. Identify the major obstetrical urgencies and emergencies attended by SAMU- Mossoró-RN. Describe the nursing plan to obstetric emergencies. Identify the major difficulties experienced in care by the nursing staff. The study is characterized as a descriptive and exploratory, qualitative, held at the SAMU- Mossoró-RN. The population consisted of nurses working in the SAMU with a sample of six nurses. To obtain the results of the survey was used, where the interviews were conducted after the ordeal of the Project by the Ethics and Research. The quantitative results were represented by graphs. As the profile of nurses, it was found that 67% of the subjects involved in the study were female and only 33% are male. Regarding marital status, 50% belong to the group of singles and 50% are married. Only one of the respondents do not have expertise, it was noticed that 83% of respondents have between 1-10 years of training and 17% of these are between 11-20 years of training. Throughout the research identified that the main obstetric complications during prehospital care were: pre-eclampsia, hypertension, spontaneous abortion, during pregnancy and childbirth care and others. The main challenges reported by participants were presented and the lack of greater experience, lack of space in the vehicle and reference service for the woman. It is necessary to further the continuing education in health services, in order to improve care for pregnant- women with adequate knowledge to the quality of care performed.

Keywords: Prehospital care. Nursing. Pregnant.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 HIPÓTESE	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 AS ALTERAÇÕES ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS DA MULHER NO PERÍODO GRAVÍDICO	14
3.2 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS.....	17
3.3 HISTÓRICOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	20
3.4 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NAS URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS.	21
4 METODOLOGIA	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	24
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	25
4.5 COLETA DE DADOS	25
4.6 ANÁLISE DE DADOS.....	26
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
4.8 FINANCIAMENTO.....	26
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	28
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À DISTRIBUIÇÃO DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL.....	28
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO AS PRINCIPAIS URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS ATENDIDAS PELO SAMU MOSSORÓ	29
5.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À CONDUTA DO ATENDIMENTO EM URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS	30
5.4 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO ÀS PRINCIPAIS DIFICULDA- DES VIVENCIADAS NAS INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS.....	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	40
ANEXO	44

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um estado de desenvolvimento fisiológico normal de um embrião ou feto dentro do corpo feminino, por isso, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. As observações clínicas e as estatísticas demonstram que cerca de 90% das gestações começam, evoluem e terminam sem complicações, estas são as gestações de baixo risco. Outras, contudo, já se iniciam com problemas ou estes surgem durante o seu transcurso e apresentam maior probabilidade de terem desfechos desfavoráveis, quer para o feto, quer para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de gestantes de alto risco (FREITAS, 2006).

Para Smeltzer e Bare (2009), as patologias que mais acometem as gestantes geralmente produzem manifestações clinicamente detectáveis no decurso da gestação, porém, habitualmente os sinais e sintomas aparecem apenas no último trimestre da prenhez quando as alterações patológicas encontram-se num estágio avançado, determinando condições ameaçadoras à vida da mãe e/ou do concepto, expondo as gestantes desprovidas de assistência especializada a situações de urgências/emergências obstétricas, exigindo intervenções imediatas e em alguns casos até mesmo a interrupção da gravidez.

Romani et al. (2009) relatam por urgência a ocorrência de agravos à saúde, com risco real e iminente à vida, cujo portador necessita de intervenção rápida e efetiva, estabelecida por critérios médicos previamente definidos, mediante procedimentos de proteção, ajuda e manutenção ou recuperação das funções vitais acometidas; emergência é definida como a ocorrência imprevista, com risco potencial à vida, cujo portador necessita de esclarecimento se há agravos à saúde, ou providência de condições que favoreçam a melhor assistência médica.

Rezende Filho (2008) afirma que as urgências obstétricas são situações que põem em risco a vida da grávida cuja resolução exige uma resposta imediata por toda equipe da saúde.

Entre as principais urgências obstétricas destacam-se a Hipertensão Arterial, Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia e Rotura Uterina.

A Pré-Eclâmpsia é uma síndrome hipertensiva que pode gerar complicações no decorrer da gravidez, manifesta-se após a 20ª semana de gestação e é definida como a presença de hipertensão arterial e proteinúria significativa. A síndrome de

HELLP é uma das formas clínicas da pré-eclâmpsia grave, sendo a causa frequente de mortalidade materna (FREITAS, 2006)

A eclâmpsia é caracterizada como uma complicação da gravidez relacionada por convulsões seguidas de um estado comatoso. As convulsões podem aparecer antes (3 últimos meses), durante ou depois do parto, embora já tenha ocorrido casos de eclâmpsia com somente 20 semanas de gravidez. Sinais do eclampismo: aumento da albuminúria, cefaleias persistentes, hipertensão arterial, edemas, oligúria, vertigens, zumbidos, fadiga, sonolência e vômitos, sendo esta a principal causa de morte materna com incidência de até 14% do total de casos (REZENDE FILHO, 2008)

A hipertensão arterial gestacional é considerada uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal, com incidência em 6% a 30% das gestantes, e resulta em alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal (REZENDE FILHO, 2008).

A Rotura uterina trata-se da rotura completa ou incompleta da parede uterina, ocorre no período das primeiras semanas da gravidez, na 28ª semana gestacional e durante o trabalho de parto, precedida, em sua maioria, por quadro clínico de iminência de rotura uterina, o que facilita sua prevenção. Por esta razão, a sua frequência representa um indicador da qualidade da assistência obstétrica dos Serviços da saúde prestada a essas gestantes. (FREITAS, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, os Estados e municípios devem dispor de centrais de regulações e rede de saúde organizada voltada para a atenção qualificada às gestantes, garantia de vínculo entre as unidades que prestam o atendimento pré-natal e as maternidades/hospitais, assim como transferência da gestante até uma unidade que tenha vaga assegurada, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU, este consiste em assistência pré-hospitalar móvel, ou seja, realizada nas residências, locais de trabalho e vias públicas, tendo como foco principal o atendimento em situações de urgência/emergência obstétrica. (BRASIL, 2003)

Sabendo da importância de uma equipe pré-hospitalar bem qualificada para atender essa demanda surge o seguinte questionamento: Quais as principais urgências obstétricas atendidas pelo SAMU 192 no município de Mossoró-RN?

O interesse pela pesquisa surgiu a partir da prática acadêmica nas disciplinas de Enfermagem em obstétrica e Enfermagem neonatal. Ao ser acompanhada nas

atividades práticas integradoras, observou-se que muitas parturientes davam entrada no serviço de saúde em situações de urgência e eram transportadas pelo SAMU, como também, percebeu-se o envolvimento pouco expressivo das enfermeiras na assistência à parturiente . Surgiu também o interesse em agravídico, visto que a identificação desses fatores e a formulação de dados estatísticos contribuiriam para uma melhor visualização do panorama atual e serviriam de alerta para a intensificação de trabalhos de educação em saúde com essas gestantes, e conseqüentemente para a redução das complicações gestacionais evitáveis.

1.1 HIPÓTESE

Parte-se do pressuposto de que as principais urgências obstétricas atendidas pelo SAMU 192 no município de Mossoró-RN são; hipertensão arterial, eclampsia, pré-eclâmpsia, síndrome de HELLP e rotura utrina.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer no olhar da enfermagem as urgências e emergências obstétricas atendidas pelo samu-192 do município de Mossoro-RN

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a situação profissional da equipe de enfermagem do SAMU 192 de Mossoró;
- Identificar as principais urgências e emergências obstétricas atendidas pelo SAMU Mossoró;
- Descrever as condutas de enfermagem frente às urgências obstétricas;
- Identificar as principais dificuldades vivenciadas nesse atendimento pela equipe de equipe de enfermagem.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 AS ALTERAÇÕES ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS DA MULHER NO PERÍODO GRAVÍDICO.

