

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LAETE MENDES PEREIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

MOSSORÓ

2014

LAETE MENDES PEREIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves

MOSSORÓ

2014

LAETE MENDES PEREIRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada pela aluna Laete Mendes Pereira, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

.

Aprovado em: _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves (FACENE/RN)

Orientador

Prof. Esp. Ana Cristina Arrais (FACENE/RN)

Membro

Prof. Esp. Patrícia Helena de MoraesCruz Martins (FACENE/RN)

Membro

Dedico a meus pais Pedro Nel Pereira (In Memoriam) e Antonia Mendes Pereira (In Memoriam) que hoje se encontram com Deus, mais sempre me incentivaram na profissão que escolhi. Verdadeiros amigos, companheiros e confidentes, que hoje lá de cima estão orgulhosos com a minha vitória.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela ajuda nas dificuldades que enfrentei. Me deu a vitória nas horas mais difíceis de minha vida.

Agradeço a todos de minha família, especialmente a meus pais Pedro Nel Pereira (In Memoriam) e Antonia Mendes Pereira (In Memoriam) que hoje vivem com Deus brilhando e torcendo por mim.

Agradeço a meus amigos que fiz em cada turma que passei e aos meus professores desejo tudo de bom, pela paciência que tiveram comigo durante todo esse tempo.

Agradeço a meu orientador Thiago Enggle competência, dedicação e pela orientação que contribuiu muito para a realização desse trabalho.

A Ana Cristina e Patricia Helena que aceitaram participar da banca, para avaliar e melhorar meu trabalho.

Aos preceptores de todos os estágios em especial a Herbene que mim acompanhou durante três meses e contribuiu muito para minha formação.

Aos os funcionários de cada setor da FACENE.

Devemos ser grato a Deus pelos pequenos detalhes. Nos detalhes descobrimos o valor de uma realidade. Olhar as miudezas da vida faz a diferença. (Eça de Queiroz)

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente destinado ao atendimento de pacientes graves e que necessitam de assistência médica e de enfermagem de forma contínua. Algumas doenças podem levar um paciente a ser admitido em UTI, dentre elas estão as intercorrências obstétricas. As principais complicações são: eclampsia, síndrome de Hellp, Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD), embolia por líquido amniótico, trauma e sepse. Diante disso, como se configura a assistência de enfermagem às intercorrências obstétricas na Unidade de Terapia Intensiva? O objetivo foi analisar a assistência de enfermagem às intercorrências obstétricas na Unidade de Terapia Intensiva e os objetivos específicos foram conhecer a assistência de enfermagem as intercorrências obstétricas na Unidade de Terapia Intensiva; caracterizar os participantes da pesquisa; e conhecer as principais intercorrências obstétricas na Unidade de Terapia Intensiva. É uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado nas UTI's da Casa de Saúde Dix-Sept Rosado e do Hospital da Mulher Parteira Maria Correia. Foi utilizado como instrumento de pesquisa um roteiro de entrevista semi-estruturado. A coleta de dados ocorreu mediante aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa. E foi realizada no mês de março de 2014. A análise dos dados foi feita em duas etapas. A primeira refere à caracterização dos indivíduos, analisado com base no enfoque do método quantitativo. Os dados foram dispostos em forma de gráficos, a outra etapa da entrevista foi analisada enfocando o método qualitativo, através do Discurso do Sujeito Coletivo. A amostra foi formada por 10 enfermeiros das UTI's dos dois hospitais. Destas 60% é constituído por profissionais com idade entre 25 a 35 anos, 50% do sexo masculino e 50% do feminino, 70% tem como estado civil casado, 90% dos profissionais concluiu o curso de formação entre 1 e 10 anos, 80% possuem especialização, 10% com especialização e mestrado, 10% apenas graduados. 60% da amostra tem especialização na área de urgência e emergência, 50% são especialista em UTI, já a obstetrícia é representada apenas por 10% da amostra. Quanto aos dados qualitativos, os enfermeiros disseram que as doenças que mais ocorrem na UTI são: pré-eclâmpsia, eclampsia, Síndrome de HELLP e atonia uterina. Percebemos que grande parte da amostra tem conhecimentos sobre as intercorrências obstétricas. Enquanto outros não relatam especificamente os cuidados voltados para as gestantes e puérperas. Apenas dois enfermeiros falaram da terapia com sulfato e uso de drogas vasoativas, dessa forma foi observado que a fala dos entrevistados condizia com a literatura. Os enfermeiros disseram que elaboram o plano de cuidados com base em protocolos da instituição e através de anamnese e exame físico. As dificuldades que eles relataram ter no serviço foram à falta de equipamentos e materiais, falta de acompanhamento da equipe obstétrica. Foi percebido que os cuidados realizados pelos enfermeiros nas intercorrências obstétricas condizem com a literatura, mas grandes partes dos entrevistados não relataram essa conduta. Por isso é importante que haja capacitações com esses profissionais para que essa assistência melhore o quadro das pacientes e diminua a mortalidade materna.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva. Obstetrícia. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) is an environment for the care of critically ill patients who require medical care and nursing continuously. Some diseases may cause a patient to be admitted to the ICU, among them are obstetric complications. The main complications are eclampsia, HELLP syndrome, Disseminated Intravascular Coagulation (DIC), amniotic fluid embolism, trauma and sepsis. Thus, how to set up the nursing care for obstetric complications in the Intensive Care Unit? The objective was to analyze the nursing care for obstetric complications in the intensive care unit and specific objectives were to know the nursing care in obstetric complications in the intensive care unit; characterize the research participants; and know the major obstetric complications in the intensive care unit. It is an exploratory and descriptive qualitative research. The study was conducted in the ICU of the Casa de Saúde Dix-Sept Rosado and Hospital da Mulher Parreira Maria Correia. A script by semi structured interview was used as a research instrument. Data collection took place with the approval of the research project by the Research and Ethics Committee. It was held in March 2014. Data analysis was done in two steps. The first relates to the characterization of the individuals analyzed based on the perspective of the quantitative method. The data are shown in graph forms; the next stage of the interview was analyzed focusing on the qualitative method, using the Collective Subject Discourse. The sample consisted of 10 nurses from ICUs of the two hospitals. Of these 60% is made up of professionals aged between 25-35 years, 50% male and 50% female, 70% are married, 90% of the professionals have completed the training course between 1 and 10 years, 80 % have specialization, 10% with specialization and master, only 10% graduates. 60% of the sample has specialization in the area of emergency care, 50% are specialist in ICU, and obstetrics is now represented by only 10% of the sample. Regarding qualitative data, the nurses said that diseases occur more in the ICU are: preeclampsia, eclampsia, HELLP syndrome and uterine atony. We noticed that most of the participants have knowledge of obstetric complications. While others do not report specifically focused care for pregnant and postpartum women. Only two nurses spoke of sulfate therapy and vasoactive drugs, thus it was observed that the interviewees matched the literature. The nurses said that elaborate the plan of care based on protocols of the institution and by history taking and physical examination. The difficulties they have in service were reported to lack of equipment and materials, lack of monitoring of the obstetric team. It was realized that the care provided by nurses in obstetrical complications consistent with the literature, but large parts of the interviewees did not report this conduct. Therefore it is important that training with these professionals that such assistance improve the framework of patients and decrease maternal mortality.

Keywords: Intensive Care Units. Obstetrics. Nursing care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO	9
1.2 JUSTIFICATIVA	10
1.3 HIPÓTESE	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3.1 INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO.....	13
3.1.1 DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação) - Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia	13
3.1.2 Síndrome de HELLP	14
3.1.3 Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD)	15
3.1.4 Abortamento	16
3.1.5 Embolia por Líquido Amniótico	17
3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AS INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	17
4 METODOLOGIA	20
4.1 TIPO DE PESQUISA	20
4.2 LOCAL DA PESQUISA	20
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA	21
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	21
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	21
4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	21
4.8 FINANCIAMENTO	22
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	23
5.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	23
5.2 DADOS RELACIONADOS AO TEMA PROPOSTO.....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	44
ANEXO	48

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente destinado ao atendimento de pacientes graves que possuem chances de sobrevivência e que necessitam de assistência médica e de enfermagem de forma contínua. É um espaço de alta complexidade, reservado e único no ambiente hospitalar que estabelece monitorização e vigilância constante ao paciente crítico que precisa de tratamento intensivo. Além disso, permite monitorização de parâmetros vitais importante sobre o estado hemodinâmico e função respiratória do cliente (VARGAS; BRAGA, [2003]).

O surgimento da UTI teve início na década de 1960, durante a Guerra do Vietnã, onde os soldados gravemente feridos necessitavam de uma assistência rápida. Desse modo, os mesmos eram atendidos de forma improvisada por uma equipe de médicos e enfermeiros (SILVA et al, 2006). No decorrer dos anos essas UTI's tiveram evoluções tecnológicas e farmacológicas que colaboraram na ampliação dos conhecimentos sobre diversas patologias com o intuito de promover uma assistência qualificada ao paciente em estado crítico (JERONIMO, 2010).

Na década de 70 foram instaladas as primeiras UTIs no Brasil, com a finalidade de concentrar pacientes de alta complexidade em uma área hospitalar apropriada, requerendo a disponibilidade de infraestrutura própria, equipamentos e materiais, além da capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento do trabalho com segurança (ABRAHAO, 2010).

A necessidade de oferecer um atendimento especializado faz com que as UTIs tenham em seu núcleo uma equipe multiprofissional altamente qualificada, com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos de enfermagem entre outros. Diante disso, é importante ressaltar que o enfermeiro que trabalha em UTI deve estar capacitado para atender pacientes críticos exercendo atividades de maior complexidade, sendo necessária autoconfiança respaldada no conhecimento científico para que este possa conduzir o atendimento do paciente com segurança. O preparo adequado do profissional constitui um importante instrumento para o sucesso e a qualidade do cuidado prestado na UTI (VARGAS; BRAGA, [2003]).

Existem diversas doenças e complicações que podem levar um paciente a ser admitido em UTI, dentre elas estão as intercorrências obstétricas que podem ser desenvolvidas durante o ciclo grávido-puerperal (AMORIM, 2006). Durante a gravidez as alterações fisiológicas

normais acontecem para proporcionar o crescimento fetal e preparar a mãe para o parto. As complicações clínicas ou obstétricas podem alterar essa adaptação e mudam de uma gravidez normal para uma situação crítica (MAIOLATESI, 2007).

As principais complicações que indicam admissão em UTI são: eclampsia, síndrome de Hellp, Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD), embolia por líquido amniótico, trauma e sepse. Vale salientar que o prognóstico dessas pacientes em geral é bom requerendo geralmente intervenção mínima com baixas taxas de mortalidade em geral inferior a 3% (AMORIM, 2006).

Estudos demonstram que as complicações obstétricas são responsáveis por quase 50% de todas as mortes maternas no mundo, aumentando 25 vezes o risco de morte em países subdesenvolvidos, como o Brasil, quando comparados aos países desenvolvidos (RESENDE; MONTENEGRO, 2010).

