

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

JULIA RICHTER HUMMEL

**EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: ESTUDO DE CASO MÚLTIPLO EM
TERAPIA INTENSIVA**

Uruguiana

2020

JULIA RICHTER HUMMEL

**EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: ESTUDO DE CASO MÚLTIPLO EM
TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharelado em Enfermagem.

Orientador: Josefina Busanello

Uruguaiana

2020

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo (a) autor (a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais).

H925e Hummel, Julia Richter
Emergências obstétricas: estudo de caso múltiplo em terapia
intensiva / Julia Richter Hummel.
36 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação)-- Universidade
Federal do Pampa, ENFERMAGEM, 2020.
"Orientação: Josefine Busanello".

1. Saúde da mulher. 2. Perfil de saúde. 3. Cuidados
críticos. 4. Obstetrícia. 5. Unidade hospitalar de Obstetrícia
e ginecologia. I. Título.

JULIA RICHTER HUMMEL

**EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: ESTUDO DE CASO MÚLTIPLO EM
TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharelado em Enfermagem.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 20 de novembro de 2020.

Banca examinadora:



Prof. Dra. Josefina Busanello
Orientador (UNIPAMPA)



Prof. Esp. Ana Elisa Hartmann
(UNIPAMPA)



Prof. Esp. Rita de Cássia Fossati Silveira Evaldt
(UNIPAMPA)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por trilhar meu caminho e me dado forças pra seguir nele e superar as dificuldades.

A minha família, que mesmo distante se fez presente, pelo amor, carinho e apoio incondicional.

A minha orientadora, pela confiança depositada em mim, pelas valiosas contribuições, pelo suporte e incentivo por me manter motivada por todo esse percurso.

Ao meu namorado pela paciência e apoio demonstrado durante essa trajetória.

As minhas amigas, que se tornaram irmãs nesse final de graduação. Em especial, a minha amiga Thaynan, pela companhia e paciência durante esses anos, pela ajuda nas coletas de dados e incentivo na escrita do artigo.

A toda Universidade Federal do Pampa e seu corpo docente do curso de enfermagem.

RESUMO

Objetivo: Analisar as emergências obstétricas assistidas em uma unidade de terapia intensiva adulto de um hospital do interior do Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo de casos múltiplos, envolvendo mulheres internadas com diagnóstico compatível com emergência obstétrica em uma UTI Adulto de um Hospital da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, no período entre 2016 e 2018. As informações foram coletadas a partir de prontuários e configuraram quatro casos clínicos. **Resultados:** Envolveu os diagnósticos de acidente vascular cerebral hemorrágico, eclampsia, tromboembolia pulmonar e sepse, que caracterizaram as emergências obstétricas. A faixa etária das mulheres variou entre 28 e 44 anos, sendo três gestantes e uma puérpera. O tempo de espera para internação na UTI foi de um dia para todas e o período de internação na UTI com média de seis dias. Todas as pacientes necessitaram de drogas vasoativas. **Conclusão:** O estudo permite subsidiar o cenário de pesquisa na construção de protocolos e auxiliar na articulação das redes de atenção à saúde para mulheres com gestação de alto risco.

Descritores: Saúde da Mulher; Perfil de saúde; Cuidados críticos; Obstetrícia; Unidade hospitalar de Obstetrícia e ginecologia; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To analyze obstetric emergencies assisted in an adult intensive care unit of a hospital in the interior of Brazil. **Method:** This is a multiple case study, involving women hospitalized with a diagnosis compatible with obstetric emergency in an Adult ICU of a Hospital on the Western Frontier of Rio Grande do Sul, in the period between 2016 and 2018. Information was collected from of medical records and configured four clinical cases. **Results:** Involved the diagnoses of hemorrhagic stroke, eclampsia, pulmonary thromboembolism and sepsis, which characterized obstetric emergencies. The age range of women ranged between 28 and 44 years, with three pregnant women and one who had recently given birth. The waiting time for admission to the ICU was one day for all and the period of hospitalization in the ICU averaged six days. All patients needed vasoactive drugs. **Conclusion:** The study allows to subsidize the research scenario in the construction of protocols and to assist in the articulation of health care networks for women with high-risk pregnancies.

Descriptors: Women's Health; Health profile; Critical care; Obstetrics; Obstetrics and gynecology hospital unit; Obstetric Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Figura 1. Síntese dos casos de emergência obstétrica assistidas em UTI

17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEO - Casos de Emergência Obstétrica

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

COVID-19 - Coronavírus Disease 2019

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

PAS – Pressão Arterial Sistólica

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SARS-COV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO	12
3 METODOLOGIA	14
4.1 Etapa 1: projeção do estudo	15
4.2 Etapa 2: coleta das informações e formatação dos casos clínicos	16
4.3 Etapa 3: análise dos casos clínicos	17
5 RESULTADOS	17
6 DISCUSSÃO	23
7 CONCLUSÃO	27
8 REFERÊNCIAS	29
10 ANEXO	33

APRESENTAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Emergências obstétricas: estudo de caso múltiplo em terapia intensiva” está estruturado no formato de artigo científico e seguirá as normas da Revista de Enfermagem UFPE Online (Anexo A).

Emergências obstétricas: estudo de caso múltiplo em terapia intensiva

Universidade federal do Pampa, Doutora em enfermagem (Josefine Busanello),
Graduanda em enfermagem (Julia Richter Hummel), Uruguaiana, Rio Grande do
Sul.