Segundo Rezende Filho (2008) as alterações fisiológicas observadas durante a gestação acontecem, principalmente, por fatores hormonais e mecânicos. No entanto, os ajustes analisados no organismo da mulher devem ser considerados normais durante o estado gravídico. Para melhor compreender essas modificações vivenciadas pela gestante, convém definir em modificações sistêmicas e modificações genitais.

As sistêmicas dividem-se em: postura e deambulação, metabolismo glicídico, lipídico, proteico, hidroeletrólítico, sistema cardiovascular, sistema sanguíneo, sistema urinário, sistema respiratório, equilíbrio acidobásico, sistema digestivo, pele e fâneros. Já as modificações dos órgãos genitais diferenciam-se em: vulva, vagina útero, miométrio, endométrio e colo. (GUYTON, 1988)

A postura e deambulação da mulher grávida sofrem alterações, precedendo a expansão de volume do útero gestante devido à matriz evadida da pelve, apoia-se na parede abdominal, e as mamas dilatadas e engrandecidas pesam no tórax e o centro de cavidade se desvia para frente. Assim:

[...] todo corpo se joga para trás, compensatoriamente. A atitude adotada então é de modo involuntário, a de quem carrega objeto pesado mantendo-o com as duas mãos, adiante do abdome. [...] Grupamentos musculares que não tem função nítida ou constante passam a atuar, estirando-se e contraindo-se. Sua fadiga responde pelas dores cervicais e lombares, queixa comum (REZENDE FILHO, 2008, p.69)

No metabolismo, as alterações maternas são imprescindíveis para suprir as exigências suscitadas pelo rápido amadurecimento e desenvolvimento do concepto durante a gravidez. Enormes modificações no metabolismo de energia e acúmulo de gordura têm sido registradas. Para facilitar o entendimento, Rezende Filho (2008) aponta as modificações metabólicas em quatro tipos:

A primeira trata do metabolismo glicídico, que na gravidez é notável, caracterizando-se por modificações no seu metabolismo no sentido de preservar

glicose à custa da utilização dos lipídios. Nesse sentido, a liberação excessiva de ácidos graxos também contribui na redução da utilização da glicose materna.

A segunda aborda o metabolismo lipídico, diante da necessidade de preservar a glicose para o feto e para o próprio sistema nervoso materno, esse metabolismo sofre modificações no sentido de catabolizar as gorduras sempre que possível. Dessa forma, mobilizam-se os depósitos de gorduras e a concentração de ácidos graxos cresce no plasma. Para tanto, estas alterações podem estar na dependência de hormônios que agem no lipolítico: adrenalina, hormônio do crescimento, glucagon, HPL. O HPL, ao lado de sua ação contra insulina pelo aumento dos ácidos graxos livres que determinam(ação lipolítica), fazendo com que esteja diminuída a utilização de glicose pelas células(REZENDE FILHO, 2008).

No metabolismo proteico, segundo Tirapegui e Rogero (2007), as proteínas têm a fundamental importância nas necessidades calóricas, de vitaminas e de sais minerais na área da nutrição, uma vez que constitui um nutriente relevante para as sínteses funcionais e estruturais no organismo.

Finalmente, no metabolismo hidroeletrólítico, as modificações anatômicas ocorrentes no metabolismo da água e dos eletrólitos são de importância para compreender o significado prognóstico do edema que se percebe em muitas mulheres no final da gravidez. (REZENDE FILHO, 2008)

No Sistema cardiovascular, alterações na hemodinâmica ocorrem durante a gravidez. Uma das principais alterações é o aumento da frequência cardíaca materna; ocorre já a partir da 4ª semana de gravidez e no final ela se situa cerca de 20% acima dos valores pré- gravídicos. O volume sanguíneo começa a aumentar a partir de 6 semanas e atinge um pico (45-50% acima dos valores não-gravídicos) no início do 3º trimestre , período em que há maior risco de descompensação cardíaca, que decore de acréscimo do volume globular (cerca de 25%) e elevação desproporcional maior do volume plasmático (30-50%) “anemia fisiológica da gravidez. (REZENDE FILHO, 2008)

Na pressão venosa, os membros inferiores tendem a aumentar aproximadamente cerca de 3 vezes em virtude do volume que o útero determina na cava inferior e nas veias pélvicas ocorrentes na posição de pé, quando parada, há maior aprisionamento de sangue nos membros inferiores. (NEME, 2006)

O sistema sanguíneo na gravidez aumenta a necessidade de ferro e com frequência há anemia. Em virtude da hemodiluição do nível mínimo aceitável da

hemoglobina que é de 10 g/dl. Na anemia megaloblástica, acontece pela deficiência de ácido fólico, que é comum, na gravidez, devido à demanda vitamínica. (REZENDE FILHO, 2008)

Na gravidez, o número de plaquetas ficam ligeiramente diminuído entre 75-320 mil/mm³, as mudanças fisiológicas na composição sanguínea tornam-se difícil para o reconhecimento patológico exigido e para uma extensa investigação laboratorial.

as alterações do sistema respiratório, o volume sanguíneo e a vasodilatação durante gravidez apresentam hiperemia e edema na mucosa nas vias aéreas superiores, distúrbios predispõem à congestão nasal e à epistaxe. (REZENDE FILHO, 2008)

Conquanto não ocorram modificações na frequência respiratória nasal e na capacidade vital, as mudanças anatômicas melhoram a troca gasosa nos pulmões e a expiração torna-se mais completa com maior quantidade de ar ser inspirada. (REZENDE FILHO, 2008)

No equilíbrio acidobásico, ocorrem modificações gravídicas como a hipercapnia, aumento discreto nos ácidos metabólicos, mudanças no PH intracelular para limite superior ao normal e se liga à alcalose respiratória compensada. O estímulo dos meios respiratórios pela progesterona explica o decréscimo do Pco₂ nas mulheres de 39 mmhg fora da gravidez e de 31 mmhg no período da gestação (EVORA, 1999).

No sistema digestivo, as modificações tendem a melhorar a absorção de nutrientes para o fornecimento ao concepto. Havendo melhora do apetite e da sede que acontece no primeiro trimestre e persiste por todo período da gestação. Conquanto a causa esta ligada à diminuição dos níveis da glicose e aminoácidos porque o aumento das gorduras sofre alteração no balaço energético(NEME, 2006),

Na pele e fâneros, a maioria das mulheres grávidas apresentam estrias no abdome no decorrer do último trimestre, por sua vez apresentam também nas mamas (estrias gravídicas ou vícibes). O aumento na pigmentação da linha alva do abdome inferior (línea migrar), da aréola mamária e da face (cloasma), no aparecimento de perpiguiteleangiectasia há a produção de altos níveis de estrógenos. A ação dos hormônios melatróficos da hipófise atuam sobre os melanoblastos epidérmicos concentrando a piguimentação no sistema nervoso

autônomo influenciando na formação do pigmento nas gestantes (REZENDE FILHO, 2008).

Já as modificações dos órgãos genitais, a vulva e vagina, se tumefazem apresentando amolecimento e tem alterada a sua hiperpigmentação. A vulva pigmenta-se e o local lidera na extremidade inferior da vagina a cor róseo característica, tomando cor vermelha-vinhosa pouco aberta nas ninfas e grandes lábios. (REZENDE FILHO, 2008)

Já aparência do útero, embriologicamente, trata-se de um órgão com derivação da fusão das tubas da mulher e pode ser dividida em corpos, istmo e colo. Após a implantação do óvulo, por sensibilidade e estímulos hormonais, nervosos e seu próprio concepto, logo se modificam intensamente na consistência do volume do peso, da posição da cor. (NEME, 2006)

As modificações do endométrio ocorrem a formação decidual dando a origem às decíduas: basal no local da nidação ovular capsula, ao lado do ovo, parietal (reflexo) no resto da cavidade uterina. Pelas 10 semanas, as decíduas capsular e parietal colam-se, obliterando na cavidade uterina e, junto ao trofoblasto, dando origem ao corio, que é a membrana externa ovular. (NEME, 2006),

Já o colo, no tocante à posição do útero está, no geral, posteriorizado apresentando durante quase todo o tempo da gravidez, ficando a sua anteriorização no seu encurtamento (esvaecimento) restrito ao período final da gravidez, como no prenúncio de trabalho de parto. (NEME, 2006).