Diante dessa problemática, surge o seguinte questionamento: Como se configura a assistência de enfermagem às intercorrências obstétricas na Unidade de Terapia Intensiva?

1.2 JUSTIFICATIVA

Quando as complicações obstétricas não são tratadas em tempo hábil, poderão evoluir para um agravo clínico que necessite de tratamento crítico, em uma UTI, onde essas mulheres serão cuidadas na tentativa de reverter às instabilidades clínicas, oferecendo condições de recuperação e reintegração social. Diante disso a assistência de enfermagem torna-se fundamental na recuperação dessas mulheres. Para isso os enfermeiros deverão ter amplo conhecimento científico sobre patologias comuns da gestação e puerpério, para prestar assistência às suas clientes, utilizando como referencial os diagnósticos de enfermagem. Este diagnóstico permite o planejamento do cuidado fundamentado em conhecimentos científicos e utilização do raciocínio clínico (OLIVEIRA; FREITAS, 2009).

A partir das vivências em UTI, pode-se observar um grande número de casos de pacientes que foram admitidas em UTI por intercorrências obstétricas. E tendo em vista que a gravidade das complicações obstétricas é responsável por grande parte de todas as mortes maternas no mundo, se faz necessário um estudo sobre tal distúrbio patológico.

Dessa forma, compete à enfermagem promover o cuidado para pacientes com complicações obstétricas, empregando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no acompanhamento de pacientes com complicações obstétricas e sua repercussão no

processo da assistência como parte da integralidade dos cuidados prestados para estas pacientes.

1.3 HIPÓTESE

A assistência proporcionada pela enfermagem na UTI à pacientes com complicações obstétricas é realizada baseada na SAE associado ao tratamento medicamentoso, proporcionando alívio dos sinais e sintomas, identificando possíveis intercorrências e promovendo uma melhora no quadro dessas pacientes. O Profissional de enfermagem precisa conhecer as patologias que levam essas pacientes para UTI, sua fisiopatologia, sinais e sintomas e os diversos tipos de tratamento. Dessa forma cabe ao enfermeiro investigar a história clínica da paciente, realizar exame físico, um plano de cuidado para em seguida implementar e avaliar se essas pacientes estão reagindo de forma positiva ao tratamento proposto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a assistência de enfermagem às intercorrências obstétricas na Unidade de Terapia Intensiva

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a assistência de enfermagem as intercorrências obstétricas na Unidade de Terapia Intensiva;
- Caracterizar os participantes da pesquisa;
- Conhecer as principais intercorrências obstétricas na Unidade de Terapia Intensiva.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

3.1.1 DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação) - Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia

Os distúrbios hipertensivos da gestação incidem aproximadamente 5% a 10% de todas as gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. A hipertensão gestacional ocorre com o aumento da pressão sanguínea, sem proteinúria, após 20 semanas de gravidez. Normalmente, a PA se normaliza nas primeiras 12 semanas de puerpério, podendo ser definida como “transitória”. Considera-se hipertensão na gravidez os valores absolutos de PA sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica de > 90mmHg. Existem diferentes tipos de hipertensão que podem acontecer na gestação (RESENDE; MONTENEGRO, 2010).

A pré-eclâmpsia é definida pelo aparecimento de hipertensão após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa e apresentando proteinúria com 300mg ou mais de proteína em urina de 24h. É uma alteração multissistêmica, de causa desconhecida, específica da gravidez e do puerpério, relacionada a um distúrbio placentário que cursa com vasoconstricção aumentada e redução da perfusão. O edema frequentemente acompanha o quadro clínico, mas não faz parte dos critérios diagnósticos da síndrome (BRASIL, 2012).

A pré-eclâmpsia pode ser considerada grave quando apresenta os níveis de PA sistólica >160 mmHg e/ou diastólica de >110mmHg. A perfusão renal diminui em consequência de lesão endotelial e vasoespasmo arterial, e com isso ocorre uma taxa de filtração glomerular diminuída levando a oligúria. A lesão endotelial provoca o extravasamento de proteínas, resultando em proteinúria > 5g/24h, uréia e creatinina sérica elevada. Pode desenvolver também edema pulmonar evidenciado por tosse, dispneia, dor torácica, taquicardia, cianose e escarro róseo e espumoso (MAIOLATESI, 2007).

A eclâmpsia é a complicação da pré-eclâmpsia que corresponde ao envolvimento do sistema nervoso central levando a convulsões ou coma na ausência de condição neurológica subjacente. É responsável por até 12% de todas as mortes maternas nos países desenvolvidos. A eclâmpsia é uma das mais graves complicações dentro da obstetrícia. A mortalidade perinatal pode atingir um percentual de 25%. Podendo ocorrer na gestação, no parto ou no puerpério imediato (CABRAL, [2009]).

Na eclâmpsia as convulsões podem ser seguidas de coma, grande redução do débito renal, mau funcionamento do fígado, hipertensão extrema, bem como um estado tóxico generalizado do corpo. Em geral, ocorrem momentos antes do parto. Se não for realizado o tratamento, uma percentagem alta desta vem a falecer. No entanto, com a utilização adequada e imediata de substâncias miorrelaxantes e vasodilatadoras, de ação rápida, para normalizar a pressão arterial, seguido de interrupção imediata da gravidez por operação cesariana, o quadro pode ser revertido (CABRAL, [2009]).

3.1.2 Síndrome de HELLP

Síndrome de HELLP é considerada uma das formas mais graves de pré-eclâmpsia que agrava o prognóstico materno. É um termo utilizado para caracterizar a condição em que uma gestante com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia apresenta hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia. Geralmente acomete múltíparas com idade mais avançada enquanto a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia afetam tipicamente nulíparas jovens (KATZ et al, 2007).

É uma doença em dois estágios, caracterizada por defeito placentário e pela disfunção endotelial. A síndrome de HELLP tem origem no desenvolvimento anormal da placenta, produzindo fatores que ofende sistemicamente a ativação de plaquetas e/ou vasoconstritores. A lesão endotelial dos vasos hepáticos seguida de ativação, agregação e consumo de plaquetas, resulta em isquemia e morte dos hepatócitos (PEREIRA; MONTENEGRO; RESENDE FILHO, 2008).

Essa síndrome ocorre em aproximadamente 20% dos casos de pré-eclâmpsia grave e está associada à grande morbidade materna e perinatal. A incidência ocorre com maior frequência no terceiro trimestre, embora esta condição às vezes se desenvolva no segundo trimestre ou na semana seguinte ao parto. Ela pode acarretar à insuficiência cardíaca e pulmonar, hemorragia interna, acidente vascular cerebral, incluindo descolamento prematuro de placenta, insuficiência renal, hematoma hepático subcapsular, parto prematuro, podendo acarretar a morte da mãe e do concepto. Outras complicações para o feto podem incluir o crescimento uterino restrito e SARA (Síndrome da angústia respiratória) (OLIVEIRA et al, 2012).

O diagnóstico precoce é, eminentemente, laboratorial e deve ser pesquisado de maneira sistemática em mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia. Ainda que as alterações hematológicas e hepáticas sejam consensuais para o diagnóstico de síndrome HELLP, os critérios e os níveis laboratoriais não são (PARPINELLI; NEME, 2006).

As manifestações clínicas podem ser imprecisas, sendo comuns, queixas de mal estar geral, náuseas, vômitos e inapetência em gestantes com pré-eclâmpsia. Um sintoma bastante frequente é a dor epigástrica, estando presente em 80% dos casos seguidas pela queixa de ganho de peso excessivo e agravamento do edema. A anemia hemolítica é o limite da síndrome de HELLP. É atribuída à deformidade e à destruição das hemácias na microcirculação, secundária ao dano endotelial e ao depósito de fibrina nas paredes dos vasos (PARPINELLI; NEME, 2006).

A Síndrome HELLP é uma condição grave que requer uma avaliação materno fetal completa. A primeira conduta a ser consideradas é a interrupção imediata da gestação, auxiliada por cuidados intensivos. O tempo correto para a interrupção de um concepto viável depende de uma série de fatores da mãe, do feto e do tipo e condições de assistência obstétrica, clínica e neonatal oferecida (OLIVEIRA et al, 2012).

A segunda possibilidade de ação seria uma conduta semi-intervencionista baseada no uso de corticóides administrados a mãe com o objetivo de acelerar a maturidade pulmonar fetal, reduzir a incidência de hemorragia intraventricular neonatal e de melhorar a adaptação hemodinâmica do recém-nato pré-termo (OLIVEIRA et al, 2012).

3.1.3 Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD)

É a aceleração do processo de coagulação com utilização dos diversos fatores plasmáticos e das plaquetas, obstrução da microcirculação por trombos de fibrina e ativação secundária do sistema fibrinolítico (RESENDE; MONTENEGRO, 2010).

O consumo e depleção dos fatores de coagulação e plaquetas podem levar a sangramento difuso caracterizando como primeiro sinal. A CIVD é sempre secundária a uma doença de base e a identificação e tratamento da doença de base é fundamental para a resolução da síndrome (PINTÃO; FRANCO, 2001).

Ela pode se apresentar de duas formas: aguda, com descolamento prematuro da placenta, embolia por líquido amniótico, retenção de ovo morto e infecção intra uterina e crônica pela pré-eclâmpsia. Os sinais e sintomas apresentados são hemorragia vaginal durante e após o parto, gengivorragias, epistaxes, hemorragias do tubo digestivo, hematomas ou sangramento nos locais de punção (RESENDE; MONTENEGRO, 2010).

Além do tratamento da doença de base é necessário estratégias de suporte como: antibioticoterapia, administração de fluídos, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e do equilíbrio acidobásico, suporte ventilatório e cardiocirculatório. De forma geral as

intervenções realizadas na CIVD se baseia no uso de anticoagulantes, reposição de plasma e plaquetas e administração de inibidores fisiológicos da coagulação (PINTÃO; FRANCO, 2001).

3.1.4 Abortamento

É a morte ou expulsão do óvulo antes de 22 semanas ou quando o conceito pesa menos de 500g. O abortamento é dito precoce quando ocorre até a 12ª semana e tardio quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semanas. Pode ser espontâneo ou provocado. O abortamento pode ser classificado nas seguintes formas clínicas: Ameaça de abortamento, aborto inevitável, aborto retido, aborto infectado, aborto completo, aborto incompleto, aborto habitual. O diagnóstico é clínico e ultrasonográfico (BRASIL, 2012).

Na ameaça de aborto ocorre sangramento, cólicas discretas, hipersensibilidade sobre o útero, lombalgia, colo fechado ou discretamente dilatado. É necessário realizar exame vaginal e orientar a gestante a ter repouso no leito. No aborto inevitável acontece sangramento mais abundante, colo dilatado, ruptura das membranas, contrações uterinas dolorosas. Nesse ocorre a expulsão do embrião, seguida por dilatação e curetagem. Já no aborto habitual é espontâneo em gestações sucessivas. No incompleto o feto geralmente é expulso, placenta e membranas retidas. No aborto retido o feto morre dentro do útero e fica retido, não apresenta nenhum sintoma de aborto, mas os sintomas da gestação regridem tamanho do útero e das mamas. Quando o feto não é expulso depois do diagnóstico, a indução com ocitocina pode ser utilizada. O feto morto retido pode levar ao desenvolvimento da CIVD ou infecção. (NETTINA, 2003).