Introdução

Gestação de alto risco caracteriza-se pela presença de alguma doença materna ou condição sociobiológica, capaz de interferir na evolução da gestação, parto ou puerpério. ¹ Emergências obstétricas podem gerar risco de vida para mãe e para o feto, frente a ausência de cuidados adequados que atendam às necessidades específicas. ² Em muitas situações, é necessária monitorização contínua e cuidados avançados que somente a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode fornecer, com suporte de ventilação mecânica e hemodinâmico. ³

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a mortalidade materna no Brasil registrou 60 mortes para 100.000 nascidos vivos no ano de 2017. As principais causas são: hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); hemorragias graves (principalmente após o parto) e infecções (normalmente depois do parto). ⁴ Para a redução desses números, o Ministério da Saúde vem implementando políticas de humanização, melhorias na atenção ao pré-natal e qualificação profissional.

As principais emergências obstétricas apontadas nos estudos são as crises hipertensivas ^{5,6,7}, eclâmpsia e pré-eclâmpsia ^{8,6} e infecção e sepse ^{5,6}. Diabetes mellitus também é considerada uma das principais emergências, e apesar de não estar em destaque entre as principais causas de morte materna, se torna mais frequente em complicações de quadros hipertensivos e infecciosos (GOLDENBERG; et al, 2016). ^{5, 7 - 9}

Analisando casos de near miss materno em 255 pacientes internadas em unidade de terapia intensiva obstétrica de um hospital do Recife foi evidenciado os principais distúrbios: hipertensivos (62,7%), hemorrágicos (53,7%), infecciosos (49%), cardiopatias (4,7%) e tromboembolismo (2,4%). Os distúrbios hipertensivos incluem pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia e hipertensão arterial crônica agravada pela gestação. ¹⁰

Um estudo analisou a internação de 9.555 mulheres que apresentaram emergências obstétricas em 27 centros de referência obstétrica no Brasil. Foi evidenciado que 85,1% das mulheres foram atendidas em instituições hospitalares com disponibilidades de leitos em UTI; porém, apenas 25,3% delas foram realmente internadas em UTI. Quando analisada a proporção de morte materna, 17,1% das mulheres morreram sem internação em UTI, e 5,6% morreram durante o tratamento na UTI. O estudo concluiu que a não realização da estratificação de gravidade, para a utilização de leitos de UTI e tratamento das emergências obstétricas, pode trazer prejuízos para as mulheres e para a gestão do sistema de saúde. ¹¹

Recentemente, essa problemática ficou mais evidente frente à pandemia do SARS-COV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2). Um estudo brasileiro analisou 978 mulheres gestantes e puérperas com diagnóstico de COVID-19, e evidenciou taxa de letalidade de 12,7% (n=124). Entre os óbitos, a taxa de uso de ventilação mecânica foi de 64% (n=66); e 14,6% (n=15) não foram manejados com suporte ventilatório. O estudo também destaca que 22,6% das mulheres que foram a óbito, mesmo necessitando de cuidados intensivos, não chegaram a ser admitidas em UTI. Esse dado demonstra que pode haver falha no fluxo de pacientes

com emergências obstétricas para acessar a unidade intensiva e os suportes de vida que ela oferece.¹²

A mulher que enfrenta uma emergência obstétrica necessita de um cuidado diferenciado, que na maioria das vezes não se encontra na maternidade. Portanto, é de extrema importância identificar as principais emergências obstétricas incidentes em uma UTI, o perfil das mulheres acometidas por esses eventos, os cuidados fornecidos a elas durante sua internação, e confrontar com a literatura atual e as recomendações do Ministério da Saúde para analisar esses aspectos e avaliar o atendimento prestado.

O presente estudo contribuirá para gestão dos serviços de saúde, especialmente a organização dos fluxos das emergências obstétricas nos hospitais, e a definição dos critérios para a admissão da paciente em UTI. Ademais, o estudo é relevante, pois poderá subsidiar a organização do cuidado e a implementação de atividades de capacitação para os profissionais visando a assistência integral à saúde à mulher durante o ciclo gravídico puerperal no cuidado intensivo frente às emergências obstétricas. Assim, objetivou-se analisar as emergências obstétricas assistidas em uma unidade de terapia intensiva adulto de um hospital do interior do Brasil, a partir do estudo de caso múltiplo.

Método

O presente estudo foi desenvolvido a partir da técnica de estudo de casos múltiplos, que visa investigação profunda e aplicada em diversas situações, proporcionando comparação, reflexões e discussões sobre o tema.¹³ Está vinculado à pesquisa matricial intitulada “Perfil clínico e social dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital da Fronteira Oeste do RS”. Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal

do Pampa, sob parecer número 3.404.096, em 20 de junho de 2019, CAAE 12237519.4.0000.5323.

Para o desenvolvimento do estudo de casos múltiplos seguiu-se a Etapa 1, Etapa 2 e Etapa 3 e detalhadas a seguir.

Etapa 1: Projeção do estudo

Para a projeção do estudo foram definidas as questões norteadoras, a proposição de estudo e as unidades de análise.¹³ As questões norteadoras do estudo elencadas foram: Quais as características sociais das mulheres com emergências obstétricas atendidas em UTI? Qual o histórico do pré-natal e antecedentes gestacionais? Que sinais e sintomas foram identificados na avaliação inicial e que indicaram a necessidade de internação na UTI? Qual o tempo de espera das pacientes para internação em UTI após a indicação? Qual o diagnóstico clínico no momento da internação na UTI? Que sinais e sintomas foram registrados no momento de internação na UTI? Que tipo avaliação obstétrica/ginecológica foi realizada durante a internação na UTI? Quais as principais intervenções implementadas durante o cuidado intensivo? Quais os desfechos clínicos?