3.2 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Urgência é um atendimento feito com rapidez, que não pode ser retardado, e não se pode prescindir, indispensável, situação muito grave que tem prioridade sobre as outras, que indica necessidade imediata ou pressa. Emergência é ato ou efeito de emergir, situação grave, perigosa, momento crítico ou fortuito, circunstâncias imprevistas (ou o que delas resulta) e que exigem ação imediata (COSTA JÚNIOR, 2010).

Dentre as patologias que se manifestam e que se agravam durante o ciclo gravídico, destacamos a hipertensão arterial que se apresenta como um sinal clínico e não uma doença. As síndromes hipertensivas são uma das complicações mais

frequentes na gestação e constitui no Brasil a primeira causa de óbito materna, principalmente quando associadas à outra forma grave como a eclampsia e a síndrome de HELLP (BRAGA, 1993 apud KAHHALE; ZUGAIB, 2001).

Atualmente, pode-se considerar a hipertensão na gravidez medindo igual ou maior 140/90mmhg(DAVEY; MACGILLIVRAY, 1986 apud KAHHALE; ZUGAIB, 2001).

A rotura uterina (RU) é considerada um acidente hemorrágico de maior gravidade prognóstica materna e perinatal. Trata-se de uma rotura total ou incompleta da parede miometral, está entre o corpo e o segmento inferior do útero. As soluções de continuidade miométricas que estão localizadas abaixo do orifício interno do útero são designadas de rotura cervical. Embora possa acontecer excepcionalmente em gestações antes de 28 semanas (GOLAN, 1980, ZUGAIB, 1982, SOPHOUDIS, 1989 apud BALSAMO; NEME, 2006).

No que concerne rotura uterina é um índice condudente de morbimortalidade materna e fetal. De acordo com a literatura, a incidência varia 0,02% a 0,5% e depende, em tese, e do tipo assistência obstétrica. (BALSAMO; NEME, 2006).

Nesta avaliação não se incluem os casos assintomáticos da deiscência da cicatriz do útero. De acordo com as condições clínicas, a mais comum está associada à rotura uterina, à história da cesárea prévia que eleva a cerca de oito vezes o risco comparativo ao útero hígido (PLAUCHE et al,1984 apud BALSAMO; NEME, 2006)

Portanto, atribui-se à alta incidência principalmente às incisões fúndicas da matriz.

Pré-eclâmpsia é uma condição específica da gravidez que envolve a falência de diversos órgãos e está associada à hipertensão e proteinúria. O aumento da pressão sanguínea provoca efeitos deletérios sobre diversos sistemas, principalmente o vascular, o hepático, o renal e o cerebral. As complicações observadas nesses sistemas podem explicar a alta incidência de morbimortalidade fetal e materna, o que faz da pré-eclâmpsia uma das principais causas de morte materna no Brasil (37% das causas de morte obstétricas diretas) e em vários outros países. A frequência de pré-eclâmpsia varia de 2 a 10% das gestações em todo o mundo.(CAVALLI et al, 2009)

É interessante ressaltar que existem alguns fatores de risco que aumentam a probabilidade de uma gestante apresentar pré-eclâmpsia como, por exemplo:

hipertensão e *diabetes mellitus* pré-existentes, obesidade e a etnia. Apesar da importância óbvia do ponto de vista de saúde pública, a etiologia subjacente a essa condição permanece desconhecida (CAVALLI et al, 2009).

Já a eclâmpsia é definida pela ocorrência de convulsões tônicas-clônicas generalizadas e/ou coma, como manifestação do envolvimento cerebral na pré-eclâmpsia grave, não relacionada à outra condição patológica. E, das formas hipertensivas, a principal causa de morte materna, com incidência de até 14% do total de casos, conforme diferentes relatos na literatura. As mortes podem acontecer por várias complicações como hemorragias cerebrais, edema pulmonar, insuficiência cardíaca pode ser de maneira isolada ou em cascata (BARROS, 2009)

A síndrome de hellp é uma complicação de extremo aspecto e alterações que acontecem na pré-eclâmpsia, (MCMMAHOM et al, 1993 apud RUDGE; PERAÇOLI; CUNHA, 2001). Seus sinais e sintomas que são confundidos com os da pré-eclâmpsia grave são dor epigástrica ou no quadrante superior direito, náuseas e mal estar, sintomas leves podem passar despercebidos se não for feito exame laboratorial correto. Esse diagnóstico é feito apenas quando a síndrome de Hellp está bem avançada (MARTIN JUNIOR et al., 1991 apud RUDGE; PERAÇOLI; CUNHA, 2001). Essa síndrome atinge em torno de 4% a 12% das clientes com pré-eclâmpsia (MACKENNA et al, 1983; THIAGARAH et al, 1989 apud RUDGE; PERAÇOLI; CUNHA, 2001).

O diagnóstico e o controle das gestantes complicadas por esta síndrome é um dos desafios da atualidade na obstetrícia, essa alteração laboratorial progride de modo insidioso fazendo com que as plaquetas maternas caiam abaixo de 100.000/mm³, deste modo que se instala uma fase acelerada e de rápida deterioração clínica e laboratorial. (MAGANN et al, 1994 apud RUDGE; PERAÇOLI; CUNHA, 2001).

As pacientes com a síndrome de Hellp devem estar orientadas sobre o aumento de risco da recorrência na próxima gestação. Essa paciente deve ser aconselhada a iniciar precocemente o pré-natal, deve ter maiores números de consultas, principalmente se a síndrome for diagnosticada precocemente antes de 32 semanas (BENZECRY, 2001).

Dentre os problemas mais comuns e preocupantes está a Hipertensão Arterial na Gestação, com valores iguais ou acima de 140 mmHg para a pressão Sistólica, e 90 mmHg para pressão diastólica. Considera-se a hipertensão gestacional aquela

que leva às complicações graves como a Síndrome da Pré-eclâmpsia e eclâmpsia, caracterizada pelo desenvolvimento gradual de hipertensão, proteinúria, edema generalizado e, às vezes, alterações da coagulação e da função hepática (KAHHALE; ZUGAIB, 2001).

3.3 HISTÓRICO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

O atendimento pré-hospitalar (APH) pode ser definido como toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, com o objetivo de dar a melhor resposta à solicitação de ajuda aos clientes. Esta resposta pode variar de um simples conversa ou orientação médica ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, visando à manutenção da vida e/ou a minimização das sequelas. (SOUZA, 2009).

No Brasil, o serviço de urgência, o SAMU iniciou-se através de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, através de uma solicitação do Ministério da Saúde, o qual optou pelo modelo francês de atendimento, em que as viaturas de suporte avançado possuem obrigatoriamente presença do médico, diferentemente dos modelos americanos em que as atendimentos de resgate são exercidas primariamente por profissionais paramédicos (profissional este não existente no Brasil). (LOPES; FERNANDES, 1999)

O SAMU 192 é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, criado em 2003 tem como finalidade proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento no Sistema único de saúde. A política se divide em cinco tipos de ações que visam organizar o atendimento de urgência nos pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e nas equipes do programa saúde da família; estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU 192), reorganizar as grandes urgências e os prontos-socorros em hospitais, criar a retaguarda hospitalar para os atendidos nas urgências e estruturar o atendimento pós-hospitalar (BRASIL, 2006).