As manifestações clínicas apresentadas são cólica uterina, dor lombar. Pode acontecer sangramento vaginal como mancha escurecida, evoluindo para sangramento franco, conforme o embrião vai se separando do útero. Elevados níveis de Beta-hCG (gonadotrofina coriônica humana) por até duas semanas após a perda do embrião. Pode apresentar complicações como hemorragia, septicemia, infecção uterina e CIVD (NETTINA, 2003).

Devido o risco de hemorragia pós-aborto, mulheres que passam por procedimentos cirúrgicos devem ficar no mínimo 30 minutos sob observação, após o término do procedimento para controle do sangramento vaginal e sinais vitais (PARPINELLI; NEME, 2006).

3.1.5 Embolia por Líquido Amniótico

A embolia pulmonar por líquido amniótico (ELA) é uma complicação da gestação que pode ser fatal. É uma causa comum de mortes maternas nos abortos, no pós parto imediato e puerpério. Estudos mostram que a incidência é variável oscilando entre um caso para 1:8.000 à 1:80.000 (ALMEIDA et al, 2007).

Conteúdos sólidos de líquido amniótico, mecônio, descamação epitelial, tecido amorfo, lipídios, pigmentos biliares e lanugem entram na circulação materna, pelos sinusóides venosos da circulação uteroplacentária, ou pelas veias endocervicais. Logo após esse material obstruir o fluxo sanguíneo e causar algum grau de vasoconstrição pulmonar reflexa, levando a um quadro de Cor pulmonale agudo, onde ocorre uma alteração da estrutura ou função do ventrículo direito, devido à hipertensão pulmonar (LEÃO; SILVA, 2009).

Os sintomas apresentados na ELA são: dispnéia abrupta, cianose e hipotensão arterial, encontrados durante o trabalho de parto e seguidos por colapso cardiopulmonar. O quadro geralmente é seguido por sintomas como mal estar, angustia, astenia, arrepios, dor torácica, náuseas, vômitos e tosse. No tratamento de embolia é feito a manutenção da função cardíaca ventricular esquerda para combater hipoxemia arterial, choque e CIVD (FURLEY, 2001).

O diagnóstico clínico da ELA é, sobretudo, de exclusão. É importante iniciar imediatamente o suporte à vida e excluir causas mais comuns de colapso circulatório (sepse, tromboembolismo pulmonar, infarto do miocárdio, descompensação de cardiopatia prévia, eclâmpsia), causas anestésicas (como intoxicação por anestésicos locais e anafilaxia) e também causas de choque hemorrágico (atonia uterina, ruptura uterina e descolamento prematuro de placenta - DPP) (LEÃO; SILVA, 2009).

O sangramento uterino durante o trabalho de parto sempre conduz ao diagnóstico diferencial das hemorragias da segunda metade da gravidez. A ELA pode se assemelhar ao DPP pela existência de hipertonia uterina e a sintomatologia materno-fetal crítico, podendo ocasionar complicações, como choque, CIVD e cor pulmonale agudo. Se a gestante apresentar um quadro de dor abdominal forte e persistente, o diagnóstico de DPP deve ser prioritariamente considerado em função de sua incidência (0,5 a 1,5% das gravidezes e mais de 30% das hemorragias do terceiro trimestre) (LEÃO; SILVA, 2009).

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AS INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A gravidez é um evento biologicamente normal e alguns fatores podem estar presentes de forma a tornarem-se riscos potenciais de complicação para a saúde da mãe e/ou filho. Para isso identificar o limite entre a normalidade, a doença instalada e suas complicações é fundamental na prevenção da morbi-mortalidade materno-fetal. Visto que essas complicações obstétricas levam à paciente a necessidade de tratamento crítico em uma UTI (OLIVEIRA; FREITAS, 2009).

Pacientes em ambiente de UTI necessitam de cuidado de enfermagem aumentados, baseado em avaliações críticas e rápidas, planos de cuidados abrangentes, serviços bem coordenados com outros profissionais da saúde, além de um efetivo e conveniente planejamento de alta (POTTER; PERRY, 2004).

Diante disso faz-se necessário que o conhecimento de enfermeiro de UTI, seja desde a identificação da sintomatologia das doenças, administração e efeito de medicamentos até o funcionamento e adequação de aparelhos (VARGAS; BRAGA, [2003]).

O papel do enfermeiro na UTI consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas (HUDAK; GALLO, 1997 apud VARGAS; BRAGA, [2003]).

O plano de cuidados deve ser desenvolvido, de acordo com os Dispositivos Legais Norteadores da Prática de Enfermagem na Resolução COFEN-223/1999 “Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo Gravídico puerperal”. Essa assistência pode ser definida pelo cuidar que implica em colocar-se no lugar do outro, com o intuito de proteger, promover e preservar a saúde, fornecendo ao outro a capacidade de autoconhecimento e controle no sentido de harmonia interna (COFEN, 1999).

A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, conforme a resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), necessitando da colaboração da equipe de enfermagem para realizar algumas etapas do processo de enfermagem. Destaca também na mesma resolução, que a SAE deve ser realizada em toda instituição de saúde, seja ela, pública ou privada e cabe ao enfermeiro, com exclusividade, a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem (COFEN, 2009).

Desta forma é possível o enfermeiro proporcionar atenção abrangente às parturientes durante as intercorrências e complicações obstétricas que se verificam no trabalho de parto e nascimento, através da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. É relevante citar a importância de proporcionar à mulher suporte emocional uma vez ser um período o

qual a mulher encontra-se suscetível a várias alterações dentre as quais, as emocionais (AGUIAR et al., 2010).

As complicações obstétricas poderão evoluir para um agravo clínico que necessite de tratamento crítico em UTI. Onde essas mulheres serão cuidadas na tentativa de reverter às instabilidades clínicas, oferecendo condições de recuperação e reintegração social. Diante disso, os cuidados prestados por enfermeiros de UTI são fundamental no tratamento e recuperação dessas mulheres. Os mesmos deverão ter amplo conhecimento científico sobre patologias comuns da gestação e puerpério, para prestar assistência às suas clientes, utilizando como referencial o diagnóstico de enfermagem. Este diagnóstico permite o planejamento do cuidado fundamentado em conhecimentos científicos e utilização do raciocínio clínico (OLIVEIRA; FREITAS, 2009).

As necessidades de cuidado de enfermagem a intercorrências obstétricas em uma UTI aumentam, visto que as pacientes irão precisar de avaliações críticas e rápidas, planos de cuidados abrangentes, serviços bem coordenados, além de um efetivo e conveniente planejamento de alta (OLIVEIRA; FREITAS, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa que, de acordo com Minayo (2007) é aquela que responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

A abordagem qualitativa, conforme apresentada por Polit, Beck e Hunger (2004), contribui para subsidiar a compreensão da realidade delimitada pelos locais e sujeitos da pesquisa, buscando identificar as relações entre os aspectos envolvidos em cada fase do estudo, bem como os fenômenos investigados por cada fase específica e o conteúdo geral. O método qualitativo difere do quantitativo por não utilizar um instrumento estatístico como base do processo de análise de um problema. A abordagem qualitativa de um problema justifica-se por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social.

4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no âmbito da Casa de Saúde Dix-Sept Rosado e no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia, tomando por base o discurso e a prática dos atores sociais responsáveis, sendo estes os enfermeiros das UTI desses hospitais, escolhidos previamente e que se dispuseram a participar do estudo. A escolha do referente local ocorreu por ser o campo onde acontecem as práticas que interessam ao estudo, além de que o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguir não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo (MINAYO, 2007).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por todos os enfermeiros das UTI's dos dois hospitais, tendo como amostra 10 profissionais. Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram: ser enfermeiro da UTI e aceitar participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: não assinar e estar afastado das atividades assistenciais.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir de entrevistas semi-estruturadas, sendo este o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva. (MINAYO, 2007).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi formalizada após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril do ano de 2014. Os dados foram coletados através de gravação em aparelho eletrônico. Os enfermeiros que estiverem dentro dos critérios de inclusão e fora dos de exclusão foram abordados pessoalmente, solicitando sua participação, abordando problema de pesquisa, objetivos, metodologia, riscos e benefícios. Ao aceitar participar do estudo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico e as informações obtidas transcritas e submetidas à transcrição, extraindo-se de cada relato a idéia principal e suas expressões-chave, empregado-se a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

O Discurso do Sujeito Coletivo é um discurso síntese elaborado com pedaços de discurso de sentido semelhante reunidos num só discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Como forma de assegurar o anonimato dos colaboradores, estes serão identificados por pseudônimos. Após a coleta das informações, foi realizado a análise dos dados conforme a literatura pertinente ao tema.

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo foi desenvolvido observando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõem a Resolução 466/2012 CNS/MS. Para isso o mesmo foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE.

A Resolução nº 466/2012 CNS/MS, é sem dúvida, um documento de suma importância no campo da bioética, no sentido de assegurar uma conduta ética responsável por parte aos pesquisadores na realização de pesquisa com seres humanos. Este estudo foi desenvolvido observando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

Conforme a Resolução 311/2007 COFEN, o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. O profissional de enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética (COFEN, 2007).

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, que são: constrangimento as responder determinadas perguntas ou envolvimento afetivo com o tema ou com o serviço, de forma que interfira nas respostas. Já os benefícios, que superam os riscos, são: produção de novos conhecimentos sobre o tema e contribuições para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem às intercorrências obstétricas.

4.8 FINANCIAMENTO

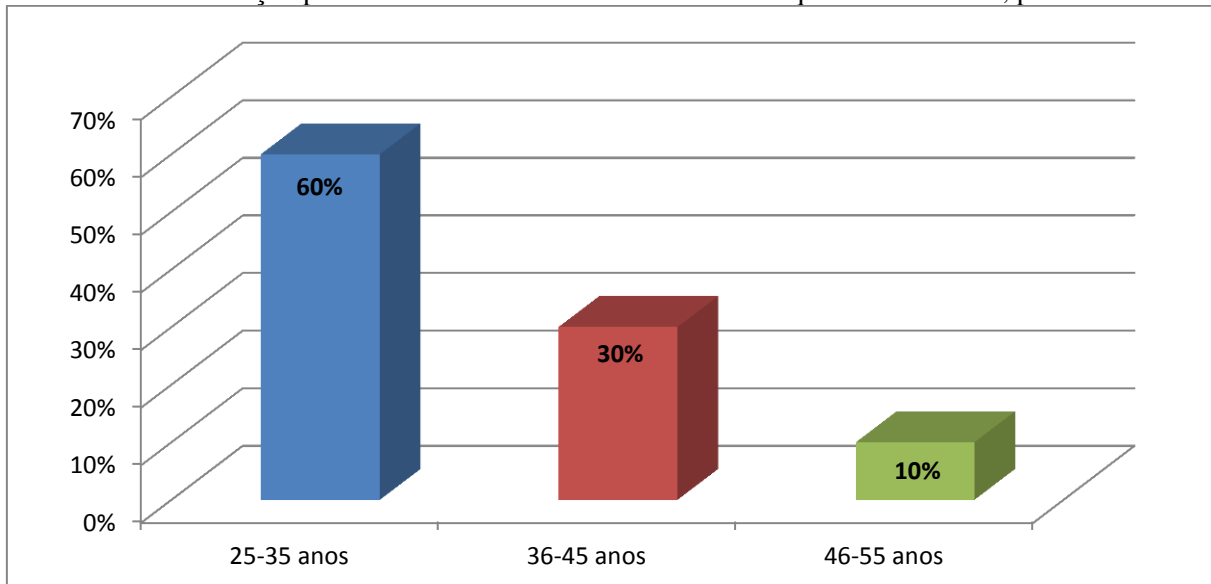
Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Neste item, são apresentados os achados da caracterização dos participantes da pesquisa que trabalham na UTI da Casa de Saúde Dix-Sept Rosado e no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia. Esta caracterização está representada pela idade, sexo, estado civil, tempo de profissão, maior titulação e tempo de atuação na UTI. Para melhor compreensão estão devidamente organizados segundo a ordem em que foram aplicados.