Como unidade de análise foram identificados os casos de mulheres internadas em UTI com diagnóstico compatível com emergência obstétrica. Considerou-se como cenário do estudo uma UTI Adulto de um Hospital da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. Essa unidade disponibiliza dez leitos de internação geral, e está alocada em instituição de médio porte que é referência loco regional. Esse hospital também possui maternidade com 37 leitos, e disponibiliza UTI Neonatal com oito leitos. O período estudado foi 2016 a 2018, no qual ocorreram 419 internações na referida UTI. Dessas, quatro internações foram de pacientes com emergência obstétrica, representando 0,95% das internações.

Etapa 2 - Coleta das informações e formatação dos casos clínicos

A organização da coleta das informações ocorreu a partir da elaboração de um instrumento semiestruturado para o resgate de informações pertinentes acerca das características sociais (idade; escolaridade; cor; profissão; estado civil); e as características clínicas, com ênfase nas informações sobre gestação e antecedentes obstétricos e ginecológicos (exame físico, avaliação obstétrica e exames complementares realizados na maternidade/pronto socorro e em UTI adulta; critérios/emergências de elegibilidade de emergência obstétrica). Como características do tratamento intensivo foram consideradas informações sobre os medicamentos utilizados; procedimentos utilizados, intervenções médicas, tempo de internação na UTI e desfechos clínicos. Previamente a realização da coleta dos casos realizou-se um estudo piloto com o objetivo de averiguar pertinência do instrumento.

As informações foram coletadas nos prontuários, que se constituem como fonte de dados documental. A coleta foi realizada no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (*SAME*), do referido hospital.

Os dados obtidos foram organizados em um arquivo de Microsoft Office Word, versão 16.0 do ano de 2019, e configurando quatro casos clínicos estruturados com os seguintes tópicos: Características sociais, gestação e antecedentes, exame físico na maternidade ou pronto socorro, avaliação obstétrica/ginecológica na maternidade ou pronto socorro, exames complementares realizados na maternidade ou pronto socorro, critérios/emergência de elegibilidade de emergência obstétrica, exame físico em UTI, avaliação obstétrica/ginecológica em UTI, exames complementares realizados em UTI, medicações utilizadas durante o tratamento, procedimentos realizados em

UTI, intervenções médicas, tempo de internação, desfecho da mãe e desfecho do recém-nascido.

Etapa 3: Análise dos casos clínicos

A estratégia utilizada para análise dos casos de emergência obstétrica (CEO) foi baseada nas questões norteadoras. Assim, em um primeiro momento, os casos foram analisados individualmente. Posteriormente, ocorreu o cruzamento das informações dos CEO, sendo os mesmos analisados na sua totalidade e confrontados com a literatura sobre o tema.¹³

1º análise individual de cada CEO: tipo de emergência obstétrica; idade; história pré-natal; comorbidades; se parto, que tipo; cuidados intensivos e desfecho.

2º cruzamento dos CEO: decifrar semelhanças e diferenças entre os casos, além de comparar o cuidado oferecido às mulheres.

Resultados

O presente estudo analisou quatro casos de pacientes com emergências obstétricas, assistidas em UTI, e que envolveram os seguintes diagnósticos clínicos: acidente vascular cerebral hemorrágico; eclâmpsia; tromboembolia pulmonar; e sepse. Figura 1 apresenta a síntese dos casos estudados.

CEO1. 44 anos; ensino médio completo; cor/raça parda; desempregada/do lar; evangélica; casada; 25ª semana de gestação; duas consultas pré natal; multigesta (4º gestação), com um aborto e duas cesarianas. Diagnóstico	CEO2. 29 anos; ensino médio completo; cor/raça branca; desempregada/do lar; católica; união estável; 30º semana de gestação; realizou cinco consultas de pré natal; multigesta (2º gestação), com parto normal anteriormente.
---	---

<p>de acidente vascular cerebral hemorrágico. Um dia de espera entre indicação e internação na UTI. Na UTI realizado avaliação de batimento fetal e ultrassonografia (anteriormente à cesariana) e avaliação da ferida operatória (após cesariana). Óbito materno, alta do recém-nascido.</p>	<p>Diagnóstico de eclâmpsia. Um dia de espera entre indicação e internação na UTI. Na UTI realizado avaliação de batimentos fetais (anteriormente à cesárea) e avaliação da ferida operatória, presença de lóquios (após cesárea). Alta materna, óbito fetal.</p>
<p>CEO3. 28 anos; ensino médio completo; cor/raça negra; desempregada/do lar; evangélica; solteira. 34^o semanas de gestação; sem registro do número de consultas de pré-natal; multigesta (2^o gestação), com parto normal prévio. Diagnóstico de tromboembolia pulmonar. Um dia de espera entre indicação e internação na UTI. Na UTI realizou avaliação dos batimentos fetais. Alta materna e do recém-nascido.</p>	<p>CEO4. 32 anos; ensino médio completo; cor/raça parda; trabalhadora doméstica; católica; casada. Puérpera, nove dias pós parto. Diagnóstico de sepse. Um dia de espera entre indicação e internação na UTI. Na UTI realizado avaliação de atonia uterina, presença de lóquios e de sangramento excessivo. Óbito.</p>

Figura 1. Síntese dos casos de emergência obstétrica assistidas em UTI (Autores 2020).