Durante a década de 80, a ausência de diretrizes nacionais para a área de emergência, em especial para o APH, levou alguns estados a criarem seus próprios serviços, sem normalização, planejamento e operacionalização, o que resultou em deficiências técnicas importantes nesse atendimento. Em 2003, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU, que surgiu com base nos dados

demonstrados na Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes. Devendo ser implantada em todas as unidades federadas, a PNAU estabelece normas para a organização dos serviços públicos e privados nas esferas estadual, regional e municipal e define os seus componentes, entre eles, o pré-hospitalar móvel. Neste contexto, o SAMU é uma estratégia para a implantação da PNAU, que segue os princípios do Sistema Único de Saúde e combina ações de prevenção, atenção individual e coletiva (BRASIL, 2006).

Com objetivo de realizar um atendimento adequado de urgência e emergência e reduzir a mortalidade de vítimas provenientes de acidentes, a portaria GM/MS n.1.864, de 29 de setembro de 2003, instituiu o componente pré-hospitalar da política nacional de atenção às urgências por meios de implantação de atendimento móvel de urgência (SAMU-192) nas centrais de regulações e seus núcleos de educação em urgências; estados e municípios e regiões de todo território brasileiro (BRASIL, 2003).

Atualmente, no Brasil, o SAMU responde pela maior parte dos encaminhamentos aos serviços de saúde e seu acesso é assegurado à população durante às 24 horas do dia pelo número gratuito 192 via Central de Regulação Médica. Além do cidadão comum, a solicitação de atendimento também pode partir de um profissional da saúde que necessite transferir um paciente para serviços de maior complexidade, o SAMU pode ser considerado uma modalidade estratégica de atendimento e destina-se, além das vítimas de agravos de natureza traumática, às vítimas de agravos clínicos, obstétricos e psiquiátricos, e que possam evoluir para “sofrimento, sequelas e até mesmo à morte” (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde cita que dentre as principais atribuições do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), estão a regulação médica, cobertura de eventos de risco, cobertura de incidentes com múltiplas vítimas, capacitação dos recursos humanos, ações educativas para a comunidade e ainda executar ações voltadas para um atendimento humanizado a saúde. Quando acontece qualquer incidente que necessita de um atendimento rápido e especializado, que necessitamos de profissionais capacitados nas atividades pré-hospitalar é indispensável que o SAMU seja acionado para fazer atendimento às vítimas. (BRASIL, 2004).

3.4 O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NAS URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Durante a gestação, algumas intercorrências podem ameaçar a vida da mãe e/ou da criança, configurando situações de emergência que exijam a intervenção do socorrista. Além disso, socorristas podem ser acionados para atuar no trabalho de parto normal desencadeado em uma via pública. Isso justifica prepará-los para atuar nas emergências obstétricas: parto normal, parto prematuro e abortamento (BRASIL, 2004).

Pereira e Lima (2006) relatam ainda que o serviço de emergência pré-hospitalar (APH) envolve todas as ações que ocorrem antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar, e pode influir positivamente nas taxas de morbimortalidade e trauma. A assistência qualificada na cena do acidente, a transferência e a chegada precoce ao hospital de referência é fundamental para que a vítima mantenha-se com vida. O APH é realizado através de duas modalidades: o suporte básico à vida, que se caracteriza por não realizar manobras invasivas e o suporte avançado à vida, que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório.

No Brasil, a atividade do enfermeiro no pré-hospitalar na forma direta vem se desenvolvendo a partir da década de 90 com o início das unidades de suporte avançado, a partir de então, o enfermeiro é participante ativo da equipe de atendimento pré-hospitalar e assume em conjunto com equipe a responsabilidade pela assistência prestada à vítima (THOMAZ; LIMA 2000)

Com a evolução dos atendimentos pré-hospitalares, alguns materiais e equipamentos foram adaptados e/ou desenvolvidos para essa atividade, requerendo técnicas que permitam a realização de suporte básico de vida. São cânulas de orofaríngeas e nasofaríngeas, aspirador, máscaras, respiradores manuais, e automáticos, desfibriladores, ventiladores mecânicos, laringoscópio, para imobilização, um vasto instrumental utilizado nas urgências e emergências (OLIVEIRA; PAROLIN; TEXEIRA JUNIOR, 2007).

O atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como toda assistência prestada em um primeiro nível de atenção aos portadores de agravos urgentes à saúde, de natureza: clínica, cirúrgica, traumática, psiquiátrica, obstétrica e pediátrica. Este serviço tem como objetivo diminuir o intervalo de atendimento entre a vítima de urgência e redução das sequelas incapacitantes (OLIVEIRA; PAROLIN; TEIXEIRA JUNIOR, 2007).

Este modelo de atendimento pré-hospitalar garante assistência a todas as pessoas fora do âmbito hospitalar, atendendo a maioria das urgências e emergências, seja quais forem durante as 24 horas do dia, sendo necessário prestar atendimento e/ou transporte adequado em um serviço de saúde devidamente hierarquizado e ligado ao sistema único de saúde (BRASIL 2002).

O atendimento móvel é solicitado pelo telefone 192, a ligação é atendida por técnicos da central de regulação, que identificam a emergência e a transferem para o médico regulador. Este profissional identifica a situação e classifica a urgência, definindo o recurso necessário ao atendimento. Este varia desde uma orientação ao cliente ou ao indivíduo que realizou a chamada, até o envio ao local da ocorrência de uma unidade de Suporte Básico ou Avançado de Vida (BRASIL, 2004).

No entanto, é importante que o socorrista informe-se sobre o pré-natal sempre que estiver atendendo uma gestante. Normalmente, a gestante tem um cartão de pré-natal no qual estão anotados todos os dados clínicos e exames realizados (OLIVEIRA, 2008).

Dessa forma, a transferência da gestante no final da gravidez e o peso que o útero exerce sobre a veia cava inferior dão uma redução de 30% a 40% do débito cardíaco, a gestante deve, então, ser transportada em decúbito lateral esquerdo sempre que possível, a menos que haja uma contra indicação para tal, como por exemplo, suspeita de fratura de coluna ou bacia. Nesses casos, poderá ser transportada em decúbito dorsal, mesmo assim o socorrista deverá empurrar manualmente o útero para o lado esquerdo. Este cuidado no transporte é um dos detalhes mais importante no atendimento à gestante traumatizada. Os cuidados no atendimento devem ser avaliados sempre à sensibilidade do útero (dor), e altura do tônus (se estar contraído ou não) (OLIVEIRA; PAROLIN; TEIXEIRA JÚNIOR, 2008)

O SAMU opera com uma equipe ampla de profissionais capacitados e qualificados que tem um domínio das funções, sendo assim são profissionais aptos para realizar o atendimento e intervir nas urgências obstétricas. (BRASIL, 2002).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Segundo Gil (1999, p.42), “a pesquisa é um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico, cujo objetivo fundamental é descobrir respostas para problemas, mediante o emprego de procedimentos científicos”.

A pesquisa proposta foi de natureza quantitativa, significando em transformar opiniões e informações em números para possibilitar a classificação e análise. Exige o uso de recursos e de técnicas estatísticas. Para Richardson (2007), esta modalidade de pesquisa caracteriza-se pelo emprego da quantificação desde a coleta das informações até a análise final por meio de técnicas estatísticas, independente de sua complexidade.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na sede do SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU-192 situado no município de Mossoró-RN. A escolha desse local se deu pelo fato de que nesse espaço se encontram os sujeitos do estudo, tornando o espaço ideal para a concretização da pesquisa.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população escolhida para o estudo foi composta pelos enfermeiros que atuam no SAMU do Município de Mossoró-RN, que compõem uma equipe de nove (9) Enfermeiros. Quanto ao perfil dos enfermeiros, foi constatado que 67% dos sujeitos envolvidos na pesquisa são do sexo feminino e apenas 33% são do sexo masculino. Em relação ao estado civil, 50% pertencem ao grupo de solteiros, e 50% pertencem ao grupo dos casados. Dos entrevistados apenas 1 não possui especialização, o que representa 17%, e 83% dos entrevistados tem entre 1 a 10 anos de formação e 17% destes têm entre 11 a 20 anos de formação. Assim, constatamos que 50% dos enfermeiros atuam nesse serviço entre 1 a 5 anos, e 50% entre 6 a 10 anos no SAMU.