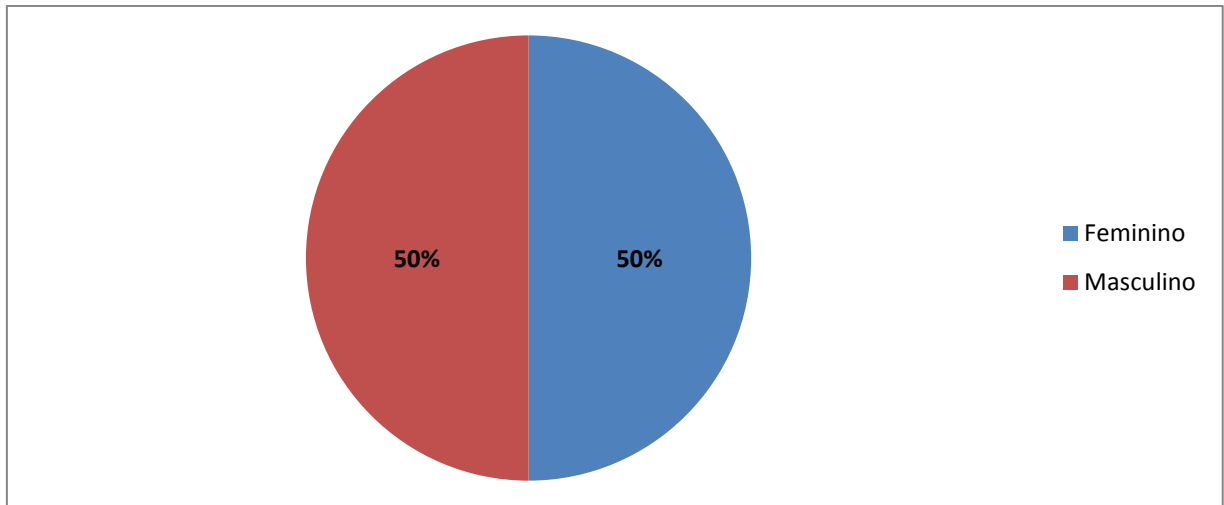
Gráfico 1 – Distribuição percentual dos enfermeiros entrevistados que atuam na UTI, por faixa etária.



Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

No gráfico 1 os entrevistados estão distribuídos por faixa etária em que 60% é constituído por profissionais com idade entre 25 a 35 anos, 30% com idade entre 36 a 46 anos e 10% pertencem ao grupo compreendido entre 46 a 55 anos de idade.

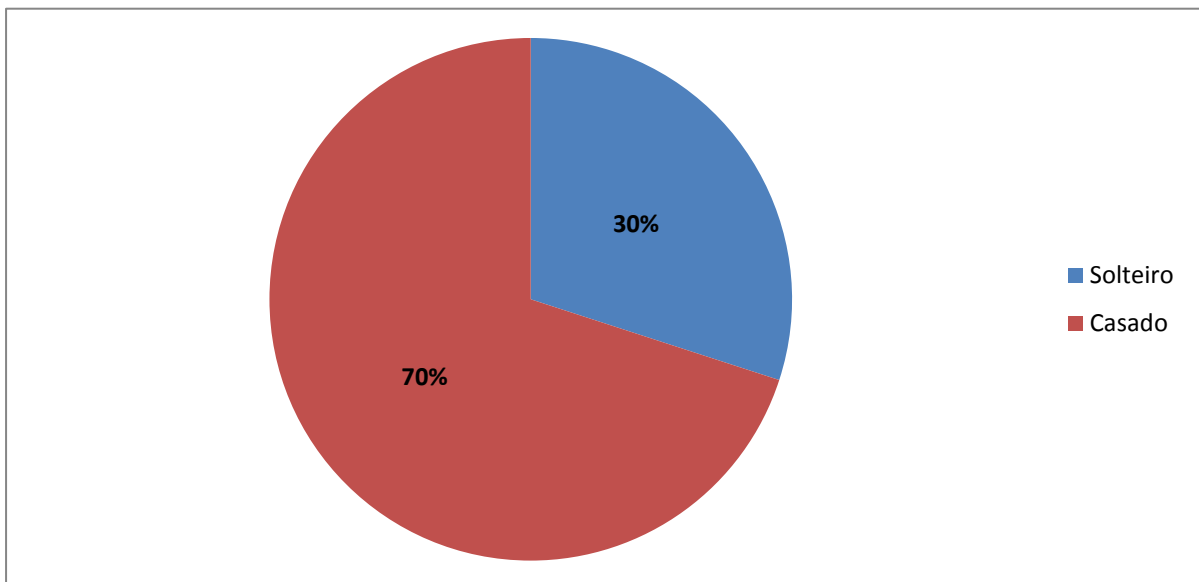
Gráfico 2 - Distribuição percentual das enfermeiras entrevistadas quanto ao sexo.



Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

De acordo com o Gráfico 2, que se refere ao sexo, a amostra constituiu-se de 10 enfermeiros que atuam na UTI da Casa de Saúde Dix-Sept Rosado e no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia., desses (50%) dos participantes é do sexo masculino, e (50%) do sexo feminino.

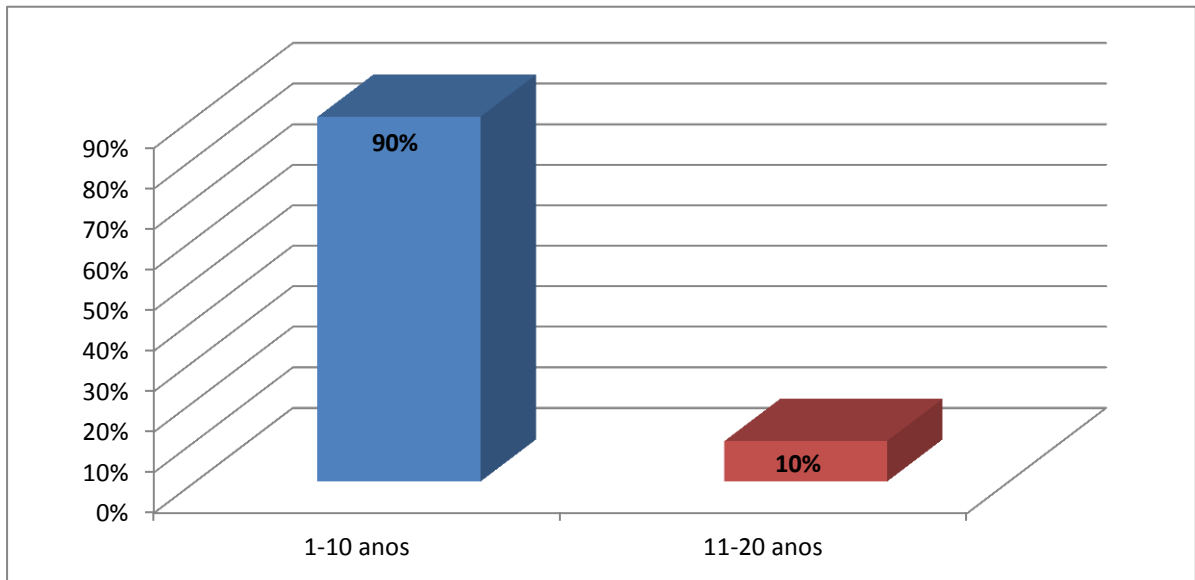
Gráfico 3– Distribuição percentual dos enfermeiros entrevistados quanto ao estado civil.



Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

O gráfico 3 mostra que grande parte da amostra tem como estado civil casado, representando 70% da amostra.

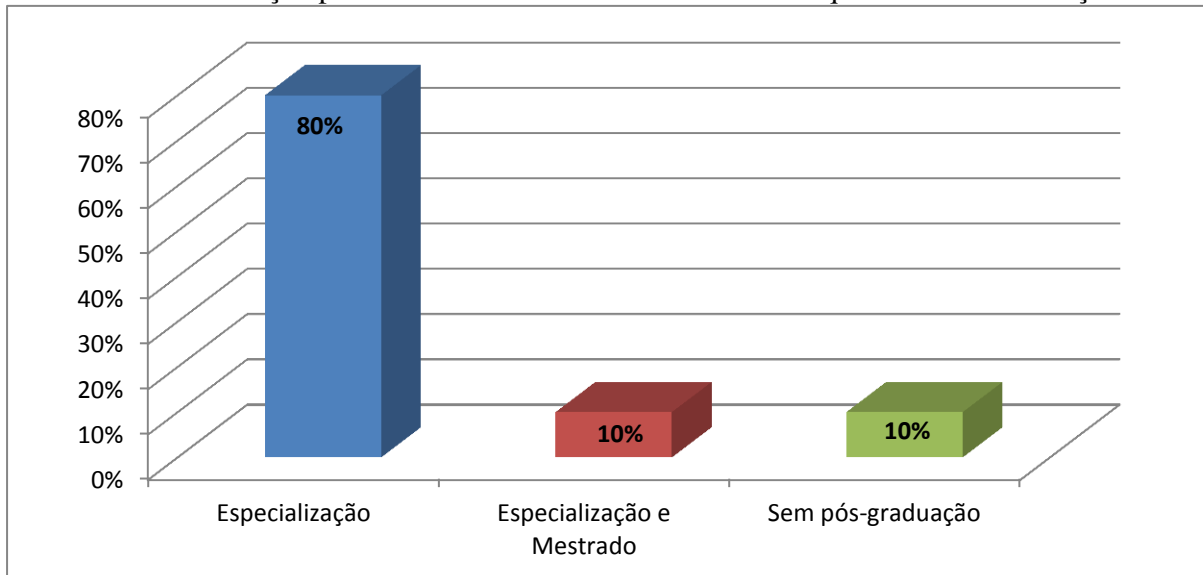
Gráfico 4 - Distribuição percentual dos enfermeiros quanto ao tempo de formação.



Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

Como mostra o gráfico 4 percebe-se que os enfermeiros entrevistados concluiu o curso de formação entre 1 e 10 anos correspondendo a 90% dos profissionais, e 10% entre 11 e 20 anos.

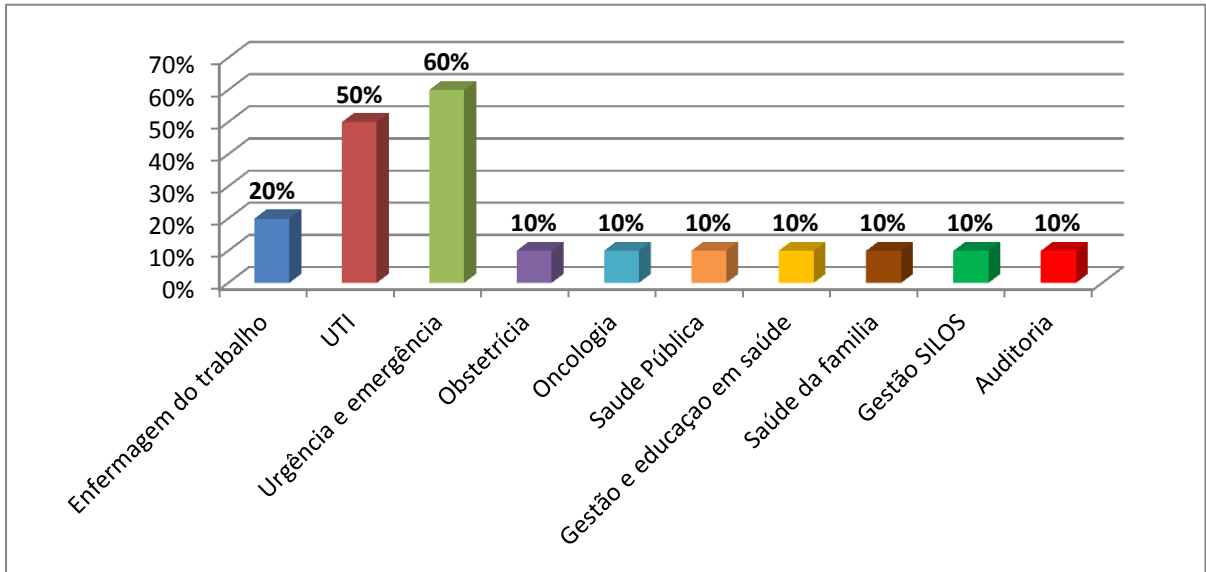
Gráfico 5 - Distribuição percentual das enfermeiras entrevistadas quanto à maior titulação.



Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

O gráfico 5 representa o percentual de enfermeiros quanto à maior titulação. Dos enfermeiros entrevistados, 80% possuem especialização, 10% com especialização e mestrado, 10% apenas graduados, e não sendo encontrados enfermeiros com doutorado.

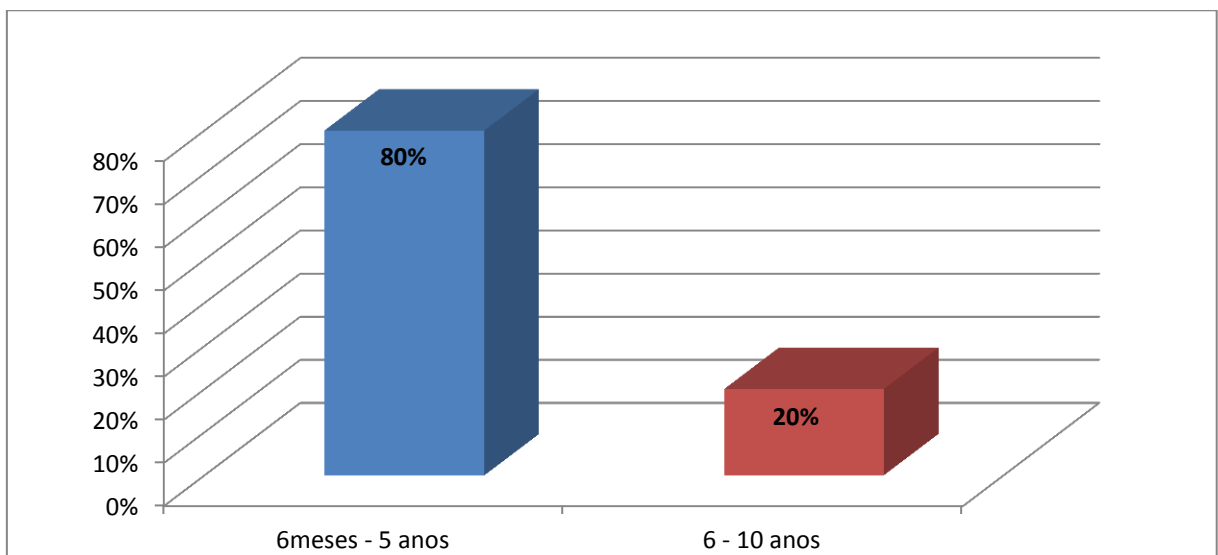
Gráfico 6– Distribuição dos enfermeiros entrevistados quanto à área de especialização.



Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

O gráfico 6 mostra que a prevalência de especialização por parte dos enfermeiros, é na área de urgência e emergência representando 60% da amostra e 50% são especialista em UTI, já a obstetrícia é representada apenas por 10% da amostra. Como o local da pesquisa foi em duas maternidades que são referência para atender pacientes com intercorrências obstétricas seria interessante que esses enfermeiros tivessem especialização em obstetrícia para melhor atender essas pacientes.

Gráfico 7– Distribuição dos enfermeiros entrevistados quanto ao tempo de atuação na UTI.



Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

O gráfico 7 refere-se ao tempo de atuação na UTI, observa-se que esses profissionais possuem certo conhecimento no referido setor onde 80% dos participantes apresentam entre 6 meses a 5 anos de experiência e 20 % dos entrevistados possuem entre 6 a 10 anos de conhecimento, demonstrando que os profissionais possuem um tempo significativo para atuação no serviço possuindo habilidade suficiente para assumir o mesmo.

5.2 DADOS QUALITATIVOS RELACIONADOS AO TEMA PROPOSTO

Este capítulo contempla a análise e discussão dos resultados, sendo feito um debate entre a realidade coletada e a literatura, culminando com a produção de novos conhecimentos.

Quadro 1 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Quais são as intercorrências obstétricas que mais ocorrem na Unidade de Terapia Intensiva?

Ideia Central 1	Expressões Chaves
Pré-eclâmpsia, eclampsia, atonia uterina, síndrome de Hellp e ectociese	[...] as relacionadas a Doenças hipertensivas específicas da gestação e as complicações hemorrágicas, sejam do período pré-parto ou pós-parto. Enf.4 [...] descolamento prematuro de placenta; anemias graves Enf.6 Pré-eclâmpsia, eclampsia, atonia uterina, síndrome de Hellp e ectociese. Dentre as mais frequentes, as duas primeiras citadas. Enf.7
DSC: As relacionadas a doenças hipertensivas específicas da gestação e as complicações hemorrágicas, sejam do período pré-parto ou pós-parto. As mais frequentes são Pré-eclâmpsia e eclampsia. As outras são Síndromes de Hellp, atonia uterina, ectociese, descolamento prematuro de placenta e anemias graves.	

Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

De acordo com quadro 1 pode-se perceber que as intercorrências obstétricas que mais ocorrem na UTI são: Pré-eclâmpsia, eclampsia, Síndrome de HELLP e atonia uterina. As intercorrências que mais ocorrem na gestação geralmente causam manifestações que são identificadas durante gestação, porém, frequentemente os sinais e sintomas aparecem apenas no último trimestre da gestação, quando as alterações patológicas encontram-se num estágio avançado, determinando condições ameaçadoras à vida da mãe e/ou do feto, expondo às gestantes que necessitam de assistência especializada a situações de urgências/emergências obstétricas, exigindo intervenções imediatas e em alguns casos até mesmo a interrupção da gravidez (SMELTZER E BARE, 2009).

Quadro 2 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Descreva sua atuação no atendimento às pacientes com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva.

Ideia Central 1	Expressões Chaves
Anamnese, exame físico e monitorização dos sinais vitais das gestantes e puérperas	<p>[...] monitorizar PA, controlar débito urinário, avaliar as mamas se tem enrijecimento, avaliar edema em MMII para prevenir trombose venosa [...]. Enf.2</p> <p>[...] realizamos a anamnese e exame físico. O grande diferencial é a implantação de cuidados obstétricos específicos, como monitorização de batimentos cardíofetais [...]. Enf.4</p> <p>Organizar leito, receber paciente, monitorização cardíaca mais oxímetro de pulso, aferir PA, atentar quanto à frequência cardíaca e temperatura. Enf.8</p>
<p>DSC: Monitoramos PA, monitorização cardíaca mais oxímetro de pulso, organizamos o leito, realizamos a anamnese e exame físico, controle do débito urinário, avaliação das mamas se tem enrijecimento, avaliar edema em MMII para prevenir trombose venosa, atentar quanto à temperatura. O grande diferencial é a implantação de cuidados obstétricos específicos, como monitorização de batimentos cardíofetais.</p>	

Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

A ideia central 1 mostra os cuidados que os enfermeiros realizam ao receber uma gestante ou puérpera na UTI. A partir desta análise percebemos que grande parte da amostra tem conhecimentos sobre as intercorrências obstétricas. Enquanto outros não relatam especificamente os cuidados voltados para as gestantes e puérperas.

Inicialmente ao admitir uma gestante ou puérpera na UTI é importante que seja realizado uma anamnese identificando qual a queixa principal, intercorrências que ocasionaram a internação na UTI como: abortamento, hemorragias, pré-eclâmpsia, Síndrome de Hellp. História pregressa, medicações de uso, identificar história gineco-obstétrica, especialmente a idade gestacional, o número de gestações, tipo de parto, peso ao nascer e intercorrências de outras gestações. E em seguida realizar o exame físico da paciente através da ausculta cardio-respiratória, palpar a tireóide, verificar sinais vitais especialmente aferir pressão arterial, realizar a antropometria (verificação de peso e da altura) e calcular o índice de massa corporal (IMC) devido o excesso de peso ser um dos fatores de risco obstétricos mais comuns de risco para diabetes, distúrbios hipertensivos na gestação, maior taxa de cesarianas e aumento de complicações anestésicas e pós-operatórias (BRASIL, 2011).

Quadro 3 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Descreva sua atuação no atendimento às pacientes com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva.