A faixa etária das mulheres que apresentaram emergência obstétrica variou de 28 a 44 anos, sendo três gestantes e uma puérpera. Em relação às

características sociais, observa-se que as pacientes apresentaram ensino médio completo, porém sem renda fixa e nem trabalho formal.

As gestantes, multigestas, foram hospitalizadas no segundo e terceiro trimestre da gestação, e apresentaram histórico pré-natal incompleto, sendo realizado de duas a cinco consultas. Três, das quatro pacientes, já haviam realizado parto normal anteriormente. Além disso, três mulheres eram múltiparas, e uma não apresentava essa informação em seu prontuário.

O tempo de espera entre a indicação e a internação na UTI foi de um dia, sendo o mesmo para todas. Considerando os sinais e sintomas, identificados na avaliação inicial, e que indicaram a necessidade de internação na UTI, observam-se particularidades entre os casos, considerando o tipo de emergência obstétrica apresentada e diagnóstico clínico.

CEO1 e CEO2 envolveram Síndromes Hipertensivas, nas quais os principais sinais e sintomas foram alteração neurológica, hipertensão arterial sistêmica e taquicardia. CEO1, em sua avaliação inicial, apresentou escala de coma de glasgow três, pupilas isocóricas, com suspeita de morte encefálica. Foi entubada já na chegada ao pronto socorro, apresentando hipertensão arterial sistêmica (180/100 milímetros de mercúrio), taquicardia e edema generalizado. Hemoglicoteste indicando 92 miligramas por decilitro; e batimentos fetais positivos (150 batimentos por minuto). Paciente realizava tratamento para hipertensão arterial sistêmica com Metildopa.

Na internação de CEO2 acompanhante relatou que a paciente apresentou convulsão. Apresentou escala de coma de glasgow 14, com confusão e sonolência; hipertensão arterial sistêmica (220/110 milímetros de mercúrio); taquicardia (120 batimentos por minuto); taquipnéia (22 movimentos respiratórios por minuto);

saturação 99%; hemoglicoteste 88 miligramas por decilitro; edema em membros. Apresentou perda de líquido amniótico de cor clara e batimentos fetais positivos. Paciente com sobrepeso (100 quilogramas). Sem diagnóstico de hipertensão gestacional e tratamento.

CEO3, em sua avaliação inicial no pronto socorro, apresentou saturação 82% e dispneia intensa. De imediato foi instalado oxigenoterapia a seis litros de oxigênio por minuto com máscara facial com reservatório. Hipertensa (130/100 milímetros de mercúrio) e taquicárdica (113 batimentos por minuto). Secreção vaginal de coloração esverdeada e odor fétido. Batimentos cardíacos fetais positivos (146 batimentos por minuto). Histórico de trombose venosa profunda e embolia pulmonar, realizava tratamento com anticoagulantes.

CEO4, no seu nono dia de puerpério, foi atendida no pronto socorro com queixa de dor abdominal. Apresentou saturação 95%, taquipnéia (21 movimentos respiratórios por minuto), hipotensão arterial (70/50 milímetros de mercúrio), taquicardia (135 batimentos por minuto). Apresentou sangramento vaginal com odor fétido. Histórico com confirmação de vírus da imunodeficiência humana (HIV) positivo.

Em relação à primeira avaliação na UTI, observou-se em CEO1 que a paciente apresentou escala de coma de glasgow três, e com tubo orotraqueal. Foi submetida à ventilação mecânica. Manteve-se hipertensa (170/84 milímetros de mercúrio) e taquicárdica (106 batimentos por minuto). Batimentos cardíacos fetais positivos (166 batimentos por minuto). Não houve melhora do quadro clínico, realizado tomografia do crânio e confirmado acidente vascular hemorrágico. Paciente foi encaminhada para bloco cirúrgico para realização de cesárea. Recém-nascido com 25 semanas apresentou Apgar oito, sem intercorrências, e

encaminhado para UTI neonatal. Após cesárea, paciente retornou para a UTI, e foi iniciado protocolo de morte encefálica, que foi confirmada. Familiares optaram pela não doação de órgãos. Paciente teve três dias de internação na UTI. Recém-nascido recebeu alta do hospital. Em toda sua internação, a paciente utilizou os seguintes medicamentos: Captopril, Clonidina, Hidralazina, Betametasona, Metilprednisolona, Fenitoína, Metoclopramida, Midazolam, Insulina, Levotiroxina e Dipirona.

Considerando as informações sobre a internação na UTI observadas no CEO2, paciente apresentava-se agitada, com respiração espontânea com oxigenoterapia a 2 litros por minuto. Normotensa, normocárdica, porém mantendo edema. Instituído cateter para esvaziamento gástrico, apresentando drenagem de secreção escura. Batimentos fetais oscilando, e posteriormente foi confirmada a ausência de batimentos fetais por ultrassonografia. Indicada cesárea para preservação da vitalidade materna. Após o parto, paciente retornou para a UTI e teve evolução do quadro clínico, sendo transferida para a maternidade e, posteriormente obteve alta hospitalar. Paciente teve dois dias de internação na UTI. As medicações utilizadas em todo seu tratamento foram: Ampicilina, Losartana, Metildopa, Hidralazina, Valium, Sulfato de magnésio, Heparina, Metoclopramida e Buscopan.