A amostra do presente trabalho, se constituiu com os entrevistados que se enquadraram nos critérios de inclusão a seguir. A amostra final foi de 6 enfermeiros, pois 2 não aceitaram participar e 1 não se encontrava durante o período da coleta.

Critérios de Inclusão:

- Ser enfermeiro plantonista do Samu -Mossoró-RN;
- Ter disponibilidade em participar da pesquisa;
- Aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Critérios de exclusão:

- Aqueles que por livre vontade não quiserem participar.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi composto por um questionário semiestruturado, constituído por perguntas fechadas e abertas (APÊNDICE A).

O questionário de entrevista tem como finalidade guiar e orientar o andamento da pesquisa, sendo considerados vários indicadores essenciais e suficientes para abranger as informações esperadas (MYNAYO, 2010).

A partir daí foram propostas inferências e interpretações sobre o resultado da pesquisa (Apêndice A) para o aperfeiçoamento na execução deste tipo de instrumento, o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas de maneira metódica; proporcionando ao investigado responder as informações necessárias para a coleta de dados (MARCONI; LAKATOS, 2000).

4.5 COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da FACENE/ FAMENE e o esclarecimento acerca dos objetivos e condutas da pesquisa, bem como, aceitação dos sujeitos de participarem da mesma, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE foi assinado e uma cópia entregue aos participantes da pesquisa.

Após os processos acima citados, foi entregue um questionário de entrevista padronizado aos enfermeiros, e uma data foi agendada para devolução do mesmo a pesquisadora associada.

O período de coleta de dados foi no mês de Abril de 2013.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram descritos quantitativamente, por estatística descritiva e cálculo de porcentagens, a partir dos quais se obterá o perfil das principais urgências e emergências obstétricas atendidas pelo SAMU- 192.

Os dados foram compilados através de tabelas e de gráficos e elaborados com o auxílio do Microsoft Excel 2007, software baseado em planilha eletrônica, utilizada para cálculos, estatísticas, gráficos e relatórios.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos e legais da pesquisa foram baseados na Carta de anuência, autorizando o acesso à instituição, e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN (CEP/FACENE). Tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma e dimensão em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.(BRASIL, 1996)

Foi observado também o Capítulo III da resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem, que versa sobre o ensino, a pesquisa e a produção técnico-científica dos profissionais da enfermagem (COFEN, 2007).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi assinado pelo participante da investigação e pelos pesquisadores, em duas vias, sendo que uma foi entregue ao pesquisado e a pesquisadora responsável e a outra permanecerá sob os cuidados do pesquisador, conforme preconizado pela resolução supracitada, pelo período de cinco anos.

4.8 FINANCIAMENTO

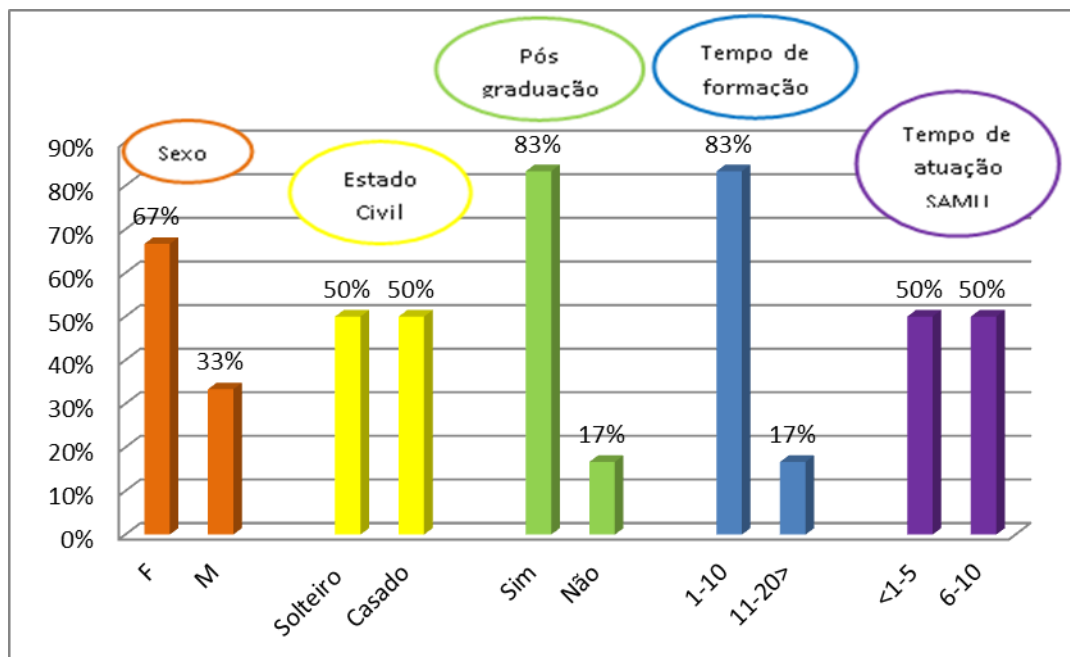
Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foi da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança disponibilizou referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentadas as informações obtidas a partir da coleta de dados. O capítulo se iniciará através de apresentação das características pessoais dos profissionais e enfermeiros pesquisadores, tais como: sexo, estado civil, pós-graduação, tempo de formação, tempo de atuação no SAMU.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À DISTRIBUIÇÃO DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

Gráfico 1 – Em relação ao sexo, estado civil, pós-graduação, tempo de formação e tempo de atuação no SAMU.



Fonte: Dados de identificação do instrumento da coleta de dados (2013)

No gráfico 1 foi constatado que 67% dos sujeitos envolvidos na pesquisa são do sexo feminino e apenas 33% são do sexo masculino. Esse percentual pode ser justificado como o domínio do sexo feminino na enfermagem e encontra explicações na sua história, em que essa profissão está relacionada aos papéis tradicionais femininos como, o cuidar, o educar entre outros que estavam ligados ao dom ou vocação (DINIZ, 2004).

Em relação ao estado civil, 50% são solteiros e 50% são casados. Embora segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012) o perfil dos estados

civil se concentrem sua maioria solteiros (55,3% da população brasileira). Foi constatado que na pesquisa metade dos entrevistados são casados e a outra metade solteira. (INSTITUTO BRASIEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012)

Quanto a pós-graduação dos enfermeiros entrevistados apenas 1 não possui especialização o que representa 17%, e 83% afirmam serem pós graduados. É importante ressaltar que a qualificação concede aos profissionais o domínio de conhecimentos específicos que resultam de formação, treinamento, na qualidade da assistência prestada, e experiência para que possam exercer determinada função. Essa qualificação trará resultados que irão refletir na qualidade da assistência prestada e nas exigências do mercado de trabalho (MARTINS, 2006).

Como mostra o gráfico, quanto ao tempo de formação percebeu-se que 83% dos entrevistados têm entre 1 a 10 anos de formação e 17% têm entre 11 e 20 anos de formação.