Ideia Central 2	Expressões Chaves
-----------------	-------------------

Assistência de acordo com a individualidade e necessidade da paciente e família	<p>Conversar com a família e passar o quadro da paciente; tentar sempre passar para paciente sobre o estado do seu RN para diminuir a ansiedade Enf.2</p> <p>[...] o conforto, apoio psicológico.Enf.5</p> <p>A atuação do enfermeiro intensivista diante das intercorrências obstétricas varia conforme, o tipo de intercorrência, gravidade, subjetividade e individualidade de cada sujeito que necessita deste cuidado, pois trata-se de patologias divergentes que requer cuidados específicos, bem como de sujeitos com particularidades, subjetividades, desejos etc. Enf.7</p>
<p>DSC: A atuação do enfermeiro intensivista diante das intercorrências obstétricas varia conforme, o tipo de intercorrência, gravidade, subjetividade e individualidade de cada sujeito que necessita deste cuidado, pois trata-se de patologias divergentes que requer cuidados específicos, bem como de sujeitos com particularidades, subjetividades, desejos etc. Conversar com a família e passar o quadro da paciente, tentar sempre passar para paciente sobre o estado do seu RN para diminuir a ansiedade, dar conforto e apoio psicológico.</p>	

Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

Nesta ideia central 2 os enfermeiros referiram que a atuação deles é de acordo com a particularidade da paciente e da patologia que a mesma apresente. Não esquecendo também de dar informações e apoio a família. É importante ressaltar que pode-se perceber que dos entrevistados apenas três enfermeiros falaram sobre essa assistência.

Aguiar et al (2010) fala que é importante que o enfermeiro promova a aproximação dos parceiros ou familiares ao âmbito hospitalar, pois a família, nesses momentos, interfere positivamente para a melhora do estado geral da paciente, melhorando assim a auto-estima.

Quadro 4 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Descreva sua atuação no atendimento às pacientes com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva.

Ideia Central 3	Expressões Chaves
Administração de medicamentos	<p>[...] administrar medicamentos [...] Enf.2</p> <p>[...] terapia com sulfato e em casos mais graves o uso de drogas vasoativas [...]. Enf.4</p> <p>[...] monitorar e administrar terapêutica anti hipertensiva conforme indicação médica. Nos casos de pré-eclâmpsia grave acrescenta-se administrar anticonvulsivante sulfato de magnésio dose de ataque 4g (0,8 ml de sulfato de magnésio a 50% com 12 ml de ABD) infundir IV lentamente ou</p>

	5.0g (10ml de sulfato á 50%) IM em cada nadega. Dose de manutenção- 1g/h (10ml de sulfato mg à 50% ou 490ml de SG5% à 100ml/h em BIC, por 24h sulfactar. Enf.7
DSC: Monitorar e administrar medicamentos anti hipertensivo conforme indicação médica. Nos casos de pré-eclâmpsia grave acrescenta-se administrar anticonvulsivante sulfato de magnésio dose de ataque 4g (0,8 ml de sulfato de magnésio a 50% com 12 ml de ABD) infundir IV lentamente ou 5.0g (10 ml de sulfato á 50%) IM em cada nadega. Dose de manutenção- 1g/h (10ml de sulfato mg à 50% ou 490ml de SG5% à 100ml/h em BIC, por 24h sulfactar e em casos mais graves o uso de drogas vasoativas.	

Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

A ideia 3 traz a monitoração e administração da terapêutica anti-hipertensiva conforme indicação médica. Dos entrevistados apenas dois enfermeiros falaram da terapia com sulfato e uso de drogas vasoativas. Dentre os dois apenas um relatou de forma detalhada como é realizado a terapia medicamentosa com sulfato de magnésio, a dose de ataque e de manutenção. Dessa forma foi observado que a fala dos entrevistados condiz com a literatura.

O sulfato de magnésio é utilizado quando a gestante ou puérpera apresentam hipertensão, para prevenir ou tratar convulsão. Ele pode ser administrado por via intramuscular ou intravenoso. O gluconato de cálcio é mantido ao lado do leito como um agente de reversão para a intoxicação por sulfato de magnésio (NETTINA, 2003).

Quadro 5 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Descreva como você elabora o plano de cuidados para paciente com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva.

Ideia Central 1	Expressões Chaves
Sistematização da Assistência de Enfermagem	Sistematização da Assistência de Enfermagem; evolução dos quadros das pacientes. Enf.6 [...] baseia-se no histórico pré-admissional e diário da paciente, pois é através deste apanhado de dados que se formulam diagnósticos de enfermagem, os quais requerem cuidados direcionados. Enf.7 [...] O enfermeiro precisa estar focado na SAE, na UTI, seguindo os protocolos pré estabelecidos a cada patologia a intervenção da equipe. Enf.10
DSC: Baseia-se na Sistematização da Assistência de Enfermagem onde fazemos um histórico pré-admissional e diário da paciente, pois é através deste apanhado de dados que se formulam diagnósticos de enfermagem, os quais requerem cuidados direcionados e a evolução dos quadros das pacientes. O enfermeiro precisa estar focado na SAE seguindo os protocolos pré-estabelecidos a cada patologia a intervenção da equipe.	

Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

O quadro mostra que alguns profissionais relataram que realizam a SAE com as pacientes que dão entrada na UTI com intercorrências obstétricas. Mas durante a pesquisa pode perceber que a SAE não é desenvolvida de forma sistemática, trançando um plano de cuidados de acordo com o problema da paciente e descrita no prontuário da paciente.

A implantação da SAE no Brasil permanece em fase de construção, buscando estratégias que sejam aplicáveis nas diferentes áreas de atuação profissional. É importante ter uma atenção especial com a saúde da gestante e da puérpera com as doenças hipertensivas da gestação considerando a gestação como um período de mudanças físicas e emocionais, associada ainda ao risco de complicações materno-fetais. Com a utilização da SAE a enfermagem pode identificar as necessidades de cuidados de saúde, determinar as prioridades, planejar, implementar e avaliar ações apropriadas de enfermagem, visando promover uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada (AGUIAR et al, 2010). Apenas um participante da pesquisa relatou que SAE não funciona na UTI em que o mesmo trabalha.

Quadro 6 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Descreva como você elabora o plano de cuidados para paciente com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva.

Ideia Central 2	Expressões Chaves
Plano de Cuidados baseado em histórico e exame físico e protocolos	O plano é elaborado com base no histórico e exame físico e também de acordo com as necessidades apresentadas [...] Enf.4 [...] seguindo os protocolos do setor. Enf.6 [...] deve ser estabelecido a partir do conhecimento prévio de toda história ginecológica e obstétrica, como também os agravos e início do quadro atual [...]. Enf.9 [...] segue a protocolização da assistência na UTI/Obstétrica, levando sempre em consideração as especificidades de cada paciente e sua patologia [...]. Enf.10
DSC: O plano é elaborado com base no histórico e exame físico e também de acordo com as necessidades apresentadas, seguindo os protocolos do setor. Segue a protocolização da assistência na UTI/Obstétrica, levando sempre em consideração as especificidades de cada paciente e sua patologia e deve ser estabelecido a partir do conhecimento prévio de toda história ginecológica e obstétrica, como também os agravos e início do quadro atual.	

Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

Os enfermeiros disseram que elaboram o plano de cuidados com base em protocolos da instituição e através de anamnese e exame físico. Esse plano de cuidados deve ser

realizado com base na SAE, como citado anteriormente. Ele deve ser realizado de forma contínua e integral, por um sistema composto de cinco etapas: histórico, diagnósticos, planejamento, implementação (intervenções de enfermagem) e avaliação (AGUIAR et al., 2010). Mas na prática observamos que esse plano de cuidado não é realizado com todas suas etapas.

Diante disso é de suma importância a implantação e o desenvolvimento da SAE na UTI, para que o atendimento a essas mulheres se torne mais qualificado e humanizado de forma a aumentar suas sobrevidas e diminuir a mortalidade materna (CASTRO et al., 2005).

Quadro 7 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Descreva como você elabora o plano de cuidados para paciente com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva.

Ideia Central 3	Expressões Chaves
Cuidados de Enfermagem	<p>[...] realizar mudança de decúbito; monitorar sinais vitais, principalmente PA; avaliar mamas; realizar ausculta fetal se necessário; realizar higienização; realizar controle hídrico; observar edema. Enf.2</p> <p>[...] sinais vitais de 2 em 2 horas, monitorização contínua, oximetria de pulso, observação do padrão respiratório, nível de consciência, observar sangramento. Enf.3</p> <p>Observar sinais e sintomas de iminência de eclampsia, como: cefaléia frontal ou occipital persistente, distúrbios visuais, dor epigástrica ou hipocôndrio direito, proteína presente na urina de 24h. Enf.7</p> <p>[...] introduzir SVD e monitorar diurese rigorosamente, diurese inferior a 100 ml durante 4h precedentes pode ser indicativo de suspender sulfactante. Enf.7</p>
<p>DSC: Monitorar sinais vitais de 2 em 2 horas, principalmente PA, monitorização contínua, oximetria de pulso, observação do padrão respiratório, nível de consciência, avaliar mamas, realizar ausculta fetal se necessário, realizar higienização, observar sangramento, observar edema, realizar mudança de decúbito. Observar sinais e sintomas de iminência de eclampsia, como: cefaléia frontal ou occipital persistente, distúrbios visuais, dor epigástrica ou hipocôndrio direito, introduzir SVD e monitorar diurese rigorosamente, diurese inferior a 100 ml durante 4h precedentes pode ser indicativo de suspender sulfactante, proteína presente na urina de 24h e realizar controle hídrico.</p>	

Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

Esse quadro mostra os cuidados que os enfermeiros falaram que realizam nas pacientes com intercorrências obstétricas que dá entrada na UTI. Os cuidados realizados condizem com a literatura, mas grande parte dos entrevistados não relatou essa conduta.

A implementação dos cuidados de enfermagem é realizado com base nas prescrições de enfermagem, que devem ser estabelecidas a partir dos diagnósticos de enfermagem (NETTINA, 2003).

Além dos cuidados citados pelos enfermeiros da pesquisa, é importante mostrar o controle de infecção urinária controle da eliminação urinária e sondagem vesical, melhora da auto-estima e melhora da imagem corporal, controle de eletrólitos, controle hídrico e monitoração hídrica; avaliar a localização e a extensão do edema, pesar diariamente a paciente, manter registro preciso da ingestão e da eliminação, monitorar o estado de hidratação, monitorar os valores séricos e urinários de eletrólitos e proteínas, monitorar indicadores de sobrecarga/retenção de líquidos como crepitação e distensão de veia do pescoço (AGUIAR et al., 2010).

Apenas um dos enfermeiros entrevistados relatou a importância de monitorar diurese, tendo em vista que as pacientes em uso de sulfato de magnésio podem apresentar sinais de intoxicação que são oligúria, perda do reflexo patelar, depressão respiratória, parada respiratória e parada cardíaca. Ao observar esses achados interromper o uso de sulfato (NEME; ALVES, 2005).

Quadro 8 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Descreva como você elabora o plano de cuidados para paciente com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva.

Ideia Central 4	Expressões Chaves
Exames Laboratoriais	Viabilizar exames solicitados. Enf.2 monitorar exames: hemograma com ênfase (hematócrito e plaquetas), função renal (uréia e creatinina), função hepática (TGO, TGP, GGT) Enf.7
DSC: Viabilizar exames solicitados e monitorar o hemograma com ênfase (hematócrito e plaquetas), função renal (uréia e creatinina), função hepática (TGO, TGP, GGT).	

Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

Com relação a exames laboratoriais apenas um entrevistado falou dos principais exames solicitados para avaliar essas pacientes. É solicitado colher sangue e urina para avaliação laboratorial: hematócrito e hemoglobina para detectar a hemoconcentração ou hemólise; transaminases hepáticas e desidrogenase láctica para avaliar a função hepática e possível evolução para síndrome de HELLP; contagem de plaqueta para estudar a coagulação

e possível evolução para HELLP; bilirrubina e esfregaço de sangue periférico para observar a ocorrência de hemólise; ácido úrico, uréia, creatinina, clearance de creatinina e proteinúria para analisar função renal (RUDGE; PERAÇOLI; CUNHA, 2001).

Quadro 9 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Quais as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no atendimento a pacientes com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva?

Ideia Central 1	Expressões Chaves
Falta de equipamentos e materiais	<p>As principais dificuldades ainda se relacionam à falta de materiais. Enf.1</p> <p>Dificuldades de estrutura física, falta de materiais, equipamentos, falta de manutenção, falta de compromisso da gestão pública com os serviços de saúde. Enf.6</p> <p>Falta de recursos materiais e humanos, pois nem sempre dispomos de equipos de bomba de infusão para infundir eletrólitos e anticonvulsivantes necessário ao tratamento de algumas intercorrências obstétricas. Enf 7</p>
<p>DSC: As principais dificuldades ainda se relacionam à falta de materiais. Dificuldades de estrutura física, falta de recursos materiais, falta de equipamentos, pois nem sempre dispomos de equipos de bomba de infusão para infundir eletrólitos e anticonvulsivantes necessário ao tratamento de algumas intercorrências obstétricas, falta de manutenção, falta de compromisso da gestão pública com os serviços de saúde.</p>	

Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

Essa ideia mostra a necessidade dos gestores providenciarem equipamentos e materiais suficientes para atender a demanda, principalmente na UTI, que é um setor que recebe pacientes críticas e que necessitam de cuidados imediatos. A unidade carece de mudanças, de condições físicas, proporcionando condições significativas para o desenvolvimento de uma assistência humanizada (BARBOSA; SILVA, 2007).

Quadro 10 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Quais as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no atendimento a pacientes com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva?

Ideia Central 2	Expressões Chaves
Falta de acompanhamento da equipe obstétrica	<p>Atualmente vejo uma necessidade de acompanhamento mais frequente por parte da equipe de obstetrícia. É comum paciente ficar mais de 24 e 48 horas sem a avaliação deste especialista, ficando sua prescrição ao cargo do médico intensivista. Enf 4</p> <p>Atendimento especializado, exames de maior complexidade técnica. Enf.6</p>

	A maior dificuldade visualizada é falta de articulação entre a equipe obstétrica e a equipe de terapia intensiva no tangente a continuidade da assistência durante e após a terapêutica. Enf.9
DSC: Atualmente vejo uma necessidade de acompanhamento mais frequente por parte da equipe de obstetrícia. É comum paciente ficar mais de 24 e 48 horas sem a avaliação deste especialista, ficando sua prescrição ao cargo do médico intensivista. A maior dificuldade visualizada é falta de articulação entre a equipe obstétrica e a equipe de terapia intensiva na continuidade da assistência durante e após a terapêutica. E a realização exames de maior complexidade técnica.	

Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

Foi visto na fala dos enfermeiros da ideia central 2 que umas das dificuldades encontradas é falta de acompanhamento da equipe obstétrica, ficando a avaliação ao cargo do médico intensivista.

O manejo clínico realizado a pacientes com intercorrência obstétrica, muitas vezes requer a condução desses casos a interferência de vários especialistas. Visto que a maioria das UTIs relatam que a paciente crítica obstétrica é tratada por médicos intensivistas. E uma formação específica é necessária para a condução de tais casos. Diante disso é importante que a equipe tenha também um profissional capaz de prestar a assistência necessária, através de conhecimentos específicos de fisiologia materna e fetal. Esse profissional será essencial na tomada de decisões clínicas e cirúrgicas, assim como na interpretação de exames complementares. A equipe ideal de cuidados com a paciente crítica obstétrica seria composta, portanto, por obstetras e intensivistas, com a finalidade de rever e discutir diariamente todos os casos obstétricos da UTI (BANDEIRA, 2011).

Apenas dois enfermeiros relataram que não tem dificuldades no local de trabalho e que trabalha junto com a equipe da obstetrícia. Já na ideia anterior grande parte disse que a equipe da obstetrícia não acompanha as intercorrências junto com os da UTI.

Quadro 11 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Quais as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no atendimento a pacientes com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva?

Ideia Central 3	Expressões Chaves
Falta de profissional qualificado e demanda excessiva de pacientes	Falta de treinamentos para equipe. Enf.6 Dispomos de pouco profissional para a demanda do cuidado intensivo necessário, pois conforme rege a RDC nº7 é necessário um técnico de enfermagem para cada dois pacientes graves e na maioria das vezes dispomos de dois técnicos para sete pacientes graves. Enf.7

por profissionais	A grande dificuldade na maioria das vezes é a falta de comunicação dos profissionais com os pacientes, devido quantidade excessiva de atividades e pela assistência a muitas pacientes. Enf.8
DSC: A grande dificuldade é a falta de comunicação dos profissionais com os pacientes, devido quantidade excessiva de atividades e pela assistência a muitas pacientes. Falta de treinamentos para equipe. Além de dispomos de poucos profissionais para a demanda do cuidado intensivo necessário, pois conforme rege a RDC n°7 é necessário um técnico de enfermagem para cada dois pacientes graves e na maioria das vezes dispomos de dois técnicos para sete pacientes graves.	

Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

A ideia central 4 mostra que os profissionais de enfermagem estão sobrecarregados devido a um dimensionamento inadequado de profissionais de enfermagem interferindo na assistência prestada ao paciente.

É necessário profissional de enfermagem qualificado e um dimensionamento adequado com o intuito de proporcionar uma assistência de enfermagem com qualidade. E a necessidade do aumento da quantidade de profissionais (TANOS; MASSAROLLO; GAIDZINSKI, 2000).

Quadro 12 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Quais as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no atendimento a pacientes com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva?

Ideia Central 4	Expressões Chaves
Falta de recursos financeiros para a realização de alguns exames específicos	Falta de exames complementares, atendimento especializado, exames de maior complexidade técnica. Enf.6 [...] Outra dificuldade frequente, é a falta de recursos financeiros para a realização de alguns exames específicos: tipo ultrassonografia obstétrica com doppler. Enf.7 As vezes auxilio diagnósticos, quando o laboratório /USG, não da respostas devido. Enf.10
DSC: Falta de exames complementares e atendimento especializado. Outra dificuldade frequente, é a falta de recursos financeiros para a realização de alguns exames específicos como ultrassonografia obstétrica com Doppler e auxilio diagnósticos.	

Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

Esse quadro mostra que os profissionais de enfermagem afirmam que a quantidade de equipamentos e materiais disponíveis no hospital é insuficiente para a demanda. É necessário

que a UTI esteja equipada e providencie todos os exames que as pacientes com intercorrências obstétricas necessitem.

Quadro 13 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Quais são as atribuições do enfermeiro no atendimento a pacientes com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva?

Ideia Central 1	Expressões Chaves
Atribuições do Enfermeiro	<p>[...] avaliar e prescrever os cuidados com base no histórico e exame físico da gestante [...]. Enf.4</p> <p>Nosso papel e atribuições também são determinados pelo estado do paciente, mas no geral somos responsáveis por alguns tipos de procedimentos invasivos, responsáveis pela promoção do conforto físico, psicológico. Enf.5</p> <p>Dentre as atribuições da enfermagem nas intercorrências obstétricas inclui-se: a consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem: cuidados direto de enfermagem, pois é uma paciente de risco, que exige cuidado de alta complexidade, o que requer habilidade, base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Enf.7</p> <p>Desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem como forma de registro, como também desenvolver toda assistência alicerçada em protocolos técnicos específicos [...]. Enf. 9</p>
<p>DSC: As atribuições são determinadas pelo estado do paciente, mas no geral somos responsáveis por alguns tipos de procedimentos invasivos, pela promoção do conforto físico e psicológico. Dentre as atribuições da enfermagem nas intercorrências obstétricas inclui-se: o histórico e exame físico da gestante, realizar a consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem. Desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem alicerçada em protocolos técnicos específicos. Realizar cuidados direto de enfermagem, pois é uma paciente de risco, que exige cuidado de alta complexidade, o que requer habilidade, base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.</p>	

Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

Os enfermeiros falaram que suas atribuições são de acordo com o estado da paciente e que a assistência prestada é com base na SAE.

É importante estabelecer um processo de sistematização da assistência de enfermagem a gestante e puérpera de alto risco, baseada em um plano assistencial que permita evitar ou minimizar agravos possíveis pelo alto grau de risco identificado durante o período de internação na UTI (SETZ; DÍ'INNOCENZO, 2009).

Quadro 14 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à questão: Quais são as atribuições do enfermeiro no atendimento a pacientes com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva?

Ideia Central 2	Expressões Chaves
Supervisão e Coordenação	<p>[...] Gerir o pessoal de enfermagem para suprir as necessidades assistenciais, garantir o suprimento de materiais necessários ao atendimento dessas pacientes. Enf.4</p> <p>[...] Somos responsáveis por providenciar os insumos necessários para qualquer tipo de atendimento que a paciente precise. Enf.5</p> <p>[...] Supervisionar e coordenar a equipe de enfermagem. Enf.9</p>
<p>DSC: Somos responsáveis por supervisionar e coordenar a equipe de enfermagem e providenciar os insumos necessários para qualquer tipo de atendimento que a paciente precise. Como também gerir o pessoal de enfermagem para suprir as necessidades assistenciais, garantir o suprimento de materiais necessários ao atendimento dessas pacientes.</p>	

Fonte: Pesquisa de Campo (2014)

A ideia 2 fala sobre a supervisão e coordenação dos enfermeiros na assistência a pacientes com intercorrências obstétricas na UTI.

Na UTI as necessidades de cuidado de enfermagem aumentam, pois os clientes irão precisar de avaliações críticas e rápidas, planos de cuidados abrangentes, serviços bem coordenados com outros profissionais da saúde, além de um efetivo e conveniente planejamento de alta (BANDEIRA, 2011).

Assim, pode-se afirmar que quanto maior o número de necessidades afetadas do paciente, maior é a necessidade de se planejar a assistência, uma vez que a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada. Dessa forma, incorporar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma forma de tornar a Enfermagem mais científica, promovendo assim, um cuidar de Enfermagem humano, contínuo, mais justo e com qualidade para o paciente/cliente (SANTOS; COSTA NETO; NERY, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou analisar a assistência de enfermagem às intercorrências obstétricas na Unidade de Terapia Intensiva. Diante disso pode-se perceber que apesar dos enfermeiros relatarem entendimento sobre as intercorrências obstétricas, uma parte ainda tem dificuldade em identificar as alterações clínicas que as gestantes e puérperas apresentam.

Foi percebido que os cuidados realizados pelos enfermeiros nas intercorrências obstétricas condizem com a literatura, mas grande parte dos entrevistados não relataram essa conduta. Por isso é importante que haja capacitações com esses profissionais para que essa assistência melhore o quadro das pacientes e diminua a mortalidade materna.