Na análise de CEO3 evidenciou-se que na avaliação inicial da paciente na UTI, a mesma apresentava-se lúcida e colaborativa, referindo náusea. Saturação 90%, mantendo oxigenoterapia com cinco litros de oxigênio por minuto, e com uso da musculatura acessória para respiração. Normotensa e normocárdica. Útero indolor, com batimentos cardíacos fetais de 168 batimentos por minuto. Durante sua internação na UTI utilizou terapia anticoagulante com heparina não fracionada. Paciente teve quatro dias de internação na UTI. Foi transferida para a

unidade de internação clínica, depois para a maternidade, na qual realizou cesariana e recebeu alta da unidade, juntamente com seu recém-nascido. Durante todo seu tratamento foram utilizadas as seguintes medicações: Kefazol, Metildopa, Heparina, Metoclopramida e Dipirona.

Conforme informações de CEO4, na UTI a paciente estava lúcida e comunicativa, com queixa de irritabilidade peritoneal e dor abdominal. Oxigenoterapia com três litros de oxigênio por minuto. Manteve-se hipotensa (90/40 milímetros de mercúrio) e taquicárdia. Teve perda de grande quantidade de secreção sanguinolenta via vaginal. Durante sua internação na UTI realizou curetagem para retirada de restos placentários. Posteriormente, foi entubada e recebeu suporte ventilatório. Na hemocultura apresentou resistência a todos os antibióticos. Paciente manteve instabilidade hemodinâmica, com hipotensão persistente, mesmo em uso de noradrenalina. Apresentou parada cardiopulmonar após 15 dias de internação na UTI e evoluiu para óbito. As medicações utilizadas no tratamento foram: Cefazolina, Clindamicina, Gentamicina, Ampicilina, Ceftriaxona, Furosemida, Metoclopramida, Dipirona, Petidina, Heparina, Metronidazol, Midazolan, Fentanil, Omeprazol, Noripurum, Complexo B, Ácido ascórbico, Noradrenalina, Gluconato, Cálcio, Enterogermina, Metoclopramida.

Considerando, especialmente, a análise das informações dos CEO pertinentes ao período de internação na UTI, observa-se que a média de dias de internação foi de seis dias, nos quais estiveram com monitorização e vigilância permanente, além de avaliação gineco obstétrica. Em relação ao suporte ventilatório avançado, identificou-se que CEO 1 e CEO4 necessitaram de via aérea artificial, ventilação mecânica e sedação. Todas as pacientes necessitaram de drogas vasoativas para controle da instabilidade hemodinâmica.

Discussão

Um estudo realizado em uma unidade de terapia obstétrica em Piauí, com 139 mulheres internadas no período de fevereiro a abril de 2014, evidenciou como as principais características sociais das emergências obstétricas a faixa etária entre 21 e 30 anos e cor da pele parda. ⁶ Quanto à escolaridade, o estudo de casos múltiplos também evidenciou a tendência de um estudo realizado em Recife, no qual 36,1% das mulheres apresentavam ensino médio completo. ¹⁴

No que se diz respeito às consultas de pré-natal, duas das quatro mulheres realizaram menos de seis consultas. Já em estudo realizado em Piauí, 42,4% da amostra realizou menos de seis consultas, considerando que o Ministério da Saúde recomenda esse número como mínimo para um pré-natal de qualidade. Esses dados explicitam a alta incidência de complicações já que esses atendimentos buscam a detecção precoce de agravos. ⁶

Dentre as principais emergências obstétricas, que exigem internação das mulheres no período gravídico puerperal em UTI, estão as crises hipertensivas. Em uma UTI foram investigadas 139 mulheres admitidas em estado grave, das quais 43,9% apresentaram síndrome hipertensiva específica da gravidez. ⁶ Outro estudo analisou 430 gestantes com idade acima de 35 anos, e evidenciou que 54 mulheres apresentaram essa complicação. ⁷ Em atendimentos pelo Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo, foram investigadas 2.360 complicações gestacionais, nas quais a incidência das doenças hipertensivas foi de 22%. ⁵

A mulher gestante que acessa serviço de saúde não responsiva, recebe classificação de emergência com necessidade de cuidado imediato. Segundo Ministério da Saúde, mulheres com histórico de convulsão juntamente com alteração do estado mental e PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 110 milímetros de mercúrio,

deve receber atendimento em até 15 minutos em um centro obstétrico, sempre com prioridade no atendimento, pois o seu potencial de risco demanda um cuidado mais rápido possível. ¹⁵

Além da hipertensão arterial sistêmica, a diabetes mellitus é uma condição que pode acarretar complicações durante a gestação. Em gestantes acima de 35 anos de idade, a diabetes gestacional prevalece em aproximadamente 17% (n=73) das mulheres. ⁷ Uma pesquisa que investigou 2.360 mulheres com complicações gestacionais atendidas pelo Sistema Único de saúde, destacou que 13,8% das mulheres apresentavam essa condição. ⁵

Pré-eclâmpsia e eclâmpsia também aparecem como uma das principais emergências obstétricas. Estudo evidenciou que 22% das gestantes com idade acima de 35 anos desenvolveram pré-eclâmpsia. ⁷ Outra pesquisa, com a análise de 106 prontuários de mulheres admitidas em UTI obstétrica, identificou a predominância de eclâmpsia (34,4%), síndrome de hellp (15,1%) e pré eclâmpsia grave (11%). No momento de admissão à UTI, a maioria das mulheres encontravam-se em puerpério imediato. ⁸

Para a avaliação inicial à eclâmpsia seguem-se as seguintes etapas: avaliação da permeabilidade aérea, suporte de oxigênio, providenciar dois acessos venosos calibrosos, realizar administração de sulfato de magnésio para a prevenção de danos clínicos obstétricos secundários à convulsão, exame físico geral e obstétrico, avaliação do feto e a interrupção da gravidez. ¹⁶

Os medicamentos para o controle da hipertensão indicados são: Nifedipina, Hidralazina ou Nitroprussiato de sódio. Além disso, o sulfato de magnésio é imprescindível para o tratamento da eclâmpsia, tendo como exigência o manejo

intensivo para monitorização. ¹⁶ A paciente do estudo que apresentou o quadro de eclâmpsia (CEO2) realizou o uso de Hidralazina para controle da hipertensão, sulfato de magnésio para as convulsões e realizou cesárea para interrupção da gravidez.

A gravidez é considerada uma trombofilia, pois aumenta cinco vezes as chances de se ter um tromboembolismo venoso quando comparado a uma mulher não gestante. Portanto, CEO3 já havia elevadas chances de que o evento voltasse a acontecer em sua gestação. O tromboembolismo venoso pode facilmente evoluir para uma embolia pulmonar, que na gravidez, é de difícil diagnóstico. ¹⁷ Nessa situação as manifestações clínicas predominantes são a dispnéia e saturação $\leq 86\%$ em ar ambiente, necessitando cuidado imediato. ¹⁵

É importante ressaltar que a utilização de heparina de baixo peso molecular, no pré-natal e pós parto, é a melhor forma de prevenção do tromboembolismo. Porém, quando o evento, de fato acontecer, o tratamento da embolia pulmonar requer internação hospitalar imediata e o uso de anticoagulantes. ¹⁷ Assim sendo, a conduta realizada com a paciente do CEO3 foi adequada e o recomendado pela literatura, e por consequência, o desfecho foi positivo, com alta materna e do recém-nascido.

Infecção e sepse também são importantes condições que se manifestam como principais complicações obstétricas. O estudo realizado com 2.360 mulheres que apresentaram complicações na gestação atendidas pelo Sistema Único de Saúde, revelou que 657 (27,8%) das mulheres manifestaram quadros infecciosos. ⁵ Em um estudo realizado com 139 mulheres atendidas em uma UTI obstétrica, a sepse foi a causa de internação de sete (5%) dessas mulheres. ⁶

Como medidas de diagnóstico precoce da infecção puerperal, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária alerta para: febre, dor, rubor, lóquios amarelados/acastanhados ou de mau cheiro. No caso de suspeita, deve-se solicitar com urgência uma avaliação médica para realizar tratamento imediatamente. ¹⁸

Segundo o Ministério da Saúde, a classificação de risco para mulheres grávidas ou puérperas, com sinais de choque e sangramento excessivo, requer atendimento de emergência, pois pode ocorrer risco de morte, necessitando de suporte de vida. Esse suporte de vida deve ser iniciado em qualquer ponto da rede de atenção à saúde. ¹⁵ Como conduta para sepse puerperal deve-se realizar hemograma e coleta de cultura, além de curetagem, para a retirada de restos placentários, e antibioticoterapia. ¹⁸

A Organização Pan-Americana de Saúde ressalta que o HIV tem como seu principal alvo o sistema imunológico, ocasionando uma maior vulnerabilidade de adquirir infecções oportunistas e maior dificuldade de tratá-las. ¹⁹ Por esse motivo se explica o desfecho do CEO4, a paciente apresentou resistência a todos os antibióticos, acarretando ao óbito após 16 dias de internação.

Quanto aos desfechos dos casos, um estudo realizado em uma UTI de Fortaleza, evidenciou que 77% das mulheres obtiveram transferência de setor, 13% alta hospitalar/médica e apenas 4% óbito. ⁸ Já com os desfechos perinatais, no estudo com as mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde que sofreram complicações na gravidez em São Paulo, a razão de mortalidade fetal foi de 19,7 por mil nascidos vivos. ⁵

Segundo o manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia do Ministério da Saúde, deve-se priorizar atendimento para as mulheres com sinais e

sintomas que apresentam gravidade. Para isso, é essencial a utilização de um fluxograma para atendimento e classificação, contendo como pontos chave de decisão: alteração do nível de consciência/estado mental, avaliação da respiração e ventilação, avaliação da circulação, avaliação da dor (escalas), sinais e sintomas gerais e fatores de riscos que possam ser agravantes no caso clínico.¹⁵

A gestante é hemodinamicamente diferente de uma mulher não grávida. Desse modo, é indispensável a identificação de possíveis fatores de riscos gestacionais, a partir das consultas de pré-natal, com investigação de histórico familiar, anamnese e exame físico. É importante elaborar um plano de cuidados para a confirmação precoce de agravamentos e evitar as emergências obstétricas.²

Conclusão

As emergências obstétricas apresentadas necessitaram de internação na UTI para melhora de seu caso clínico, contudo, não é possível relatar que representam o quantitativo real de casos que precisaram de UTI no mesmo período e cenário.

Os desfechos, para as mulheres e para os recém-nascido, foram pertinentes, já que as condutas realizadas para reversão dos quadros clínicos foram adequados segundo a literatura.

O presente estudo permite subsidiar o serviço na construção de protocolos, auxiliar na articulação das redes de atenção à saúde para mulheres com gestação de alto risco, além de ser utilizado como ferramenta de ensino para a abordagem das emergências obstétricas.

Como limitações do estudo destaca-se o baixo número de internações obstétricas na UTI no período estudado, não permitindo comparações de casos com a mesma emergência. Além disso, alguns prontuários não apresentavam dados

completos, como o número de pré-natal realizado, dado de extrema importância para investigação dos casos.

Referências

1. Costa LD; Cura CC; Perondi AR; França VF; Bortoloti DS. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 04 maio 2020]; 21(2): 01-08. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192/28238>.
2. LOWDERMILK, D.L, *et al.* *Maternity and Women's Health Care*. 11ed. St. Louis: Elsevier, 2016.
3. Ministério da Saúde (BR). PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3/GM/MS, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. Título X no qual se refere ao cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave. *Diário Oficial União*, 2017.
4. World Health Organization. Repositório de dados do Observatório Global de Saúde, Mortalidade Materna. [Internet]. 2019 [acesso em 14 abril 2020]. Disponível em <https://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH01v?lang=en>.
5. Moura BLA, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2020 junho 04] ; 34(1): e00188016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105012&lng=en.
6. Medeiros TMC, Visgueira AF, Moraes HMPL, Araújo KRS, Ribeiro JF, Crizóstomo CD. Perfil das pacientes admitidas na unidade de terapia intensiva obstétrica em uma maternidade pública. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [acesso em 18 junho 2020], Recife, 10(10):3876-82. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11455/13279>.

7. Alves NCC, Feitosa KMA, Mendes MES, Caminha MFC. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2020 junho 04] ; 38(4): e2017-0042. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400409&lng=en.
8. Mourão LF, Mendes IC, Marques ADB, Cestari VRF, Braga RMBB. Internações em UTI por causas obstétricas. *Enfermería Global* [Internet]. 2019 [acesso em 30 maio 2020]. 18 (53): 318-331. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n53/pt_1695-6141-eg-18-53-304.pdf.
9. Goldenberg RL, McClure EM, Harrison MS, Miodovnik M. Diabetes during Pregnancy in Low- and Middle-Income Countries. *Am J Perinatol* [Internet]. 2016 [acesso em 14 abril 2020]. 33(13):1227-1235. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0036-1584152>.
10. Oliveira LC, Costa AAR. Near miss materno em unidade de terapia intensiva: aspectos clínicos e epidemiológicos. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet]. 2015 [citado em 04 maio de 2020]; 27 (3): 220-227. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2015000300220&lng=en.
11. Soares FM, Guida JP, Pacgnella RC, Souza JP, Parpinelli MA, Haddad SM, *et al.* Use of Intensive Care Unit in Women with Severe Maternal Morbidity and Maternal Death: Result from a National Multicenter Study. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2020 [acesso em maio 2020]. 42(3):124-132. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/rbgo/item/1014-revista-brasileira-de-ginecologia-e-obstetricia-2020-vol-42-n-03>.

12. Takemoto Maira L. S., Menezes Mariane de O., Andreucci Carla B., Pereira Marcos Nakamura, Amorim Melania M. R., Katz Leila, Knobel Roxana. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 2020 [acesso em 16 agosto 2020]. 151: 154-156. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13300>.
13. Silva LAGP, Mercês NNA. Estudo de caso múltiplo aplicado à pesquisa em enfermagem: relato de caso. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. Maio de 2018 [citado em 12 julho de 2020]; 71 (3): 1194-1197. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301194&lng=en.
14. Silva DCE, Lopes LGF, Nunes MGS, Souza MAF, Moura RN, Medeiros HHA. Perfil de pacientes obstétricas admitidas na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2020 [acesso em 18 junho 2020].34:e35874. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/35874/21599>.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. [Internet]. 2017 [acesso em 16 setembro 2020]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf.

16. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia [Internet]. Atendimento inicial à eclâmpsia. [acesso em 15 set 2020] Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/329-atendimento-inicial-a-eclampsia>.
17. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia [Internet]. Avaliação do Risco e Prevenção do tromboembolismo no pré-natal. [acesso em 16 set 2020] Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/117-avaliacao-do-risco-e-prevencao-de-tromboembolismo-no-pre-natal#:~:text=A%20embolia%20pulmonar%20pode%20ser,de%20morte%20materna%20no%20mundo>.
18. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa. [Internet]. 2017 [acesso em 16 setembro 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+8+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+e+Crit%C3%A9rios+Diagn%C3%B3sticos+de+Infec%C3%A7%C3%B5es+Puerperais+em+Parto+Vaginal+e+Cirurgia+Cesariana/08de e73e-ffef-433f-8fb8-c5f7fc8053a0>.
19. Informativo da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS/OMS (Brasil). HIV-AIDS [Internet]. 2017 [Acesso em 14 set 2020]. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5666:folha-informativa-hiv-aids&Itemid=812.

Anexo 1 – Normas Revista de Enfermagem UFPE Online

FORMATO DE ARQUIVO

Arquivo em formato Word, tamanho de papel Legal (216 x 357 mm [8,5 x 14 pol.]), Fonte Trebuchet de 12 pontos, espaço duplo em todo o manuscrito, incluindo texto, resumo, agradecimentos, referências, legendas das figuras e tabelas. Todas as páginas e linhas devem ser numeradas sequencialmente e como um documento Word ou Rich Text (isso inclui todas as tabelas e figuras) com margens padrão (cerca de 1 polegada). Fontes extravagantes, itálico, sublinhado e negrito não devem ser usados.

Página de rosto / Informações do autor. Todos os arquivos manuscritos carregados (por exemplo, nome, instituição).

TÍTULO / PÁGINA DE BIOGRAFIA DO AUTOR

As informações da página de título / biografia deverão vir com identificação do autor em arquivo Word. As informações devem conter apenas:

Título do Manuscrito

Nomes e credenciais do (s) autor (es) (credencial ganhador mais alto apenas, seguido por RN e certificações. Você deve incluir um endereço de e-mail e ORCID no final do seu endereço de correspondência.

Afiliação (ões) do (s) autor (es): cargo (se mais de um autor for da mesma instituição, liste o cargo primeiro, o nome da pessoa entre parênteses, depois uma vírgula seguida do cargo da próxima pessoa, etc.), departamento, instituição, cidade, estado.

Autor para correspondência. Para publicação, é preferível usar um endereço comercial. Você pode incluir um endereço de e-mail no final do seu endereço de correspondência.

Informações de financiamento e outras informações de isenção de responsabilidade ou divulgação.

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos não devem exceder 30 páginas (excluindo resumo, nomes e credenciais do (s) autor (es), tabelas / figuras (total combinado limitado de tabelas e figuras: 5) e referências, no máximo 30 referências).

RESUMO (até 200 palavras)

Resumo de um artigo de pesquisa: resumo estruturado de no máximo 200 palavras, com 5 títulos - objetivo, método, resultados, conclusão e descritores *.

* 6 (seis) Descritores em Português, Inglês e Espanhol. Para determinar os descritores, consulte o site *Descritores em Ciências da Saúde (DECs)* - <http://decs.bvs.br/> ou *MESH - Medical Subject Headings* <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>. Defina palavras-chave se você não encontrar um descritor correspondente.

Formato (aderir aos requisitos de formato agilizará a revisão de sua inscrição)

A extensão máxima do manuscrito é de 30 páginas (excluindo resumo, nomes e credenciais do (s) autor (es), tabelas, figuras e referências).

Tabelas (informações em 2 ou mais colunas. Total combinado limitado de tabelas e figuras: 5). Fotografias não são aceitáveis. Digite cada tabela em espaço duplo (incluindo cabeçalhos de coluna, notas de rodapé e dados) em uma página separada. As tabelas podem ser incluídas como parte do arquivo do corpo principal. Numere as tabelas em sequência em algarismos arábicos e forneça um título conciso e informativo para cada uma. Cada coluna das tabelas deve conter um título conciso que descreve os dados da coluna. Use letras sobrescritas minúsculas para designar as notas de rodapé e digite as notas de rodapé abaixo das tabelas às quais se referem. As tabelas são citadas no texto em ordem numérica.

Cada tabela deve ser compreendida sem consultar o texto.

Figuras (incluem desenhos de linhas, diagramas e gráficos / tabelas com caixas e / ou linhas, setas, etc. Total combinado limitado de figuras e tabelas: 5). Cada figura deve ser numerada. Ao usar figuras adaptadas de outra fonte, o

autor deve obter permissão por escrito do editor original. Todas as figuras devem ser enviadas prontas para a câmera.

Fotografias : as fotografias devem ser coloridas ou em preto e branco e de qualidade nítida e clara. As imagens digitais devem ser de alta resolução (pelo menos 300 dpi) e salvas no formato JPEG ou TIFF. Os arquivos de imagem devem ser colocados no manuscrito; imagens incorporadas em PDF e slides em Power Point® não são aceitáveis. As figuras serão impressas somente em preto e branco. As legendas das figuras não devem ser incluídas no arquivo gráfico.

Adicione os números das páginas no canto superior direito de cada página.

Justificar à direita todo o texto, incluindo cabeçalhos.

Não indente parágrafos; parágrafos separados com um retorno extra.

Subdivida o texto em seções principais inserindo subtítulos.

Todos os títulos ficam alinhados à direita e são diferenciados por nível da seguinte forma:

Título de primeiro nível (itálico em negrito em linha separada)

Título de segundo nível (negrito regular em linha separada)

Coloque os números de referência em sobrescrito. Devem ter tamanho de texto normal, sem parênteses.

Não use notas de fim (ou programa semelhante) para formatar suas referências. Os números de referência no texto e toda a lista de referência devem ser do tipo normal e inseridos manualmente. Não use sobrescrito.

Não use cabeçalhos ou rodapés em execução.

Anexe arquivos contendo elementos de todo o seu manuscrito. As referências seguirão o << formato Vancouver >> disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. O texto deve conter no máximo 30 referências, entre elas, sendo que pelo menos uma delas deve ser do JNUOL.

As referências são em espaço duplo e colocadas no final do arquivo do manuscrito. As referências são citadas consecutivamente por número e listadas em ordem de citação na lista de referências. Sempre que uma referência é repetida no texto, ele usa o mesmo número de referência todas as vezes. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados na lista de referências de acordo com o estilo do Index Medicus. Se não estiver listado no Index Medicus, os títulos dos periódicos devem ser especificados.