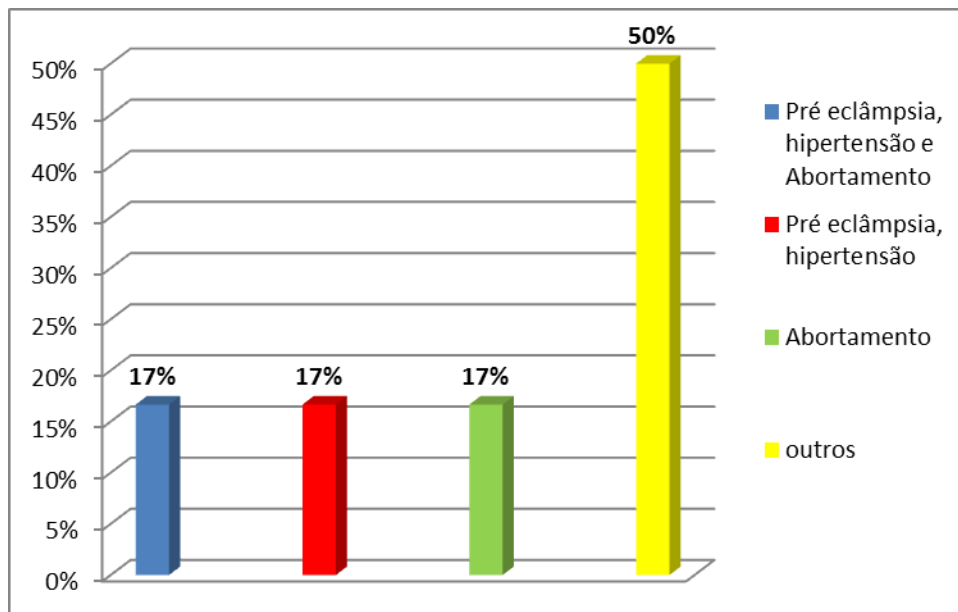
Andrade; Caetano; Soares, (2002) compreende de forma positiva a atuação da enfermagem na urgência denotando o fato de um profissional com maior tempo de formado possuir um potencial maior de experiência podendo apresentar mais segurança e desempenho nas funções.

Com relação ao tempo de atuação dos profissionais de enfermagem no SAMU o gráfico mostra que 50% dos enfermeiros atuam nesse serviço entre 1 a 5 anos, e 50% entre 6 a 10 anos.

A formação de profissionais que atuam no atendimento pré - hospitalar (APH) necessitam de conhecimentos científicos, que culminam com a necessidade dos profissionais qualificados, para que possam atender às especificidades do cuidado da enfermagem a ser realizado durante o atendimento ou a remoção inter-hospitalar, com vistas à prevenção, proteção e recuperação da saúde (GENTIL, 2008).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO ÀS PRINCIPAIS URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS ATENDIDAS PELO SAMU MOSSORÓ-RN

Gráfico 2 – Principais intercorrências obstétricas atendidas pelo SAMU Mossoró-RN



Fonte: Dados de identificação do instrumento da coleta de dados (2013)

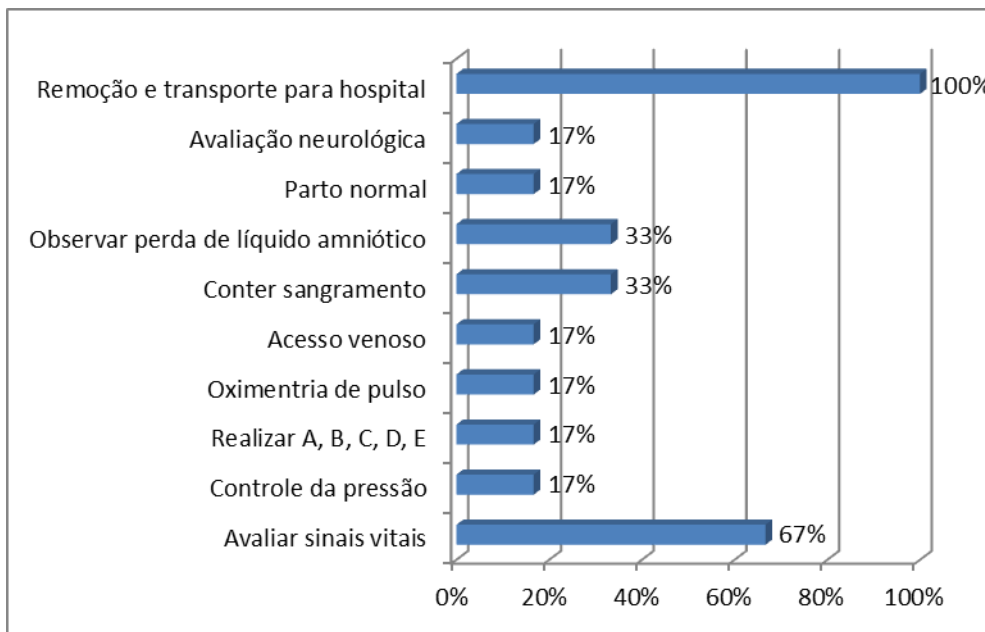
O gráfico demonstra que as principais ocorrências obstétricas atendidas pelo SAMU são Pré -eclampsia; Hipertensão, Abortamento e outros.

Percentualmente, isso implica que 17% das pacientes tinham Pré – eclampsia, Hipertensão e abortamento; 17% apresentavam pré-eclampsia e hipertensão; 17% apresentaram abortamento e 50% apresentaram outras ocorrências.

Os dados encontrados afirmam que as principais urgências ocorrem com aumento da pressão arterial acompanhado de proteinúria ou edema, após a 20ª semana de gestação, às vezes, alterações da coagulação, convulsões que podem ser seguidas de coma, com uma redução do débito renal, mau funcionamento do fígado, hipertensão extrema, bem como um estado tóxico generalizado do corpo, como as complicações podem ocorrer durante este processo, a mãe e o feto precisam ser cuidadosamente monitorados (NEME, PAPINELLI, 2005).

5.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À CONDUTA DO ATENDIMENTO EM URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Gráfico 3 – Caracterização da amostra em relação à conduta do atendimento prestado pelo SAMU Mossoró/RN



Fonte: Dados de identificação do instrumento da coleta de dados (2013)

O gráfico 3 refere-se a conduta dos enfermeiros nesses atendimentos, para atender intercorrências obstétricas no APH, no qual descrevem ter a partir da prática profissional, 100% fez a remoção e transporte para hospital, e 17% fizeram avaliação neurológica 17% fizeram o parto normal; 33% dos participantes observaram a perda de líquido amniótico, 33% conteram o sangramento; 17% acesso venoso; 17% fizeram oximetria de pulso; 17% realizaram A,B,C,D,E; 17% fizeram o controle da pressão, e 61% avaliaram os sinais vitais.

Durante a gravidez, algumas intercorrências podem ameaçar a vida da mãe ou da criança, configurando situações de emergência que exijam a intervenção da equipe acionada. (BRASIL, 2002b).

Assim, a falta de informação das gestantes leva os profissionais das unidades de emergência à análise minuciosa para estabelecer a priorização do atendimento, tornando o trabalho longo, árduo, estressante, dificultando para o cliente manter um relacionamento confidencial e privativo (GOMES; MENDONÇA; PONTES, 2002).