Diante disso percebemos que os objetivos e a hipótese foram alcançados. Mas observamos na prática que a SAE não é realizada com todas suas etapas. São realizados apenas a anamnese, exame físico e intervenções de enfermagem, não sendo descrito os diagnósticos e enfermagem e o plano de cuidados traçado para a paciente.

Portanto é necessário que o profissional de enfermagem conheça as patologias que levam essas pacientes para UTI, sua fisiopatologia, sinais e sintomas e os diversos tipos de tratamento para que a partir disso ele possa fazer um plano de cuidado e avaliar se essas pacientes estão evoluindo de forma positiva ao tratamento.

Esse trabalho contribui para aprimorarmos nossos conhecimentos e trazer novos conhecimentos relacionados ao tema proposto. Esperamos que, a partir deste, outras pesquisas possam vir a serem desenvolvidas com a finalidade de aperfeiçoar a assistência de enfermagem as intercorrências obstétricas.

REFERÊNCIAS

ABRAHAO, Ana Lucia Capucho Lorena. A Unidade de Terapia Intensiva. In: CHEREGATTI, Aline Laurenti; AMORIM, Carolina Padrão. **Enfermagem: Unidade de Terapia Intensiva**. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

AGUIAR, Maria Isis Freire de. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem a Paciente com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 66-75, 2010.

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do Processo de Enfermagem: Promoção do Cuidado Colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALMEIDA, Edmilton Pereira de. et al. Embolia Pulmonar por Líquido Amniótico. Relato de Caso e Revisão da Literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** v.19 n. 2, 2007.

AMORIM, Melânia Maria Ramos et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, v.6, Supl 1, p. 55-62, maio, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Gestante em APS**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. 2011. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf> Acesso em: 15 nov. 2013.

BANDEIRA, Ana Rosa de Araújo Pereira. **Análise do perfil epidemiológico, sobrevida e fatores de prognóstico materno de pacientes admitidas em uma Unidade de Terapia Intensiva obstétrica**. 67f. Dissertação (Mestre em Perinatologia) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.60, n.5, p. 546- 51, 2007.

CABRAL, Rômulo Wanderley de Lima. **Atuação do enfermeiro nas intercorrências e complicações obstétricas durante o trabalho de parto e nascimento**. [2009]. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, n. VII, Minas Gerais, [2009]. **Anais ...** Minas Gerais: Aben, [2009]. Disponível em: http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0070.pdf Acesso em: 10 out. 2013.

CASTRO, Érica Vanessa Freire et al. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UTI OBSTÉTRICA: UM ESTUDO DE CASO COM PUÉRPERA EM PÓS-OPERATÓRIO POR ECLÂMPSIA. In: ANAIS DA 57ª REUNIÃO ANUAL DA SBPC - Fortaleza, 2005. **Anais ...** Fortaleza, 2005. Disponível em:

http://www.sbpcnet.org.br/livro/57ra/programas/senior/RESUMOS/resumo_963.html Acesso em: 25 mai 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 223, de 1999. **Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência á mulher no ciclo Gravídico puerperal.** Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999_4266.html Acesso em: 05 jan 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 311, de 08 de janeiro de 2007. Revoga a Resolução COFEN nº 240/2000. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN), Resolução COFEN-358 de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE.** Brasília, 2009. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>. Acesso em: 05 maio 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Revoga a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html Acesso em: 15 nov. 2013.

FURLEY, Pedro Rogério. Embolia Amniótica: Síndrome Anafilática da Gravidez. In: BENZECRY, Roberto. **Tratado de ObstéfricaFebrasg.** Revinter: Rio de Janeiro, 2001.

JERONIMO, Rosangela A. Sala. **Técnicas de UTI.** São Paulo: Rodell, 2010.

KATZ, Leila et al. Perfil clínico, laboratorial e complicações de pacientes com síndrome HELLP admitidas em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. **Revista Brasileira Gineco Obstétrica**, 2007.

LEÃO, Bruno Carvalho Cunha de; SILVA, Yerkes Pereira e. Embolia por líquido amniótico. *Revista Medica Minas Gerais* 19(3Supl 1): S59-S68, 2009.

LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana Maria Cavalcanti. O discurso do sujeito Coletivo: Um Enfoque em Pesquisa Qualitativa, 2ª Edição. Caxias do Sul: 2005.

MAIOLATESI, Cathleen R. A Mulher Grávida Criticamente Doente. In: MORTON, PatriciaGonce et al. **Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma Abordagem Holística.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade.** 26 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

NEME, Bussâmara; ALVES, Eliane Aparecida. Doença Hipertensiva Específica da Gestação: Eclâmpsia. In: NEME, Bussâmara. **Obstetrícia Básica.** 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

NETTINA, Sandra M. **Prática de enfermagem.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

OLIVEIRA MF, FREITAS MC. Diagnósticos e intervenções de enfermagem frequentes em mulheres internadas em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Bras. Enferm.** v.3, p. 343-8, 2009.

OLIVEIRA, RS et al. Síndrome Hellp: estudo de revisão para o cuidado de enfermagem. **Revista eletrônica global de enfermagem.** n.28, 2012. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/pt_revision2.pdf Acesso em: 20 mai 2014.

PARPINELLI, Mary Ângela; NEME, Bussâmara. Doença Hipertensiva Específica da Gestação: Síndrome HELLP. In:NEME, Bussâmara. **Obstetrícia Básica.** 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

PEREIRA, Marcos Nakamura; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge. Síndrome HELLP: diagnóstico e conduta. *Revista Femina.* v.35, n.2, 2008. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina-2_fevereiro_111-116.pdf Acesso em: 20 mai 2014.

PINTÃO, Maria Carolina Tostes; FRANCO, Rendrik F. Coagulação intravascular disseminada. *Medicina, Ribeirão Preto,* v.34, p. 282-291, 2001. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2001/vol34n3e4/coagulacao_intravascular_disseminada.pdf Acesso em: 22 mai 2014.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** Métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER PA; PERRY AG. **Fundamentos de enfermagem:** conceitos, processo e prática. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

RESENDE J, MONTENEGRO C.A.B. **Obstetrícia fundamental.** 11ª ed. Rio de Janeiro: v.3 Guanabara Koogan, 2010.

RUDGE, Marilza Vieira da Cunha; PERAÇOLI, José Carlos; CUNHA, Sérgio Pereira da. Eclâmpsia/Síndrome HELLP : Complicações Críticas da Pré-Eclâmpsia. IN: BENZECRY, Roberto; OLIVEIRA, Hildoberto Carneiro. **Tratado de Obstetrícia.** Revinter: Rio de Janeiro, 2001.

SANTOS, Ariane Gomes dos; COSTA NETO, Antônio Mariano da; NERY, Inez Sampaio. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA MATERNA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, n. VII, Minas Gerais, 2010. **Anais ...** Minas Gerais: Aben, 2010. Disponível em:http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeaon_icieon/files/0575.pdf Acesso em: 20 nov. 2013.

SETZ, Vanessa Grespan; DÍ'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem noprontuario por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm.** v.22, n.3, p.313-7, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf> Acesso em: 25 Abr.2014

SILVA, Carlos Roberto Lyra et al. A Unidade de Intensiva- UTI. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida; SILVA, Carlos Roberto Lyra; SILVA, Roberto Carlos Lyra. **CTI: Atuação, Intervenção e Cuidados de Enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2006.

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

TANOS, M.A.A.; MASSAROLLO, M.C.K. B.; GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v.34, n.4, p. 376-382, 2000.

VARGAS, Divani de; BRAGA, AnaLúcia. **O Enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Refletindo sobre seu Papel**. [2003]. Disponível em: <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459.pdf> Acesso em: 15 ago 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) Senhor(a):

Eu, Laete Mendes Pereira, pesquisadora assistente e aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/RN sob a orientação do pesquisador responsável, professor Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves, estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título “Assistência de enfermagem às intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva”. Tem-se como objetivo geral analisar a assistência de enfermagem as intercorrências obstétricas na Unidade de Terapia Intensiva e como objetivos específicos: Conhecer a assistência de enfermagem as intercorrências obstétricas na Unidade de Terapia Intensiva; Caracterizar os participantes da pesquisa; Conhecer as principais intercorrências obstétricas na Unidade de Terapia Intensiva.

Justifica-se essa pesquisa pela sua importância e benefícios tendo em vista que a gravidade das complicações obstétricas é responsável por grande parte de todas as mortes maternas no mundo, se faz necessário um estudo sobre tal distúrbio patológico.

Convidamos o(a) senhor(a) participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre o trabalho que realiza na Unidade de Terapia Intensiva a pacientes com intercorrências obstétricas.

Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo apresenta riscos mínimos aos participantes, que são: constrangimento as responder determinadas perguntas ou envolvimento afetivo com o tema ou com o serviço, de forma que interfira nas respostas. Já os benefícios, que superam os riscos, são: produção de novos conhecimentos sobre o tema e contribuições para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem às intercorrências obstétricas.

A participação do(a) senhor(a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo(a) pesquisador(a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

O(A) pesquisador(a) estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa¹.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do(a) senhor(a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o(a) pesquisador(a) me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE².

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a(s) página(s) anterior(es) e assinada a última por mim e pelo(a) pesquisador(a) responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do(a) pesquisador(a) responsável.

Mossoró, ____/____/2014.

Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves

Pesquisador(a) responsável

Participante da Pesquisa

¹Endereço residencial do(a) pesquisador(a) responsável: Av. Presidente Dutra, 701, Alto de Sao Manoel, Mossoró/RN. Email: thiagoenggle@facenemossoro.com.br. Tel: (84) 3312-0143.

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA
ENFERMEIROS

PARTE I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS

Idade: _____ anos;

Gênero: Feminino () Masculino ()

Estado Civil: Solteiro () Casado ()

Tempo de formação: _____

Especialização: sim () não ()

Área: _____

Mestrado: sim () não ()

Área: _____

Doutorado: sim () não ()

Área: _____

Tempo de atuação em Unidade de Terapia Intensiva (anos/meses) _____

PARTE II – QUESTÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AS
INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

1. Quais são as intercorrências obstétricas que mais ocorrem na Unidade de Terapia Intensiva?
2. Descreva sua atuação no atendimento às pacientes com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva.
3. Descreva como você elabora o plano de cuidados para paciente com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva.
4. Quais as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no atendimento a pacientes com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva?
5. Quais são as atribuições do enfermeiro no atendimento a pacientes com intercorrências obstétricas em Unidade de Terapia Intensiva?

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

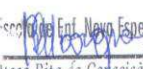
CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 1ª Reunião Extraordinária realizada em 30 de Janeiro 2014 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA", protocolo número: 09/14, CAAE: 26761014.9.0000.5179 e Parecer do CEP:521.762, Pesquisador responsável: **Thiago Enggle de Araújo Alves** e dos Pesquisadores associados: **Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins, Laete Mendes Pereira e Ana Cristina Arrais.**

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 30/06/2014, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 06 de Fevereiro de 2014

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.


 Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

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