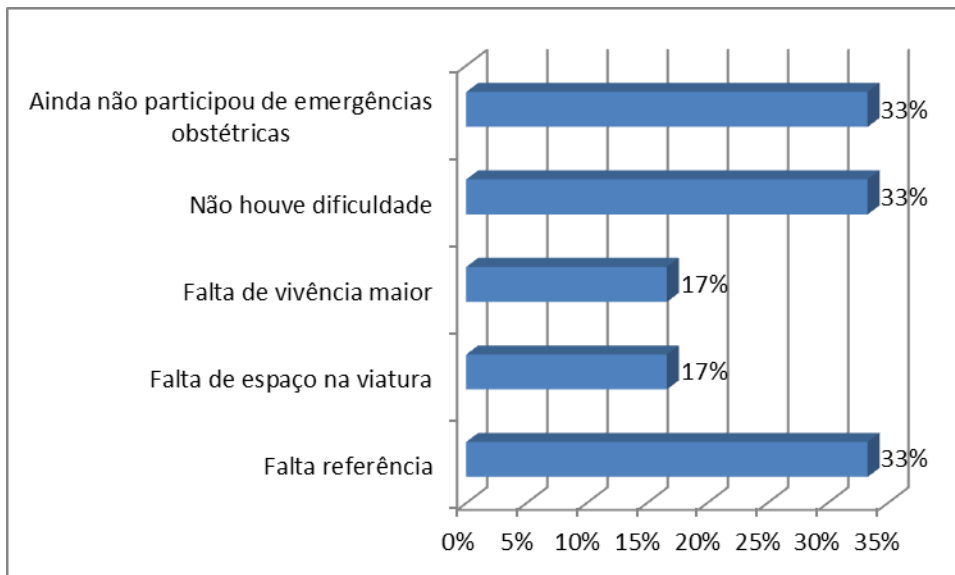
Os procedimentos de atendimento a vítimas seguem, segundo Dalcin e Cavazzola (2005) os protocolos estabelecidos que preconizam seguir o protocolo do PHTLS, promovendo atendimento e transporte adequado ao serviço de saúde, regulado e integrante do Sistema Estadual de urgência e emergência.

A conduta do serviço no atendimento pré-hospitalar necessita de profissionais qualificados que atendam as especificidades do cuidado de enfermagem a ser realizado durante o atendimento pré-hospitalar ou a remoção inter-hospitalar, com vistas à prevenção, proteção e recuperação da saúde, onde requer a prática e o conhecimento científico (GENTIL, RAMOS; WHITAKER, 2008).

O Atendimento de enfermagem é uma atividade de grande importância e resolutividade quando realizada de forma adequada pelos enfermeiros e toda equipe. Trata-se de um protocolo seguido por toda a equipe, oferecendo suporte a paciente parturiente. A realização da consulta de enfermagem exige do profissional enfermeiro uma série de conhecimento e constante treinamento que o instrumentalize a desenvolver esta prática (CARVALHO; KALINKE, 2008).

5.4 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO ÀS PRINCIPAIS DIFICULDADES VIVENCIADAS NAS INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS.

Gráfico 4 – Principais dificuldades vivenciadas nas intercorrência obstétricas atendidas pelo SAMU



Fonte: Dados de identificação do instrumento da coleta de dados (2013)

Durante a pesquisa, observou-se que 33% dos participantes ainda não participaram de emergências obstétricas; e que 33% afirmaram ter encontrado dificuldades, e que 17% apresentaram como dificuldade a falta de vivência maior,

17% relatam falta de espaço na viatura, 33% afirmaram que falta referência para o atendimento a mulher.

Neste atendimento, levamos a pensar os recursos limitados os quais devem ser ajustados para dar resposta às necessidades de cuidados de saúde nem sempre previsíveis e em constante mudança, é realmente um desafio onde nem todos se sentem preparados para o atendimento com a gestante (CICONET; MARQUES; LIMA, 2008).

Para Gentil (2008), o desenvolvimento no serviços culmina com a necessidade de profissionais qualificados que atendam as especificidades do cuidado da equipe de enfermagem a ser realizado durante o atendimento pré-hospitalar ou a remoção inter-hospitalar, com vistas à prevenção, proteção e recuperação da saúde

Com todos os protocolos que o ministério preconiza ainda há uma deficiência na assistência de enfermagem por falta de conhecimento nas intervenções obstétricas. Nesse sentido, comentam que a produção científica da enfermagem no Brasil é matéria que vem preocupando os enfermeiros, sobretudo na última década, quando surgiu a necessidade de estruturar o corpo de conhecimento da profissão, melhorar a qualificação dos profissionais, torná-los mais atuantes na sociedade, aumentar seu campo de ação e estabelecer vínculos com outros profissionais em equipes de trabalho (OLIVEIRA; PERSINOTTO, 2001)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou caracterizar o serviço de atendimento pré-hospitalar nas principais intercorrências obstétricas, dando-se ênfase à atuação do enfermeiro. Durante a gestação algumas intercorrências podem ameaçar a vida da mãe e/ou da criança, configurando situações de emergência que exijam a intervenção do socorrista. Além disso, socorristas podem ser acionados para atuar ao trabalho de parto normal, desencadeado em uma via pública. Isso justifica prepará-los para atuar nas emergências obstétricas: parto normal, parto prematuro e abortamento.

A assistência qualificada na cena do acidente, a transferência e a chegada precoce ao hospital de referência é fundamental para que a vítima mantenha-se com vida. Sendo assim, os enfermeiros destacaram a Pré-eclampsia, Hipertensão arterial e Abortamento como as principais urgências obstétricas. Entre as principais dificuldades encontradas para realização do atendimento estão a falta de uma maior vivência em situações de urgências obstétricas, espaço pequeno na viatura e falta de um hospital de referência.

No Brasil, a atividade do enfermeiro no pré-hospitalar na forma direta vem se desenvolvendo a partir da década de 90 com o início das unidades de suporte avançado, a partir de então, o enfermeiro é participante ativo da equipe de atendimento pré-hospitalar e assume em conjunto com equipe a responsabilidade pela assistência prestada à vítima.

Dessa forma, o serviço de emergência pré-hospitalar (APH) envolve todas as ações que ocorrem antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar, e pode influir positivamente nas taxas de morbimortalidade e trauma. A assistência qualificada na cena do acidente, a transferência e a chegada precoce ao hospital de referência é fundamental para que a vítima mantenha-se com vida. O APH é realizado através de duas modalidades: o suporte básico à vida, que se caracteriza por não realizar manobras invasivas e o suporte avançado à vida, que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório.

O estudo é de suma importância uma vez que infelizmente encontramos poucas pesquisas referentes a temática, almejamos que este estudo desperte a reflexão sobre uma maior atenção voltada as urgências obstétricas.

Diante disso esperamos que a pesquisa possa trazer contribuições significativas e melhoria para enfermagem, novos conhecimentos relacionados ao

tema enfatizando a importância desse trabalhar em equipe, e sempre manter-se atualizado. Esperamos que, a partir desta, outras pesquisas possam vir a se desenvolver com objetivo de conhecer as dificuldades vivenciadas pela equipe do SAMU, e necessário o fortalecimento dos profissionais de saúde no sentido de melhorar as condições de atendimento com as gestantes e o real motivo da atuação da enfermagem no atendimento pré-hospitalar.

REFERÊNCIAS

BALSAMO, Sergio; NEME, Bussâmara. Rotura uterina. In: NEME, Bussâmara. **Obstetrícia básica**. 3.ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

BARROS Sonia Maria Oliveira. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para prática assistencial**. 2. Ed. São Paulo: Roca, 2009.

BENZECRY, Roberto. **Tratado de obstetrícia**. Rio de Janeiro: Febrasgo, 2001.

BORTOLOTTI, F **Manual do socorrista**. Porto Alegre: expansão editorial, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF: Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2005. Disponível em < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>> Acesso em:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. ed. Brasília, DF: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2007. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/comites_mortalidade_materna>

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão nacional de ética em pesquisa CONEP. Resolução n 196/96. **Sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília; M, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2048, de 5 de novembro de 2002. **Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.048 de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 2. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863 de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2657 de 16 de dezembro de 2004. **Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico.** Brasília, DF, 2000. Disponível em <
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>> Acesso em:

CAVALLI, Ricardo de Carvalho et al. Predição de pré-eclâmpsia. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.31, n.1, p.1-4, 2009.

COSTA JÚNIOR, Fernando. **Atuação da enfermagem no atendimento pré-hospitalar.** 2010. Disponível em: <
<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABnU0AF/atuacao-enfermagem-no-atendimento-pre-hospitalar> > Acesso:
Disponível em< http://www.jovensmedicos.org.br/index.php/revista_bioetica> Acesso em:

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Obstetrícia.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

KAHHALE, Soubi; ZUGAIB, Marcelo. Síndromes hipertensivas na gravidez. In: BENZECRY, Roberto. **Tratado de obstetrícia.** Rio de Janeiro: Febrasgo, 2001.

LOPES, S. L. B.; FERNANDES, R. J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina, Ribeirão Preto**, v.32, p. 381-387, out./dez. 1999.

MARANHÃO, A.M.S. A. et al. **Atividades da enfermeira obstetra no ciclo gravídico-puerperal.** São Paulo: EPU; 1990.

MARTINEZ, M. NITSCHKE, C. Teoria, pragmática e ética da regulação e da atenção as urgências médicas. In: SANTOS, J.S. (Org.). **Sistema de urgência e emergência de Ribeirão Preto e região.** Ribeirão Preto: HCRP-FM-USP; 2001.

MILANEZ, Halaine Maria Besteti Pires Mayer. Infecção do trato urinário. In: NEME, Bussâmara. **Obstetrícia básica.** 3.ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

NEME, Bussâmara. **Obstetrícia básica.** 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

NEME, Bussâmara; PARPINELLI, Mary Angela. Doença hipertensiva específica da gestação: introdução e considerações gerais. In: NEME, Bussâmara. **Obstetrícia básica.** 3.ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

OLIVEIRA, B. F. M: PAROLIN. M. K. F: TEXEIRA JUNIOR. E. V.. **Trauma: atendimento pré-hospitalar.** 2.ed.sao Paulo: Atheneu, 2007.

REZENDE FILHO, Jorge; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Obstetrícia fundamental.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas S.a, 2007.

ROMANI Pt al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, São Paulo, n.17, 2009.

RUDGE, Marilza Vieira da Cunha; PERAÇOLI, José Carlos; CUNHA Sérgio Pereira da. Eclâmpsia/síndrome HELLP – complicações críticas da pré eclampsia. In: BENZECRY, Roberto. **Tratado de obstetrícia**. Rio de Janeiro: Febrasgo, 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2009.

SOUSA, Wanessa Rezende. Levantamento das ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU no Município de Cuiabá/MT Baixada Cuiabana no ano de 2009. **Emergência clínica**, v.6, n.27, p.183-188, 2010.

TIRAPÉGUI, Julio; ROGERO, Marcelo Macedo. Metabolismo de Proteínas. In: TIRAPÉGUI, Julio; ANGELIS, Rebeca Carlota de. **Fisiologia da Nutrição Humana - Aspectos Básicos , Aplicados e Funcionais**. São Paulo: Atheneu, 2007.

MARTINS, C. et al. Perfil do Enfermeiro e Necessidades de Desenvolvimento de Competência Profissional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, v. 15, n. 3, jul.-set., 2006.

ANDRADE, M .L.; CAETANO, J.A.; SOARES, E. Percepção das enfermeiras sobre as unidades urgências **VER. RENÉ** , Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 91-97, jan./ jul. 200.

CARVALHO, D. R.; KALINKE, L. P. Perfil do enfermeiro quanto à motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. **Boletim de Enfermagem**, Paraná, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**: Uniões consensuais já representam mais de 1/3 dos casamentos e são mais frequentes nas classes de menor rendimento. 2012. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2240&id_pagina=1> Acesso em: 11 dez. 2012

MARCONI, M.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 3. ed. rev. amp. São Paulo: Atlas, 2000.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
OLIVEIRA, S. M. J. V.; PERSINOTTO, M. O. A. Revisão de literatura em enfermagem sobre hipertensão arterial na gravidez. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 35, n. 3, p. 214-22, mar., 2001.

SOARES, H.; FLORIANO, N. A. R.; ROSSO, L.. *A Enfermagem e os Cuidados na Pré-Eclâmpsia*. www.scielo.com acesso em 14/10/08

EVORA, P.R.B. et al. Distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico e do equilíbrio acidobásico – Uma revisão prática. **Medicina**, Ribeirão Preto, 32: 451-469, out./dez. 1999.

GUYTON, A.C.: **Fisiologia Humana**. 6.ed.Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A., 1988.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este estudo tem como título: URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS ATENDIDAS PELO SAMU- 192 DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN: UM OLHAR DA ENFERMAGEM. Está sendo desenvolvida pela pesquisadora participante Gilsilene Martins de Oliveira, aluna do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança–FACENE-RN sob a orientação pesquisadora responsável Professora Esp. Raquel Mirtes Pereira da Silva.

O objetivo geral desse estudo será caracterizar a situação profissional da equipe de enfermagem do SAMU 192 de Mossoró como também identificar as principais urgências e emergências obstétricas atendidas pelo SAMU Mossoró; Descrever as condutas de enfermagem frente às urgências obstétricas; Identificar as principais dificuldades vivenciadas nesse atendimento pela equipe de equipe de enfermagem.

A realização dessa pesquisa conta com a sua participação, por isso solicitamos sua contribuição para participar da pesquisa. Informamos que será garantido seu anonimato, bem com segura sua privacidade, tendo a liberdade do (a) senhor (a) se recusar a participar, em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

Os dados serão colhidos através de um questionário referente á temática, este oferece o mínimo de risco no que diz respeito a exposição a opinião pessoal e ao constrangimento ao responder ao questionário. Os benefícios serão maiores que os riscos e estes são: produção de conhecimento-contribuição para pesquisa na área-melhoria da qualidade da assistência

A participação da pesquisa é voluntária, então, os participantes não serão obrigados a responder as perguntas que estão no questionário, mesmo tendo assinado esse termo. As pesquisadoras estarão disponíveis para esclarecer qualquer dúvida que o pesquisado possa vir a ter, em qualquer etapa desta pesquisa¹.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo em participar do mesmo. Declaro também que as pesquisadoras me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE².

Estou ciente que receberei uma cópia deste documento sendo rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável

Mossoró, ____/____/ 2013

Raquel Mirtes Pereira da Silva
Pesquisadora responsável

Participante da Pesquisa

¹**Endereço residencial da pesquisadora responsável:** Travessia José Eustáquio, 844, Bairro: Paraíba. Caicó-RN.

²**Endereço Comitê de Ética e Pesquisa:** Av. Frei Galvão, N°12 - Bairro Gramame - João Pessoa-Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777 E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B-QUESTIONÁRIO

1. SEXO: () F () M
ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO () CASADO () OUTROS
PÓS GRADUAÇÃO () SIM () NÃO
TEMPO DE FORMAÇÃO:
TEMPO DE ATUAÇÃO NO SAMU:

2. QUAIS AS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS ATENDIDAS POR VOCÊ NO ÚLTIMO ANO?

() PRÉ-ECLAMPSIA () ECLAMPSIA () HIPERTENSÃO ARTERIAL

() ABORTAMENTO () RUTURA UTERINA () OUTROS

3. QUAL A CONDUTA NESSE ATENDIMENTO?

4. QUAIS AS PRINCIPAIS DIFICULDADES VIVENCIADAS NESSE TIPO DE ATENDIMENTO?

ANEXO

ANEXO A - Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 4ª Reunião Ordinária realizada em 11 de abril 2013 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado **"URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS ATENDIDAS PELO SAMU-192 DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN:UM OLHAR DA ENFERMAGEM"** protocolo número: 59/2013, CAAE: 14418613.8.0000.5179 e Parecer do CEP: 271.128 da pesquisadora responsável: **Raquel Mirtes Pereira da Silva** e das pesquisadoras associadas: **Karla Simões Cartaxo Pedrosa, Patrícia Milena de Morais Cruz Martins e Gilselene Martins de Oliveira.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/07/2013, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 14 de maio de 2013

Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do CEP/FACENE

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE