

**ATUALIZA ASSOCIAÇÃO CULTURAL
UNIVERSIDADE CASTELO BRANCO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM
EMERGÊNCIA**

MARIA ODETE LOPES DE BRITO

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO
ÀS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS:
Eclâmpsia e Pré-Eclâmpsia**

SALVADOR – BAHIA

2011

MARIA ODETE LOPES DE BRITO

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO
ÀS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS:
Eclâmpsia e Pré-Eclâmpsia**

Monografia apresentada à Universidade Castelo Branco / Atualiza Associação Cultural, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Enfermagem em Emergência sob a orientação do Professor Fernando dos Reis Espírito Santo.

SALVADOR – BAHIA

2010

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS:

Eclâmpsia e Pré-Eclâmpsia

Maria Odete Brito

Examinadora	Parecer Final	Data

NOME:

TITULAÇÃO:

RECOMENDAÇÕES

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha existência, por mais uma oportunidade de crescimento.

Aos meus pais e irmão, pela paciência, carinho, amor e compreensão pelas horas ausentes.

“É pensando criticamente a prática de hoje, ou de ontem, que se pode melhorar a próxima prática.”

Paulo Freire

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa, objetivando identificar a atuação da enfermagem nas emergências obstétricas, sobretudo, a eclampsia e pré-eclâmpsia. No Brasil, a capacitação dos profissionais que atuam em unidades de emergência se tornou aspecto relevante somente a partir da década de 80; no entanto, a escassez de estudos de enfermagem na literatura nacional determina a necessidade de investigações. A gestação é um processo natural que envolve mudanças fisiológicas complexas. Múltiplos desafios podem evoluir durante esse período, como as síndromes hipertensivas, que se dividem em pré-eclâmpsia e eclâmpsia. A pesquisa permitiu a reflexão sobre as atividades e satisfações do enfermeiro obstetra em emergência, que, mesmo com algumas dificuldades no decorrer de sua atuação, sente-se satisfeito e acredita que as facilidades superam os obstáculos encontrados na área. Conclui-se que o aperfeiçoamento técnico e científico do enfermeiro, adquirido de maneira reflexiva, pode contribuir significativamente no acompanhamento dessas gestantes dentro de uma equipe multidisciplinar e, conseqüentemente, alcançar o equilíbrio e o bem-estar, tanto materno quanto fetal, nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, emergências obstétricas, eclampsia, pré-eclâmpsia.

ABSTRACT

One is about a descriptive exploratory research, with qualitative boarding, objectifying to identify the performance of the nursing in the obstetrics emergencies, over all, the eclampsy and daily pay-eclâmpsia. In Brazil, the qualification of the professionals who act in units of emergency if only became excellent aspect from the decade of 80; however, the scarcity of studies of nursing in national literature determines the necessity of inquiries. The gestation is a natural process that involves complex physiological changes. Multiple challenges can evolve during this period, as the hipertensives syndromes, that if divide in daily pay-eclâmpsia and eclâmpsia. The research allowed the reflection on the activities and satisfactions of the nurse obstetre in emergency, that, exactly with some difficulties in elapsing of its performance, is felt satisfied and believes that the easinesses surpass the obstacles found in the area. The perfectioning scientific technician and of the nurse, acquired in reflexiva way, can significantly contribute in the accompaniment of these gestants inside of a team to multidiscipline e, consequently, to reach the balance and well-being, maternal how much in such a way fetal, in the disgnostic and therapeutical procedures.

KEY-WORDS: Obstetrics nursing, emergencies, eclampsy, daily pay-eclampsy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
CAPÍTULO 1	
CARACTERIZANDO AS UNIDADES DE EMERGÊNCIAS	12
1.1 – Triagem	13
1.2 – Localização	14
1.3 – Equipe de trabalho da unidade de emergência	14
1.4 – Função da unidade de emergência no sistema de atenção à saúde	15
1.5 – Estruturas e recursos	17
1.6 – Fatores relacionados à demanda por atendimento de emergência	17
CAPÍTULO 2	
TRABALHO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA	19
2.1 – Atividades da enfermagem na unidade de emergência	23
2.2 – Assistência de enfermagem no atendimento de emergência	29
2.3 – Processo de enfermagem em emergência	31
CAPÍTULO 3	
ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: ECLÂMPSIA E PRÉ-ECLÂMPSIA	34
3.1 – Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG)	34
3.2 – Sistematização dos cuidados de enfermagem	45
3.3 – O profissional e a assistência de enfermagem à gestante de alto risco na emergência	48
3.4 – O processo interativo e a equipe de enfermagem	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	60

INTRODUÇÃO

. Apresentação do objeto de estudo

A gravidez, mesmo sendo um acontecimento normal na vida das mulheres, em uma parcela destas pode ser considerada de risco, com influência não apenas para elas, como também para a família e a sociedade a que pertence. Aproximadamente 20% das gestantes apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável (BRASIL, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde, vários fatores podem levar a uma gestação de alto risco; entretanto, os mais comuns são agrupados em quatro grupos: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; doença obstétrica na gravidez atual; e intercorrências clínicas. A pré-eclâmpsia, uma das formas de hipertensão presente na gestante, enquadra-se entre as doenças obstétricas na gravidez (BRASIL, 2000).

No que se refere ao que foi mencionado, Garret (2002) destaca que a gestação de alto risco representa uma ameaça à vida ou à saúde da mãe e do feto, por um distúrbio coincidente ou exclusivo da gestação.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) notifica que, em todo o mundo, ocorrem 585 mil óbitos de mulheres, a cada ano, em consequência de complicações ligadas à gravidez, parto ou puerpério.

Dentre elas, a hipertensão é a mais comum, incidindo em 10% a 22% das gestações, contribuindo para a ocorrência de partos prematuros e morbidade/mortalidade neonatal (AMERICAN... 2002, SIBAI, 2003, OLIVEIRA et al., 2006).

Tratando-se do Brasil, os dados apontam que aproximadamente 10% das gestantes desenvolvem síndromes hipertensivas (BRASIL, 2006).

A pré-eclâmpsia, conhecida também como Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, patologia reconhecida como a mais freqüente no diagnóstico de gravidez de alto risco, é conceituada, por Rezende (2003), como distúrbio multissistêmico, caracterizada por hipertensão e proteinúria após a vigésima semana de gravidez. A etiopatogenia dessa doença é desconhecida. Atualmente, existem algumas teorias que tentam explicá-la, contudo, ainda sem resultado conclusivo. Clinicamente, a patologia se manifesta de várias formas, porém ressalta-se a pré-eclâmpsia leve e a grave. A leve é caracterizada por hipertensão, com níveis tencionais variando entre 140 x 90 mmHg e proteinúria em torno de 300 mg, em 24 horas.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o tratamento é realizado através do acompanhamento ambulatorial no pré-natal e constituído basicamente pela utilização de medicação hipotensora, seguimento dos exames laboratoriais, repouso e dieta hipossódica. Consta ainda de avaliação da vitalidade fetal e condições maternas.

No que se refere à pré-eclâmpsia grave, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) caracteriza como aquela em que ocorre a presença de um ou mais dos seguintes sintomas: PA \geq 160 x 110 mmHg, proteinúria \geq 2g/24h, oligúria, distúrbios visuais e/ou cerebrais, edema de pulmão ou cianose, dor epigástrica ou no quadrante superior direito do abdome, sinais de encefalopatia hipertensiva, plaquetopenia e aumento das enzimas hepáticas.

Deve-se destacar que, por ocasião da pré-eclâmpsia grave, a internação é obrigatória, sendo fundamental a avaliação materna e fetal, utilização da medicação específica — o sulfato de magnésio —, como também a tomada de decisão sobre a interrupção ou não da gestação, como forma de preservar a vida da mãe e do feto. Mediante o agravamento, a patologia pode atingir o sistema nervoso central, desencadear convulsões, recebendo a denominação de eclâmpsia.

. Justificativa

Entende-se que esta temática precisa ser analisada, haja vista que a patologia demanda necessidades especiais não somente físicas, biológicas, mas

psicoemocionais. No entanto, observa-se no dia-a-dia da enfermagem, dificuldades demonstradas pelos profissionais em interagir com a mulher acometida por intercorrências no período gravídico/puerperal durante os cuidados que lhe são prestados, afetando desta maneira o atendimento às suas necessidades.

. Objetivos

O objetivo deste estudo é identificar a atuação da enfermagem nas emergências obstétricas, sobretudo a pré-eclâmsia e eclampsia.

. Metodologia

Diante da proposta de observar a atuação de enfermagem, buscando compreender as relações e experiências vividas, optou-se pela realização de estudo do tipo exploratório descritivo, de natureza qualitativa. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa descritiva tem por finalidade observar, descrever e documentar os aspectos de uma determinada situação.

Retrata os relacionamentos entre as variáveis, não se preocupando com relações de causa e efeito. De acordo com Cervo e Bervian (2002), o pesquisador observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Enquanto que os estudos exploratórios procuram se familiarizar com o fenômeno ou obter nova percepção do mesmo e descobrir novas idéias.

A pesquisa qualitativa, para Minayo (2007), trabalha com o universo de significados, aspirações, valores, atitudes. Aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, como também da subjetividade.

CAPÍTULO 1

CARACTERIZANDO AS UNIDADES DE EMERGÊNCIAS

Conforme relatos de Chagas (2003), a emergência é uma unidade reservada ao atendimento do paciente com ou sem risco de vida, cujos agravantes à saúde demandam cuidados e procedimentos imediatos.

Tal unidade apresenta como objetivo, localizar as lesões que expõem ao perigo a vida do paciente, ao mesmo tempo em que deve agir na estabilização dos sinais vitais e tratamento destas anomalias, de acordo com protocolos pré-definidos.

Uma unidade de emergência tem a finalidade de receber e atender de modo adequado os casos de pacientes que requerem cuidados emergenciais ou urgentes. A meta do departamento de emergência é a avaliação rápida do paciente, sua estabilização e pronta admissão ao hospital (ROTSTEIN et al, 2002).

O Ministério da Saúde (1995) conceitua os procedimentos dos serviços de emergência, tendo como critério a gravidade (acuidade) e a complexidade do caso a ser tratado: urgência de baixa e média complexidade: quando não há risco de vida; urgência de alta complexidade: não há risco de vida, mas o paciente apresenta um quadro crítico ou agudo; emergência: casos em que há risco de vida.

Diante dos casos de urgência de baixa e média complexidade, o Ministério da Saúde (1995) conceitua os seguintes procedimentos: fazer triagem para os atendimentos; prestar atendimento social ao paciente e/ou acompanhante; higienizar e realizar procedimentos de enfermagem; realizar atendimento de urgência; prestar diagnóstico e terapia e, caso necessário, manter o paciente em observação por um período de até 24 horas.

Para os casos de urgência de alta complexidade e de emergência, o Ministério da Saúde (1995) define como procedimentos, basicamente os mesmos para o caso de emergência com baixa e média complexidade.

Relacionada com a classificação do Ministério da Saúde (1995), e na terminologia encontrada na revisão bibliográfica (COTÉ, 1999; CHAGAS, 2003; GONZÁLEZ et al, 1997; ROSSETTI et al, 1999; RIDGE et al, 1998, VISSERS, 2001 e STEIN et al, 2002), os pacientes que chegam ao setor de emergência dos hospitais, podem ser classificados em três grupos: paciente de emergência: casos em que há risco de vida; paciente de urgência: não há risco de vida, mas, apresenta um quadro crítico devendo ser atendido rapidamente; paciente ambulatorial: possui problemas crônicos, podendo aguardar atendimento sem maiores riscos imediatos a sua saúde.

1.1 – TRIAGEM

Diversos serviços têm ordenado um procedimento de triagem, efetuados por médicos ou enfermeiros devidamente equipados com protocolos que objetivam dar prioridade ao atendimento de emergência. Os pacientes são divididos em três ou quatro classes, onde três destas são:

- **Emergencial:** pacientes que precisam de tratamento e/ou avaliação imediatos: dor torácica aguda, sangramento vaginal em grande quantidade, tentativa de suicídio, insuficiência respiratória, overdose de drogas, hemorragia, arritmia grave, convulsão, choque, eclâmpsia, lesão da coluna cervical, traumatismo de múltiplos sistemas, nível de consciência alterado, comprometimento de via aérea, grandes queimados;
- **Urgente:** pacientes com doença ou ferimentos graves que precisam de intervenção e/ou avaliação em 20 minutos a 2 horas, tais como: fraturas sem comprometimento neurovascular, dor abdominal aguda, acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, alteração significativa dos sinais vitais, pequenos queimados;
- **Não-urgente:** pacientes com ferimentos de menores proporções e condições não agudas que devem ser conduzidos para um ambulatório de pronto atendimento ou podem esperar um pouco pelo seu atendimento, sem que ocorra perigo de vida: luxação ou deslocamento, queimadura menor, congestão nasal / tosse, dor lombar inferior, disúria, ardência na garganta.

A disposição da triagem deve dar prioridade ao atendimento dos pacientes considerados como emergencial e urgente em todos os setores da instituição, como laboratório, radiologia, tomografia, centro cirúrgico e UTI.

1.2 – LOCALIZAÇÃO

Deve possuir uma comunicação externa; de fácil entrada para os pacientes, devidamente identificada e sinalizada, entrada sempre livre, porém com critérios de acesso baseado nas necessidades reais do paciente (triagem), dando prioridade aos atendimentos de emergência, urgência e não-urgência.

Também dotar de uma comunicação interna de fácil acesso interno aos serviços de apoio e diagnóstico (laboratório, radiologia, tomografia), centro cirúrgico, UTI e unidades de internação.

1.3 – EQUIPE DE TRABALHO DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

A equipe deve ser multidisciplinar, com equipe médica, equipe de enfermagem, serviço social, psicológico e técnico administrativo. As diferenças de especialidade médica disponíveis denominam a unidade como unidade de emergência, pronto atendimento ou pronto-socorro.

O tipo de trabalho realizado na emergência deve ser de maneira multidisciplinar com as informações relativas ao quadro do paciente, distribuídas sem erro ou ruídos de comunicação. Os registros devem ser objetivos, pormenorizados e precisos. Devem fazer parte: exames realizados, coletas laboratoriais, técnicas aplicadas, observações, estudos, medicações ministradas, estado hemodinâmico do paciente, dentre outros.

A equipe que trabalha na emergência deve ser sempre reciclada, com relação a aspectos técnicos, humanos, éticos e relativos à proteção individual. A equipe dos serviços de emergência com grande fluxo de pacientes vítimas de traumas, agressões, abusos, devem ter direito a apoio psicológico no desenvolvimento de suas atividades.

1.4 – FUNÇÃO DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA NO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Segundo Cecílio (1997), no Brasil as unidades de emergência, contrariando o que para elas havia sido planejado tornaram-se, sobretudo a partir da última década do século passado, as principais portas de entrada no sistema de atenção à saúde, eleitas pela população como o melhor local para a obtenção de diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde, independentemente do nível de urgência e da gravidade destas ocorrências.

Diante da universalização da atenção, afiançada pela constituição de 1988, os contingentes populacionais, até então sem nenhum tipo de cobertura, começaram a pressionar o sistema fazendo com que, tanto nas pequenas cidades como nos grandes centros urbanos, os hospitais, através de suas unidades de emergência, recebessem o impacto direto desta nova demanda, que em outras circunstâncias deveria destinar-se, de maneira prioritária ao atendimento ambulatorial, proporcionado na rede de postos de saúde, nas policlínicas e nos hospitais (CECÍLIO, 1997).

Existem inúmeras explicações para esta distorção, responsável em parte pela crescente queda na qualidade do atendimento nos hospitais, reprimidos que estão por uma demanda que não têm condições financeiras, tecnológicas e espaciais de satisfazer.

A população que depende da rede pública vem enfrentando filas intermináveis e encontra grandes dificuldades na marcação de consultas, inclusive nos postos de saúde, idealizados para ser o principal acesso de entrada no sistema de atenção à saúde.

Na realidade tem sido demonstrado que este sistema é incapaz de proporcionar atendimento conveniente a nível ambulatorial no diagnóstico e tratamento de ocorrências que exigem a presença de especialistas ou exames de maior complexidade.

Até mesmo no momento em que estes serviços estão disponíveis, os prazos de atendimento proporcionados geralmente não se mostram compatíveis com a

gravidade dos problemas ou ainda com a paciência, quase inesgotável, dos que procuram tratamento.

Diante destes aspectos é de se concordar inteiramente tanto com o diagnóstico de Cecílio (1997) ao colocar em dúvida a adequação de um modelo de atenção idealizado para agir na forma de uma pirâmide, como com sua proposta de diversificar os acessos de entrada no sistema, que passaria a possuir a forma de um círculo.

O drama das longas esperas não se esgota com a realização da primeira consulta, visto que na maioria dos casos são pedidos exames complementares que não estão disponíveis nos postos de saúde, obrigando os pacientes a procurar unidades com maiores recursos de diagnóstico e se sujeitar novamente a prazos de atendimento bastante longos.

Outro problema do sistema é o horário reduzido de funcionamento das unidades de menor porte da rede de saúde, horário que se iguala com a jornada de trabalho, dificultando sua utilização por grande parte da população.

Com isso, uma grande quantidade de pacientes prefere abrir mão do atendimento proporcionado nos postos de saúde, mesmo com sua maior acessibilidade, para se dirigir às unidades de emergências que oferecem, normalmente, atendimento de 24 horas, maior oferta de clínicas especializadas, exames de maior complexidade e, se necessário, a possibilidade de internação.

Dentre várias outras distorções que abalam o modelo brasileiro de atenção à saúde, esta causa uma série de impactos no funcionamento das unidades de emergência que devem, sempre, ser consideradas pelo arquiteto já nas primeiras tarefas de programação e dimensionamento, prevendo, por exemplo, uma maior quantidade de consultórios, para responder ao *atendimento ambulatorial disfarçado* que nelas é prestado, um reforço no dimensionamento dos recursos de diagnóstico e uma maior estada dos pacientes depois de receber algum tipo de atenção.

A desatenção com esta realidade faz com que as salas de espera e as salas de observação sejam, geralmente, sub-dimensionadas, sendo fato comum, a presença de pacientes e acompanhantes amontoados nas salas de espera e nos corredores sem nenhum tipo de conforto e orientação. Diante destas condições os ambientes de observação deixam de atender às suas funções específicas, passando a funcionar como verdadeiras unidades de internação.

1.5 – ESTRUTURA E RECURSOS

Na concepção de Wilkins (1982), o funcionamento de uma unidade de emergência é resultado de um conjunto de fatores, tais como: projeto apropriado de instalações de emergência; equipe profissional; equipe administrativa.

• A equipe profissional e administrativa

A alocação eficiente e a utilização dos recursos humanos são questões críticas para os administradores dos departamentos de emergência, principalmente por causa de seu impacto no atendimento a pacientes e sobre o desempenho global do sistema (ROSSETI et al, 1999).

Wilkins (1982) destaca que a equipe de enfermagem representa um recurso fundamental na emergência. Elevar as competências desses profissionais, através da atualização profissional continuada e do treinamento, é essencial para a eficiente execução dos serviços e a minimização da sobrecarga no trabalho dos médicos.

A equipe administrativa é responsável pela operação cotidiana da unidade, da manutenção dos registros e execução de procedimentos da rotina administrativa.

1.6 – FATORES RELACIONADOS À DEMANDA POR ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

De acordo com Stein (2002); Toscano (2001), os fatores essenciais relativos à procura por atendimento nas unidades de emergência dos hospitais são relacionados como: fatores demográficos e características socioeconômicas; acesso

aos meios de transporte; distância do Departamento de emergência; início dos sintomas/percepção da severidade do caso pelo paciente; violência urbana; pólos geradores de tráfego que elevam o número de acidentes automobilísticos e atropelamentos; deficiência nos serviços prestados por outras unidades públicas de assistência à saúde.

Os fatores sócio-econômicos tais como emprego, renda e grau de instrução estão diretamente relacionados com as condições de vida e cuidados à saúde. As baixas condições econômicas e sociais colaboram com a precarização das condições de vida e a piora dos cuidados à saúde.

Para Stein (2002), o ingresso aos meios de transportes se relaciona com a demanda por atendimento em unidade de emergência devido à distância desta em relação à localidade dos pacientes, que podem chegar ao hospital a pé, por carro ou ônibus.

O tempo decorrido entre o início dos sintomas e a percepção da severidade do caso pelo paciente é outro fator relacionado com a demanda por atendimento na unidade de emergência hospitalar, já que, se na fase inicial fosse procurado tratamento, a probabilidade de agravamento do quadro clínico deste poderia ser minimizada.

A constituição de pólos geradores de tráfego resulta na elevação da quantidade de acidentes automobilísticos e de atropelamentos, o que colabora para a elevação da demanda por atendimento de emergência. No mesmo sentido o crescimento da violência urbana contribui para aumentar a quantidade de agressões e homicídios.

Outro fator imprescindível relacionado a essa questão é a deficiência nos serviços prestados por outras unidades públicas de assistência à saúde. Conforme relatos de Toscano (2001) a falta de estrutura dos postos de saúde e a pouca oferta de serviços, para resolver problemas simples da população leva os pacientes a buscarem os hospitais que têm atendimento de emergência, “com a certeza de encontrar um médico de plantão”.

CAPÍTULO 2

TRABALHO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA

Nos Estados Unidos da América (EUA), os serviços de emergência médicas existem há aproximadamente cerca de vinte anos. A partir da década de 70, os hospitais sentiram necessidade de desenvolver a qualidade do atendimento de emergência e começaram a investir nos profissionais que atuavam neste setor, como médicos e enfermeiros. O atendimento ao traumatizado era superficial, não havia um programa padronizado para treinamento de pessoal (MOY, 1995).

"No passado o pessoal do departamento de emergência e os que efetuavam intervenções pré-hospitalares de emergência não tinham quase nenhum treinamento especializado e viam-se a frente de situações, nas quais vidas eram perdidas ou certos tipos de invalidez eram prolongados pela deficiência dos primeiros socorros" (WARNER, 1980).

Nos EUA foi criado o primeiro curso do ATLS (Advanced Trauma Life Support) para médicos onde, "o atendimento inicial dado de forma adequada e em tempo hábil, poderia melhorar significativamente o resultado do atendimento ao traumatizado grave" (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 1993).

Diante desta realidade foram desenvolvidos estudos educativos a fim de aperfeiçoar os enfermeiros de unidade de emergência, o qual se denominou Trauma Life Support Courses for Nurses (TLS for Nurses) e Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma (MAST).

No Brasil, a partir da década de 80, foi dada maior ênfase na capacitação dos profissionais que atuam no atendimento de emergência. No ano de 1985 foi criada a Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma (SOBET) que consiste na primeira associação de enfermagem especializada em trauma.

O atendimento inicial do paciente traumatizado ocorre em três fases sucessivas: na cena do acidente; durante o transporte e no centro hospitalar (GOMES & NEIRA, 1992).

As unidades de emergência são locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas onde existe um trabalho de equipe especializado e podem ser divididas em pronto-atendimento, pronto-socorro e emergência (GOMES, 1994).

O Ministério da Saúde (1985) define:

- pronto atendimento como a "unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato";
- pronto socorro é o "estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante as 24 horas do dia e dispõe somente de leitos de observação";
- emergência é a "unidade destinada à assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato".

A área geográfica, recursos humanos e materiais disponíveis na implantação e desenvolvimento de unidades de emergência tornam-se também importante quando considerados (MOY, 1995).

De acordo com Thompson (1992), para a organização de um serviço de emergência eficiente e eficaz duas figuras são fundamentais: o diretor e o coordenador do serviço de trauma, sendo que normalmente o primeiro é um médico e o cargo de coordenador deve ser ocupado por enfermeiro dotado de extenso conhecimento dos aspectos que envolvem o cuidado do paciente com trauma.

Há mais de 145 anos, Florenda Nightingale contrariou as normas tradicionais de sua família se interessando em freqüentar hospitais e desempenhar atividades que, naquela época, não fosse considerada para “moça direita”, já que, nesta época, a enfermagem estava apenas nascendo e Nightingale não poderia imaginar as

dificuldades dos hospitais e dos serviços dos dias atuais (WARNER apud FIGUEIREDO, 2005).

Em 1970, a classe de enfermagem já representava o grupo de profissionais do sistema de atendimento à saúde colaborando para que, no ano de 1986, aparecesse a lei 7.498 que regulamenta o exercício profissional da enfermagem (FIGUEIREDO, 2005; COFEN, 2006).

De acordo com Smeltzer e Bare (2000):

o enfermeiro, em qualquer setor de atuação, tem três funções primordiais: a função assistencial, que reúne a capacidade de promover ações e procedimentos atendendo às necessidades de cuidados diretos ao paciente; a função de líder, que engloba os poderes de decisão, relacionamento, persuasão e facilitação; e a função de pesquisador, que deve contribuir para a prática científica da enfermagem. Assim, mesmo que cada função exerça a sua responsabilidade própria, elas se relacionam entre si e são encontradas em todos os campos da enfermagem. Ademais, elas são estruturadas a fim de atender os cuidados imediatos e futuros, bem como as necessidades dos consumidores de cuidados de saúde – pacientes – que são receptores dos cuidados de enfermagem.

Hoje, os serviços de enfermagem são tão diversificados que se torna impossível conseguir prática e eficiência em todos os aspectos. Sendo uma parte especializada da enfermagem, o serviço de emergência não é uma novidade. Há muitos anos, os enfermeiros de emergência entendem que diante de uma melhoria no seu serviço e do reconhecimento da importância de sua função são fatores fundamentais para a qualidade do atendimento nos hospitais e nas comunidades (WEHBE; GALVÃO, 2001). Ao contrário do que acontecia antigamente, hoje, o nível de conhecimento, habilidade e capacidade dos enfermeiros de emergência é reconhecido. Os enfermeiros estão incorporados à equipe de presta serviços à saúde, e têm correspondido ao que deles se espera, conquistando o seu lugar como hábeis profissionais especializados no atendimento de emergência.

Como o próprio termo sugere o enfermeiro da emergência, é aquele habilitado para trabalhar no campo de tratamento de urgência e emergência. A organização e as normas dessa unidade determinam sua eficiência, contudo um enfermeiro bem

treinado deve ser capaz de proporcionar tratamento de emergência, fazer a avaliação e executar um plano de ação. Por isso, os enfermeiros da unidade de urgência e emergência são líderes, professores, conselheiros e coordenadores (WEHBE; GALVÃO, 2001). Além disso, o enfermeiro da emergência é uma parte vital e integrante da equipe, pois se ele for inadequado ou incompetente, a eficácia da equipe reduz e o paciente sofre sem necessidade.

Os papéis da enfermagem de emergência são independentes, interdependentes e de colaboração, e todo enfermeiro deve conhecer as limitações legais de suas atribuições e conservar-se dentro delas (FIGUEIREDO, 2005). Logo, seu trabalho junto com os médicos e outros profissionais da unidade de urgência e emergência deve ser amistoso, respeitando as competências da classe alheia e acreditando que o sucesso do paciente depende da qualidade e dos esforços de todo o grupo. Além disso, a fim de melhorar os serviços de emergência, o enfermeiro deverá se conscientizar do seu próprio potencial na execução do serviço, tomando decisões relativas às suas atividades como ativo diretor da equipe.

Devido à contínua escassez de médicos e a localização geográfica defeituosa dos existentes, as atribuições do enfermeiro do serviço de emergência dependerão do local em que ele exerce o seu trabalho. As leis que determinam a esfera de suas atividades variam de estado para estado, e os decretos que regulam a profissão dos enfermeiros registrados estão sendo expandidos a fim de definir a sua função mais ampla, o que leva ao aumento das responsabilidades desses profissionais no serviço de emergência (VIEIRA; FIGUEIREDO; PORTO, 2004; COFEN, 2006).

Alfaro-Lefevre (2005) salienta que outro fator colaborativo para essa situação se deve à tendência nacional de tornar acessível um serviço médico de melhor qualidade e à eficiência de enfermagem nos serviços de emergência. Como alicerces no tratamento de emergência, os enfermeiros têm conhecimentos e práticas que os habilita coordenar a unidade de urgência e emergência. Além do mais, a expansão de sua função, os possibilita obter a história do paciente, fazer exames físicos e executar tratamentos, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os pacientes para a continuidade do tratamento e medidas vitais.

2.1 – ATIVIDADES DA ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

No ano de 1983, a Associação Americana de Enfermagem (ANA) estabeleceu os "Padrões da Prática de Enfermagem em Emergência", tendo como referência padrões definidos classificando os enfermeiros de emergência em três níveis de competência: o primeiro nível exige competência mínima para o enfermeiro prestar atendimento ao paciente traumatizado; no segundo nível este profissional necessita formação específica em enfermagem de emergência e no último nível o enfermeiro deve ser especialista em área bem delimitada e atuar no âmbito pré e intra-hospitalar (THOMPSON, 1992).

A emergência representa uma situação ameaçadora e brusca que exige medidas imediatas de correção e defesa, diferenciando-se do atendimento em consultórios, unidades de saúde básica, ou de tratamento programado, visto que os pacientes apresentam uma ampla variedade de problemas atuais ou potenciais, podendo seu estado ser alterado de minuto a minuto. Assim, a decisão da equipe precisa ser imediata, fundamentada num atendimento sistematizado e preciso, geralmente estabelecendo prioridades através de protocolos de emergência.

Atentando para esta realidade, concorda-se com Gomes, Mendonça e Pontes (2002), que destacam que as pessoas que trabalham em serviços que prestam assistência à saúde precisam estar preparadas tanto técnica como eticamente, para dar um atendimento competente e com respeito aos direitos do paciente, pois no dia-a-dia desse ambiente, devido à complexidade diante das emergências, mais facilmente o paciente corre o risco dos seus direitos serem ameaçados.

Para o atendimento de um sujeito em regime de emergência/urgência creio que não basta à equipe ter senso apurado para diagnóstico e habilidade técnica para a realização de procedimentos propedêuticos e terapêuticos, uma vez que o cliente não é apenas um ser acometido por uma enfermidade, mas é acima de tudo uma pessoa com aspirações e vontade de viver. Assim sendo, é fundamental para o profissional enfermeiro também ter sensibilidade e conhecimentos para trabalhar com os sentimentos, valores e crenças do paciente, da sua família e da equipe, além de lidar com suas próprias emoções (GOMES, MENDONÇA e PONTES, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta inúmeras dificuldades, interferindo diretamente nas condições de trabalho, como por exemplo, a explosão demográfica, já que as instituições de saúde não cresceram de acordo com esta realidade; déficit de equipamentos e recursos humanos; inadequada remuneração dos profissionais de saúde; falta de vagas para as unidades de terapia intensiva; pacientes internados em corredores e outros locais não apropriados. Isto leva os profissionais das unidades de emergência à análise mais apurada para estabelecer a priorização do atendimento, tornando o trabalho longo, árduo, estressante, dificultando para o paciente manter um relacionamento confidencial e privativo (GOMES, MENDONÇA e PONTES, 2002).

Diante desta realidade, torna-se imprescindível para a equipe estar ciente de suas limitações e capacidades, para com isso, dar o melhor cuidado a seus pacientes, assim como procurar não diminuir sua efetividade pela fadiga ou frustração.

Devido a tantos dilemas éticos que vivenciam no dia-a-dia profissional, é preciso retomar a empatia como atributo para que o enfermeiro aceite as limitações do outro, compreendendo-o dentro de seu esquema, principalmente, através do exercício de colocar-se no lugar do paciente. É fundamental acrescentar que o enfermeiro não deve ser uma pessoa de quem se espera apenas os conhecimentos científicos, mas também deve ser uma pessoa de quem se espera que saiba ter empatia com seus pacientes, e realmente possa promover cuidado, apoio e conforto, favorecendo o relacionamento paciente/família/e equipe, como uma relação de colaboração e respeito mútuo.

Destaca-se também a valorização do profissional como ser humano, visto que é considerado o elemento fundamental para o cuidado humano e auto-realizável junto ao paciente. Caso este se sinta valorizado como pessoa, o enfermeiro também reconhecerá a importância do seu próprio desempenho não apenas para a instituição, mas também para seu próprio crescimento e sua auto-realização. Nesta perspectiva, o enfermeiro terá condições de ver no paciente uma pessoa e nortear sua própria conduta profissional (GOMES, MENDONÇA e PONTES, 2002).

É imprescindível para o profissional da enfermagem, que o “ser interior” esteja integrado e ajustado, para compreender, com maior profundidade, os valores e crenças do outro. Para isso, o cultivo do “mundo interior” é um processo dinâmico, criativo e permanente, uma tarefa pessoal e responsável. Além disso, é sabido que para oferecer cuidados de enfermagem na qual o paciente possa se sentir mais confortado, seguro, e amparado, acredita-se ser fundamental para os enfermeiros, maior conscientização acerca do importante papel que desempenham ao interferir no espaço de privacidade das pessoas dependentes de suas intervenções.

No que se concerne ao perfil do profissional enfermeiro que atua na unidade de emergência, a Portaria nº 2048 (BRASIL, 2002) orienta que deva ter iniciativa, estar preparado para trabalhar em conjunto com a equipe; tomar decisões rápidas, embasadas em conhecimentos prévios e protocolos de atendimento, sendo essas últimas fundamentais para o sucesso da ação. Além disso, a referida portaria faz alusão também a algumas características psíquicas desse profissional. Menciona que o autocontrole e equilíbrio emocional são fundamentais para agir sob pressão e estresse; pois muitas ações são realizadas em ambientes perigosos com pouca iluminação ou espaço.

O atendimento em emergência regulamentado e assegurado por lei teve como consequência a expansão de oferta de trabalho incluindo o enfermeiro nessa área, a qual passou a absorver a mão-de-obra deste profissional. Hoje se exige do enfermeiro de unidade de emergência, além de sólida base de conhecimentos técnicos específicos, outros fatores de igual importância, como a capacidade de autocontrole e auto-condução (MARTIN, 2003).

Diante do exposto, percebe-se a exigência de características e habilidades específicas do enfermeiro para atuar em unidade de emergência. Tal fato é preocupante principalmente quando se verifica que o conhecimento relativo à unidade de emergência especificamente, não está integrado no conteúdo das disciplinas curriculares dos cursos de enfermagem.

É possível ressaltar então que existem algumas lacunas no que se refere à formação de enfermeiros para atuação na unidade de emergência, visto que, de um

lado tem-se a legislação apontando a necessidade de um profissional de emergência especialista em sua área de atuação com experiência e competência; e de outro lado há formação de enfermeiros generalistas, oriundos de universidades que procuram atender as exigências de um modelo integralista de assistência. Talvez esse cenário, se constitua hoje num grande desafio na formação de enfermeiros para atuarem na unidade de emergência.

A enfermagem tem um papel fundamental na unidade de emergência, com funções na assistência, treinamento e gerenciamento. Todas de suma importância na qualidade do atendimento prestado às vítimas. Para atuação do profissional de enfermagem na assistência à vítima, deve ter como base, fundamentação nas diretrizes da emergência, seguindo competências éticas e legais, sendo que sua atividade, só terá exercício legal, após, habilitação e inscrição no Conselho Regional de Enfermagem.

Segundo Fincke (1980), a função do enfermeiro na unidade de emergência 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 vitais.

"Os enfermeiros das unidades de emergência aliam à fundamentação teórica (imprescindível) a capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional" (GOMES, 1994). Por isso a constante atualização destes profissionais, torna-se fundamental, visto que, desenvolvem com a equipe médica e de enfermagem habilidades para que possam atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica na qual estão inseridos.

O enfermeiro que trabalha neste tipo de unidade precisa ter "conhecimento científico, prático e técnico, afim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente" (MARTIN, 1988).

Diante das características específicas da unidade de emergência, o trabalho em equipe torna-se imprescindível. O enfermeiro "deve ser uma pessoa tranqüila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a adaptar-se, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente". Tal profissional deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes precisando para isso, ter conhecimento científico e competência clínica (experiência) (ANDRADE et al, 2000).

Ao se reportar ao conjunto das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros de emergência, é possível afirmar que apesar destes profissionais estarem envolvidos na prestação de cuidados diretos ao paciente, em muitos momentos existe uma sobrecarga das atividades administrativas em detrimento das atividades assistências e de ensino.

Tal realidade vivenciada pelos enfermeiros vem ao encontro da literatura quando analisa a função administrativa do enfermeiro no contexto hospitalar e aborda que este profissional "tem se limitado a solucionar problemas de outros profissionais e a atender às expectativas da instituição hospitalar, relegando a plano secundário a concretização dos objetivos do seu próprio serviço" (TREVIZAN, 1988).

Compreende-se a necessidade dos enfermeiros repensarem a sua prática profissional, visto que, no momento em que o enfermeiro assume sua função primordial de coordenador da assistência de enfermagem, implementando-a por meio de esquema de planejamento, está garantido o desenvolvimento de suas atividades básicas (administrativas, assistências e de ensino) e promovendo, conseqüentemente, a melhor organização do trabalho da equipe, que passa a direcionar seus esforços em busca de um objetivo comum que é o de prestar assistência de qualidade, atendendo às reais necessidades apresentadas pelos pacientes sob seus cuidados (PEIXOTO et al, 1996).

Diante do exposto acredita-se que o exercício de uma liderança eficaz pelo enfermeiro de unidade de emergência seja um caminho para a implantação de mudanças do quadro acima citado.

"A rotina do trabalho em pronto socorro coloca, muitas vezes, os enfermeiros em situação que exige, além do domínio do conhecimento, a rapidez de raciocínio no sentido de tomar decisões pertinentes ao diagnóstico, ora com um único paciente, ora com um grande número de vítimas" (PAVELQUEIRES, 1997).

Na literatura nacional algumas pesquisas (CHAVES, 1993; GALVÃO, 1995; TREVIZAN, 1993) abordam que a liderança é essencial para o trabalho diário do enfermeiro, porém para o seu exercício eficaz este profissional precisa buscar meios que viabilizem o desenvolvimento da habilidade de liderar; dentre estes se destaca o aprendizado baseado na experiência profissional e na educação formal.

Galvão et al (1998) destaca que o primeiro passo para o enfermeiro efetivamente exercer uma liderança eficaz, consiste na busca de estratégias que possibilitem este profissional conhecer a si mesmo e para a eficácia do processo de liderar o enfermeiro necessita conhecer as necessidades e expectativas pessoais e profissionais dos membros da equipe de enfermagem.

Em 1989 foi realizada uma análise a fim de identificar as características desejáveis de um líder eficaz que atua em unidade de emergência. Dentre as características apontadas pelos sujeitos participantes da análise, a habilidade de comunicação, conhecimento na área clínica, profissionalismo e habilidade em incentivar sua equipe de trabalho foram destacadas (WARD & CARDIN, 1989).

Em suma, o enfermeiro precisa compreender o processo de liderar e desenvolver as habilidades necessárias; dentre elas, salienta-se a comunicação, o relacionamento interpessoal, tomada de decisão e competência clínica, bem como aplicá-las na sua prática profissional.

Entende-se que investimentos dos órgãos formadores e das instituições de saúde na formação do enfermeiro- líder são fundamentais para torná-lo um agente de mudanças com a finalidade de fornecer estratégias que possibilitem a melhoria da organização, da equipe de enfermagem e, sobretudo, da assistência prestada ao paciente.

2.2 – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

O mundo vem passando por inúmeras mudanças, contudo a violência tem sido a marca de todas as épocas com altos índices de morbimortalidade. Esta tem acompanhado o homem ao longo de sua história, desde as guerras que num certo período da história eram responsáveis pela maior quantidade de mortes, contudo no mundo moderno foram ultrapassadas por outras formas de violência, como por exemplo, a violência gerada pelas causas externas, as quais no conjunto da mortalidade geral no Brasil têm sido superadas apenas pela mortalidade por doenças cardiovasculares e oncológicas.

O grande aumento da violência, das doenças cardiovasculares, respiratórias entre as demais, responsáveis pelas ocorrências de emergência, cresce com isso, a necessidade de atendimento imediato das vítimas no local da ocorrência, assim como de transporte apropriado para um atendimento intra-hospitalar de emergência.

É consenso mundial que a questão dos agravos externos tem vários e diversificados aspectos, porém a partir da ocorrência do evento o adequado atendimento pré-hospitalar e hospitalar tem favorecido na redução da morbimortalidade por tais eventos, de acordo com Dalcin e Cavazzola (2005), “o intervalo entre o evento traumático e o atendimento hospitalar pode deteriorar as condições da vítima, o que poderia influenciar no resultado final”.

A preocupação com a manipulação de pacientes com trauma tem origem nos períodos de guerra, no século XVIII, em que a finalidade implicava apenas no transporte até os hospitais de campanha, sem preocupação com o tratamento durante o trajeto.

Segundo Almoyna (1999), os serviços de atendimento pré-hospitalar surgem no Brasil em diversas cidades com características próprias, cuja sistematização se caracteriza pelas influências das escolas de APH surgidas meados do século XIX como o: Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), modelo francês, e o Serviço de Emergência Médica (SEM), modelo norte-americano. O modelo com maior predominância no Brasil é o norte-americano adotado pelos Corpos de

Bombeiros Militares, contudo em muitas cidades, foi adotado o modelo francês com certas adaptações.

Ainda para o autor acima mencionado, no Brasil a idéia de atender as vítimas no local da emergência é tão antiga quanto em outros países, pois, desde o ano de 1893, já se apresenta a preocupação com o atendimento pré-hospitalar, quando o Senado da República aprovou a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública no Rio de Janeiro, era então a capital do país. Consta também que em 1899 o Corpo de Bombeiros dessa capital, punha em ação a primeira ambulância (de tração animal) para realizar o referido atendimento, evento que caracteriza sua tradição histórica na prestação desse serviço. Já nos anos 50, instala-se em São Paulo o SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência) órgão da Secretaria Municipal de Higiene.

Para Santos (1999), no Brasil há muito tempo os Corpos de Bombeiros (CB) realizam o serviço emergencial pré-hospitalar, incluindo o Resgate e Salvamento de pessoas; embora por muito tempo tenha sido realizado por profissionais pouco qualificados para o cuidado em si, as viaturas eram inadequadas, e os recursos materiais insuficientes. Somente a partir da década de 80 o APH passou a ser aplicado de forma mais sistematizada por alguns CB, os quais deram início à estruturação dos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar (SVAPH), conforme suas peculiaridades, sendo estes sistemas gradativamente espalhados pelo Brasil e tomando proporções diversas.

Uma das experiências mais importantes ocorreu em 1989, em São Paulo, quando através da Resolução n.º 042 de 22/05/89 teve origem o Projeto Resgate desenvolvido em conjunto pela secretaria Estadual de Saúde (SES), através do SAMU-SP e a Secretaria de Segurança Pública (SSP), através do CB e Grupamento de Rádio Patrulhamento Aéreo, para esse serviço adotou-se uma sistemática de atendimento mista, ou seja, nos moldes e tecnologia do modelo norte-americano com adaptações do modelo francês. Atualmente o CB de SP (capital) opera com Unidades de Resgate (UR) tripuladas por Bombeiros Socorristas com curso de Resgate, em conjunto com o SAMU, através de Unidades de Suporte Avançado

(USA), tripuladas por médico e enfermeiro do SAMU, e um bombeiro motorista (SÃO PAULO, 2004).

Conforme relatos de Rocha (2003), outro modelo misto consiste no Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE), proposto pelo Ministério da Saúde (MS) e implantado inicialmente em 1990, em Curitiba, numa ação conjunta entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Segurança Pública; o atendimento é realizado pelos Socorristas do Corpo de Bombeiros, contando com médicos dentro do sistema regulador que poderá ser deslocado ao local da emergência quando necessário.

Oliveira (2004) salienta que o SIATE serviu de modelo para uma reestruturação do APH em nível nacional iniciada a partir de 1990 com a criação do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas (PEET) pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo era redução da incidência e da morbimortalidade por causas externas por meio de intervenção nos níveis de Prevenção, Atendimento Pré-hospitalar (APH), Atendimento Hospitalar e Reabilitação. O projeto de APH coube aos Corpos de Bombeiros, que se tornaram responsáveis pelo atendimento às emergências e traumas no âmbito público, sendo que os bombeiros passaram a ser treinados num curso básico de Socorristas baseado e equivalente ao treinamento em Emergências Médicas Básico dos Estados Unidos.

2.3 – PROCESSO DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA

No histórico de enfermagem, Alfaro-Lefevre (2005) ressalta que o enfermeiro deve utilizar um roteiro sistematizado para o levantamento de dados do paciente para tornar possível a identificação de seus problemas.

O primeiro passo é a identificação pessoal do paciente (nome, idade, raça, sexo, estado civil, e outros) e é feito, pelo enfermeiro ou recepcionista, assim que o paciente entrar na unidade de emergência. Quando o paciente estiver em estado crítico, a coleta de informações pode ser deixada em segundo plano ou fornecida pelo seu acompanhante enquanto a equipe presta o atendimento de emergência.

Logo após, o enfermeiro realizará a Anamnese, coletando sistematicamente os dados referentes à saúde do paciente para chegar a uma determinação das necessidades prioritárias atuais ou potenciais e do estado geral da vítima. No primeiro instante, uma entrevista planejada e um exame físico inspecionado devem ser utilizados com o objetivo de obter informações sobre quaisquer problemas de saúde do paciente, incluindo a história pregressa da doença atual, a queixa principal, os antecedentes pessoais, os antecedentes familiares, dentre outros. Durante a abordagem, um roteiro facilitará a seqüência da entrevista, contribuindo para o ganho de tempo e a coleta completa das informações.

No processo de enfermagem, principalmente numa unidade de emergência, o histórico de enfermagem serve como base para a identificação dos diagnósticos de enfermagem.

De acordo com Smeltzer e Bare (2000), logo após completar a história sobre a saúde, o enfermeiro organiza, analisa, sintetiza e sumariza os dados coletados, e determina os diagnósticos. Com isso, os diagnósticos de enfermagem têm promovido o desenvolvimento da autonomia e da credibilidade na enfermagem, e tem ajudado a delinear a prática do cuidado ao paciente.

Depois de identificados os diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro da emergência deve desenvolver o planejamento – ou plano de cuidados – de enfermagem, nos quais estão os subcomponentes envolvidos: prioridades, metas, prescrições de enfermagem, resultados esperados e registros (SMELTZER; BARE, 2000).

Depois disso, as metas possuem função importante, devendo ser traçadas pelo enfermeiro da emergência, objetivando a obtenção de um resultado satisfatório para a saúde do paciente. Em seguida, as prescrições de enfermagem são elaboradas baseadas nas metas estabelecidas, visando o cuidado integral ao paciente.

Finalmente, surgem os registros no qual o enfermeiro da emergência descreverá, se possível, formalmente sem plano de cuidados à vítima. Por outro lado, em certas situações de extrema emergência, o enfermeiro deverá deixar a formalidade de lado

e partir para um planejamento rápido e mecanizado pelas necessidades do paciente, às vezes, sem registro temporariamente.

A última etapa do processo de enfermagem é a evolução de enfermagem, e consiste na determinação das respostas do paciente às intervenções de enfermagem e extensão das metas alcançadas. Logo, para a determinação da evolução, o enfermeiro da emergência deve considerar todas as etapas anteriores do processo de enfermagem, focando na persistência ou não dos diagnósticos inicialmente traçados e no alcance ou não das metas previstas (SMELTZER; BARE, 2000).

CAPÍTULO 3

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: ECLÂMPSIA E PRÉ-ECLÂMPSIA

3.1 – DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (DHEG)

Segundo Cintra (2001), a DHEG é uma patologia obstétrica que aparece depois da vigésima semana de gestação, sendo mais freqüente no terceiro trimestre e estendendo-se até o puerpério. Caracteriza-se por apresentar hipertensão arterial, edema e/ou proteinúria, podendo provocar convulsões e coma.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000; BRASIL, 2005), a pré-eclâmpsia pode ocorrer anteriormente à vigésima semana de gravidez, na moléstia trofoblástica gestacional, sendo, predominantemente, uma patologia de primigesta. A doença, caso não seja tratada, evolui naturalmente para as formas graves, entre elas, a eclâmpsia e a síndrome HELLP.

Para Rezende (2005), a DHEG pode apresentar evolução distinta. *Pré-eclâmpsia* – quando aparece apenas hipertensão, edema e/ou proteinúria. A pré-eclâmpsia, isolada ou superposta à hipertensão arterial crônica, está associada aos piores resultados, maternos e perinatais, das síndromes hipertensivas.

Hipertensão Arterial é a elevação da pressão para números acima dos valores considerados normais. Define-se hipertensão, na gravidez, quando há um aumento, na PA sistólica, superior a 30 mmHg; e/ou na PA diastólica, superior a 15 mmHg, do valor normal da paciente, conhecido previamente, confirmado após duas medidas, com intervalos de, no mínimo, 4 horas, com a gestante sentada, em repouso. A proteinúria é a presença de 300 mg ou mais de proteínas na urina em uma coleção de 24 horas. O edema, quando existente, pode ser localizado ou generalizado. Além desses sintomas, também pode ocorrer oligúria: diurese inferior a 400 ml por dia, cefaléia, dor epigástrica, cianose ou edema pulmonar confirmado, dor no hipocôndrio direito (rotura da cápsula de Glinson), trombocitopenia grave (plaquetas

abaixo de 100.000/mm³), anemia hemolítica microangiopática: (hemólise icterícia e/ou elevação das enzimas hepáticas), e crescimento intra-uterino retardado (CIUR ou RCIU).

Eclâmpsia é o surgimento de convulsão em uma paciente com pré-eclâmpsia. Pode ocorrer na gravidez, parto ou até 10 dias de puerpério. A iminência de *eclâmpsia* é caracterizada, clinicamente, por sinais de encefalopatia hipertensiva, dor no epigástrio e hipocôndrio direito. Apesar da sua importância em saúde pública, a etiologia da hipertensão, que se manifesta na gestação (pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional), continua desconhecida (ZIEGEL e CRANLEY, 2004).

As síndromes hipertensivas na gestação têm se revelado como a principal causa de hipóxia periparto e relacionam-se diretamente com altas taxas de mortalidade materna e morbimortalidade pré-natal no país. Em Curitiba, nos últimos 10 anos, a hipertensão arterial na gravidez também foi à primeira causa de mortalidade materna, refletindo a importância dos serviços que atendem obstetrícia estarem capacitados e aparelhados para o atendimento desta situação (NASCIMENTO, 2004).

Certos fatores que predisõem a DHEG: idade e multiparidade, sendo a incidência maior entre as primigestas jovens e as múltiparas – condições preexistentes, como nefropatia hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus – como polihidrâmios e mola hidatiforme – dieta hipoproteica e rica em carboidratos e sal, influenciada por condições socioeconômicas e padrões culturais e raciais e localização geográfico e estado emocional.

A síndrome HELLP é uma forma agravante da pré-eclâmpsia que cursa com hemólise (Hemólises), elevação das enzimas hepáticas (Elevated Liver Functions Tests) e plaquetas baixas (Low Platelets). Diagnóstico laboratorial - hemólise: esfregaço sangüíneo alterado - esquizócitos, equinócitos, poiquilócitos; bilirrubinas totais >1,2mg/dl; DHL >660U/ml.

A hipertensão arterial crônica é um processo que não é peculiar à gravidez. Suas manifestações podem surgir antes da 20ª semana de gravidez. Pode persistir indefinidamente após o parto. Normalmente, a pressão arterial ultrapassa 140/190mmhg e se transforma em pré-eclâmpsia (BARROS, 2002).

A DHEG é um distúrbio observado durante o último trimestre da gravidez ou no início do puerpério. Tal distúrbio é caracterizado pelos seguintes sintomas: Hipertensão arterial, Edema, Albuminúria e em casos graves, Convulsões e Coma (CRANLEY, 1985).

Caracteriza-se HAS na gravidez quando a pressão arterial sistólica (PAS) estiver > 140 mmHg e a diastólica (PAD) > 90mmHg em duas tomadas, com intervalo de 4h, em repouso, ou quando houver aumento > 30mmHg na PAS e/ou aumento > 15mmHg na PAD, em relação a conhecidos níveis prévios à gestação.

A equipe de saúde que vai atender uma paciente com eclâmpsia deve apresentar uma seqüência de atitudes ou passos que devem ser seguidos de maneira automatizada, visto que a eclâmpsia constitui uma das mais graves emergências médicas. O aspecto mais urgente do tratamento não é o de parar de imediato a convulsão, mas sim o de garantir a oxigenação materna e minimizar o risco de aspiração. Muitas convulsões se resolvem espontaneamente em 60 a 90 segundos. Drogas para encurtar ou abolir a primeira convulsão (diazepam ou hidantal) não devem ser administradas. Tal prática, além de não tratar adequadamente as convulsões, facilita a depressão respiratória e neurológica, promove diminuição nos reflexos laríngeos, facilitando a aspiração de conteúdo gástrico, e piora o prognóstico materno. Por outro lado, a prevenção de novas convulsões com o sulfato de magnésio está sempre indicada.

O sulfato de magnésio demonstrou ter eficácia maior quando comparado de maneira randomizada e cega com o diazepam ou o fenitoína. Uma atitude freqüentemente adotada que deve ser evitada é a de indicar a interrupção da gestação por cesariana e com anestesia geral durante ou logo após uma convulsão. Nesse momento, quase sempre a paciente e o feto estão em mau estado geral, ainda hipoxêmicos e acidóticos, e uma intervenção cirúrgica do porte de uma cesariana pode causar prejuízos consideráveis. Deve-se dar tempo para que haja melhoria do estado geral e para que se proceda a uma avaliação correta do grau de comprometimento materno e fetal. Em geral, nos casos de eclâmpsia não-complicada, esse tempo situa-se em torno de 4 a 6 horas, dentro do qual a paciente sai do estado pós-convulsivo e torna-se novamente responsiva e orientada (CAVALCANTE, 2006).

Várias fisiopatologias da DHEG são: alterações renais: lesão glomerular, proteinúria diminuição do fluxo plasmático e da filtração glomerular, aumento da creatinina. Alterações vasculares: vasoespasmo é a principal alteração e a vasoconstrição. Alterações cardiovasculares: a expansão do volume intramuscular (da gestante) pode haver hipovolemia. Mesmo com a perda sanguínea habitual do parto e alterações hepáticas: aumento das enzimas hepáticas, particularmente devido à síndrome hellp onde há necrose hemorrágica (BRUNNER, 1994).

Entretanto, a retração do volume plasmático na DHEG pode preceder a hipertensão. Com a evolução da doença, há um comprometimento da perfusão de vários órgãos, como placenta, rins, fígado, cérebro e pulmões. A retração do volume plasmático tem também como consequência a hemoconcentração, que compromete a velocidade do fluxo sanguíneo, favorecendo a ativação das plaquetas e a coagulação do sangue. Assim, a hipercoagulabilidade evidenciada na gravidez normal se acentua enormemente na DHEG (DELASCIO, 1983).

Abe *et al.* (1994) destacaram que o mecanismo responsável pela lesão do endotélio estaria relacionado com a ativação de neutrófilos, com a consequente produção de radicais livres do oxigênio, que resultaria em um aumento da geração de ânion superóxido (O_2) na camada endotelial.

Conclusões parecidas foram obtidas por Konijnenberg *et al.* (1997) e, conforme estes investigadores, os radicais livres promoveriam lesões na camada endotelial do vaso, resultando na ativação das plaquetas que, por sua vez, mediarão a ligação de leucócitos, incluindo monócitos, neutrófilos e alguns subtipos de linfócitos, ao sítio da lesão.

Tal mecanismo teria como consequência o aumento da geração de radicais livres, o agravamento da lesão vascular e a ativação de outras plaquetas. Ademais, a interação plaqueta-monócito resultaria em um aumento da expressão do fator tissular do monócito, um importante iniciador da via extrínseca da coagulação.

Outra hipótese para a lesão endotelial, ressaltada por Rodgers *et al.* (1989) e Tsukimori *et al.* (1992), admite a presença de um fator tóxico na circulação materna.

Estes estudiosos demonstraram a presença, no soro de gestantes com DHEG, de um fator capaz de lisar células endoteliais humanas em cultura.

Rappaport *et al.* (1990) comprovaram que esse fator tóxico é um anticorpo contra a célula endotelial.

Entretanto, Rodgers *et al.* (1989) discordaram dessa conclusão, visto que demonstraram o rápido desaparecimento do efeito citotóxico do soro após o parto, o que estaria indicando que este fator possui uma meia-vida relativamente curta, não-condizente, portanto, com imunoglobulina.

3.1.1 – Hipertensão arterial

Indiscutivelmente, a hipertensão arterial é a doença que mais freqüentemente complica a gravidez, presente em 5 a 10 % das gestantes, sendo responsável pelo maior índice de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Duncan (2004) salienta que se trata de uma patologia clínica que, juntamente com infecções e hemorragias, forma a tríade responsável por grande obituário materno e fetal. Considera-se como hipertensão arterial, na gravidez, a constatação de uma PA sistólica, de pelo menos, 140 mmHg; e PA diastólica, de pelo menos, 90 mmHg. Também é considerada hipertensão arterial a elevação de 30 mmHg ou mais nos níveis habituais de pressão arterial sistólica e elevação de 15 mmHg ou mais nos níveis habituais de pressão arterial diastólica.

É notório que na gestação, mesmo havendo mudanças anatômicas, endócrinas, hemodinâmicas e imunológicas importantes, o organismo feminino se mantém em equilíbrio dinâmico, por mecanismos compensatórios. Porém, o limite entre a normalidade e a doença é extremamente tênue, e o desequilíbrio representa risco elevado de morbimortalidade materno-fetal (BAXLEY *et al.* 2001).

3.1.2 - História Clínica

A primeira fase no rastreamento é avaliar o risco de pré-eclâmpsia, mediante anamnese cuidadosa. Os fatores que ampliam esse risco incluem primiparidade, primeira gravidez com um novo parceiro, história de pré-eclâmpsia em um parente próximo, pré-eclâmpsia de início precoce em gravidez anterior, hipertensão crônica, diabetes e gestações múltiplas. Mesmo sendo útil para ajudar a determinar o nível apropriado de atenção pré-natal, nenhum desses fatores é muito específico ou sensível.

O diagnóstico de hipertensão é feito apenas quando a pressão arterial ultrapassa um limite predefinido. Muitas gestações desenvolvem-se normalmente, apesar da pressão arterial elevada. Isso indica que são mantidos fluxos sangüíneos útero-placentários adequados para os órgãos maternos. Certo grau de hipertensão pode ser benéfico, uma vez que mantém pressões de perfusão na presença de resistência vascular elevada (FEBRASGO, 2007).

3.1.3 - Pré-eclâmpsia

Normalmente, a pré-eclâmpsia/eclâmpsia ocorre após a 20ª semana de gestação, classicamente, pelo desenvolvimento gradual de hipertensão e proteinúria significativa e/ou edema de mãos e face. Duas formas de hipertensão podem complicar a gestação: *hipertensão preexistente* (crônica) - mulheres com hipertensão arterial pregressa, por mais de quatro anos, têm aumento do risco de desenvolverem pré-eclâmpsia de cerca de 25%; e *hipertensão induzida pela gestação* (pré-eclâmpsia/eclâmpsia), que pode ocorrer isoladamente ou de forma associada (FREITAS, 1997).

Diferenciar uma hipertensão preexistente da pré-eclâmpsia – síndrome específica da gestação, com vasoconstrição exagerada e perfusão de órgão reduzida - é tarefa importante da equipe de atenção no pré-natal. A proteinúria é a concentração de proteína na urina, maior que 300mg, em 24 horas; ou uma concentração de 1 grama/litro em, pelo menos, duas coletas urinárias, com intervalo igual ou superior a seis horas. O edema generalizado (na face e mãos) e pronunciado dá suporte ao

diagnóstico de pré-eclâmpsia. O aumento de peso é considerado como sinal de retenção de fluidos e pode ser considerado como evidência de pré-eclâmpsia.

Essa é a maior causa de morte em grávidas, de óbitos perinatais e aumento da quantidade de neonatos com seqüelas, quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral (MARTINS *et al.*, 2003; PEDROSA e OLIVEIRA, 2007).

A falta de assistência nas pacientes com pré-eclâmpsia ou a sua evolução desfavorável pode ocasionar em óbito, o que faz dessa doença a maior responsável pela mortalidade materna nos países da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil (SAVE THE CHILDREN, 2007).

De acordo com Papageorghiou (2004), diante de uma doença potencialmente tão devastadora, a maior parte das pesquisas sobre pré-eclâmpsia concentram-se no diagnóstico precoce e identificação de seus fatores de risco, ou seja, dando maior ênfase ao período pré-parto.

No entanto, a necessidade de se conhecer melhor o período pós-parto fica evidente ao se considerar as grandes mudanças fisiopatológicas características deste período. Um exemplo seria o efeito da auto-transfusão que acontece no puerpério imediato, após a expulsão da placenta, quando é estimado um retorno abrupto de mais de 800ml de sangue à circulação materna. Essas e outras adaptações a que o organismo materno é submetido nesse período podem potencializar muitas das complicações da pré-eclâmpsia (FUJITANI & BALDISSERI, 2005).

Ainda são raras as análises relacionadas com a evolução dos níveis tensionais na puérpera com pré-eclâmpsia, assim como a sua melhor forma de tratamento e até mesmo as características maternas do período pós-parto (FERRAZZANI *et al.*, 1994).

Apesar de algumas pesquisas comentarem a utilização de furosemida, hidralazina ou labetalol para o tratamento dos níveis tensionais elevados no puerpério, uma revisão sistemática recente sobre o tema conclui que não existem dados suficientes para orientar a conduta nesses casos (MAGEE & SADEGHI, 2005).

3.1.4 - Sinais e sintomas

PA maior ou igual a 160 x 110 mmHg, ou com qualquer cifra tensional e um ou mais dos sinais e sintomas abaixo relacionados são sinais premunitórios de *Eclampsia*. Sintomas: dor de cabeça importante (cefaléia), vômitos, visualização de escotomas e borramento de visão; sinais de falência cardíaca (falta de ar, cansaço, aumento do número de batimentos cardíacos); dor abdominal, principalmente sobre a região do fígado.

Síndrome de HELLP: caracterizada por proteinúria maior que 300 mg em 24 horas, creatinina sérica elevada, oligúria, edema pulmonar, cianose, hemólise microangiopática, trombocitopenia (redução da quantidade de plaquetas no sangue e distúrbio dos fatores responsáveis pela coagulação), disfunção hepatocelular, crescimento intra-uterino restrito ou oligoâmnio (redução do líquido amniótico na cavidade amniótica na gestação).

Atenção para a diminuição do número de plaquetas no sangue e distúrbio dos fatores responsáveis pela coagulação, para o aumento de enzimas hepáticas, para a presença de líquido amniótico em quantidade diminuída, e feto pequeno para a idade gestacional (menor do que o esperado).

3.1.5 - Eclampsia

Trata-se de crise convulsiva de características tônico-clônicas, que pode ocorrer em gestantes ou puérperas, sendo precedida pelo agravamento do quadro hipertensivo e por sintomas próprios da iminência de eclâmpsia: cefaléia, diplopia, dor em hipocôndrio direito e agitação psicomotora. É uma complicação que pode ser prevenida. Acomete o último trimestre e/ou puerpério imediato, com raros episódios nos dois primeiros trimestres e no puerpério tardio.

3.1.6 - Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia associada

É a presença de pré-eclâmpsia na gestação, em mulher com hipertensão arterial crônica (há mais de quatro anos). Apresentando proteinúria 20 semanas antes da

gestação, com súbito aumento de duas a três vezes na proteinúria; um novo quadro de proteinúria após 20 semanas de gestação; súbito aumento de pressão arterial; trombocitopenia; TGO e TGP elevados.

3.1.7 - Hipertensão transitória

De diagnóstico retrospectivo, a pressão arterial volta ao normal cerca de 12 semanas após o parto. Pode ocorrer nas gestações subseqüentes e prediz hipertensão arterial primária futura. Torna-se fundamental considerar a presença de outros fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e outras co-morbidades. O valor mais alto da sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação de estágio.

3.1.8 - Hipertensão crônica durante a gestação

Mulheres que se encontram no estágio 1 de hipertensão arterial apresentam baixo risco de complicações cardiovasculares durante a gestação e são candidatas a somente modificarem seu estilo de vida como estratégia terapêutica. Geralmente, a pressão arterial cai na primeira metade da gestação, facilitando o controle da hipertensão sem medicamentos ou com suspensão dos medicamentos que estiverem sendo usados. Os exercícios aeróbicos devem ser restritos, baseados nos conhecimentos teóricos de que o fluxo placentário inadequado pode aumentar o risco de pré-eclâmpsia, e a redução de peso pode não ser observada, mesmo em gestantes obesas.

Embora os dados sejam esparsos e não concludentes, inúmeros especialistas recomendam a restrição de sal (sódio) na dieta, a valores semelhantes ao da hipertensão arterial primária em geral, ou seja, de 2,4g. Uso de álcool e de cigarro deve ser fortemente desencorajado durante a gestação.

3.1.9 – Fisiopatologia

Segundo Montenegro (2002), as alterações morfológicas e funcionais do organismo da gestante portadora da pré-eclâmpsia tem como causa fundamental, o espasmo arteriolar, que provoca mudanças na parede vascular representadas por lesões das células endoteliais e redução da circulação e, conseqüentemente aumento da permeabilidade capilar e deposição subendotelial de fibrinogênio e plaquetas.

Para os autores mencionados, torna-se fundamental monitorizar a gestante com sintoma de pré-eclâmpsia de maneira a não progredir até uma convulsão, os responsáveis pela assistência da gestante tem grande responsabilidade quanto ao reconhecimento e tratamento dos sintomas precoces como também na instrução das pacientes a respeito dos sinais e sintomas que devem ser informados imediatamente. Uma boa forma de tentar prevenir esta doença, é uma boa dieta rica em proteína, pode ser útil os períodos de repousos, preferencialmente com a paciente em decúbito lateral, com isto aumentar o fluxo uterino.

Cunha (1998) destaca que as incidências aumentam com as primigestas, paciente com história familiar, com pré-eclâmpsia anterior e gestante com aumento de massa trombotica.

O diagnóstico é feito com base nos sinais essenciais: edema, hipertensão e proteinúria. Os sintomas aparecem tardiamente durante a evolução da doença. A paciente que se apresenta com queixas de cefaléia, dor epigástrica, escotomas, são sinais de pré-eclâmpsia (ERNA e ZIEGEL, 1985).

O edema é o quadro clínico menos preciso da pré-eclâmpsia, apesar de ser o primeiro a ser detectado, visto que este é comum na gestação (ERNA e ZIEGEL, 1985).

Na tentativa de se explicar o edema, inúmeros fatores foram indicados para o aparecimento do edema, como fatores hormonais aumento da pressão capilar e venosa e da permeabilidade dos capilares (MONTENEGRO, 2002).

O vaso espasmo é a alteração fundamental na fisiopatologia da toxemia. A vasoconstrição determina o aumento da resistência no fluxo sanguíneo e subsequente hipertensão arterial.

Devem-se considerar duas formas de edema, o edema oculto e o edema visível, o primeiro caracteriza-se pelo rápido aumento do peso, e no segundo, a compressão da região anterior da tíbia determina formação de cacifo característico. Para ser avaliado costuma-se classificar o edema em graus: na escala ascendente, ele atinge os membros inferiores até a tíbia (+); estendendo-se a coxa e também aos membros superiores (++) alastra-se a todo o corpo excluindo as cavidades serosas (+++) e, finalmente, constitui o derrame generalizado ou anasarca (++++). (MONTENEGRO, 2002).

A maior parte dos autores evidencia que se devem considerar o edema típico da pré-eclâmpsia quando encontrado na mão, na face, região lombossacra e vulvar. A proteinúria indica a gravidade do dano glomerular devido à toxemia. A forma de detectar o dano renal é avaliar os níveis de uréia e creatinina na urina, ela deve ser obtida em uma amostra limpa para o exame, o corrimento vaginal no final da gestação mostra um falso valor. A urina de 24 horas é mais fiel nos valores, acima de 500mg/24h são compatíveis a pré-eclâmpsia, quando é grave a urina apresenta-se concentrada e em pequeno volume. A oligúria é mau prognóstico (abaixo de 30ml/h) (ERNA e ZIEGEL, 1985).

Enquanto a pré-eclâmpsia for leve é caracterizada por edema, proteinúria e hipertensão, à medida que doença progride, o vaso espasmo se agrava e outros sinais e sintomas são crescentes como: irritabilidade do sistema nervoso central acompanhado por cefaléia, tonteira, distúrbios visuais, edema de retina ou espasmo arteriolar e hemorragias, também pode haver descolamento de retina. A dor epigástrica é um sintoma tardio, esta dor é atribuída pelo estiramento da cápsula hepática devido ao edema e hemorragia (ERNA e ZIEGEL, 1985).

As convulsões ou coma não relacionadas a qualquer outra patologia evoluem para a eclâmpsia, é uma emergência que requer hospitalização e cuidados intensivos para a redução da taxa de mortalidade (CURITIBA, 2004).

As principais mudanças uteroplacentárias causadas pela pré-eclâmpsia é a redução da circulação em cerca de 40 a 60%, o que explica a incidência expressiva de grandes enfartes placentários, crescimento retardado da placenta e seu deslocamento prematuro, determinantes do sofrimento fetal crônico e do elevado obituário perinatal (MONTENEGRO, 2002).

3.1.10 - Tratamento

A pré-eclâmpsia leve e moderada é a terapêutica conservadora até o conceito atingir a maturidade (37 semanas). Com maior ou igual a trinta e sete semanas obriga a interrupção da gravidez. O processo só se cura com o parto mesmo com a normalização da pressão arterial, o edema e a proteinúria desaparecidos, o feto está em perigo à depuração placentária é 50% inferior a normal (MONTENEGRO, 2002).

Ainda de acordo com este mesmo autor, as medidas adotadas são: repouso no leito em decúbito lateral esquerdo para melhorar o fluxo sanguíneo renal e a ultraplacentário. Sedação oral com diazepínicos ou barbitúricos para auxiliar no repouso. A dieta hipossódica e diurético são discutidas entre os profissionais, se usar diurético promove rápida excreção de água e de sódio levando a depleção eletrólita, associada à privação do sal não traz benefício no problema da toxímia, por isso a dieta é normossódica.

Os hipertensores também não são administrados com objetivo de prolongar a gravidez (reduz a perfusão ultraplacentária). A pré-eclampsia grave, a eclampsia e o sofrimento fetal estar imaturo o conceito, indicam que a prenhez há de ser terminada. Na pré-eclâmpsia grave, e na eclampsia, antes de interromper a gestação, o quadro clínico será estabilizado, o que demora em torno de 4 a 6 horas (MONTENEGRO, 2002).

3.2 - SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro, legitimada pela lei do exercício profissional, em 1986, no artigo 11º, inciso 1, letra I e inciso II, letras g, h e i do COFEN (1986), encontra um grande campo de utilização em ginecologia

e obstetrícia, tendo em vista que a mulher, da sua adolescência à senectude, constitui um vasto contingente populacional, que demanda orientação, avaliação constante e periódica de sua saúde nessa área, objetivando à promoção e à prevenção da mesma.

A consulta de enfermagem em ginecologia e obstetrícia pode apresentar um alto grau de resolutividade, tendo em vista o artigo 11º, inciso II do COFEN (1986), normatizada pela resolução C, que autoriza o enfermeiro a prescrever medicamentos, com base em dois condicionantes: aqueles medicamentos estabelecidos em programa de saúde pública, ou aqueles estabelecidos em rotina aprovada pela instituição de saúde.

Conforme relatos de Brunner & Suddarth (1985), as principais condutas de enfermagem são: proporcionar ambiente calmo e repousante a gestante, afastar qualquer estímulo estressante; avaliar as condições gerais de cliente, principalmente os sinais vitais (nos casos leves verifica os sinais de 4/4 horas, nos casos graves de 1/1 hora), monitorar os batimentos cardíacos para a detecção de sofrimento fetal; administrar medicações prescritas; avaliar a resposta da gestante aos medicamentos atentando para os efeitos colaterais (cuidados na administração de sulfato de magnésio); monitorar débito urinário; aspirar secreção, se necessário; controlar o gotejamento em caso de venóclise.

Lodi & Cashion (2002) destacam a importância da avaliação periódica através do exame físico, da orientação à gestante quanto ao repouso físico, do posicionamento no leito (decúbito lateral esquerdo), do controle de peso e quando retornar imediatamente ao hospital.

3.2.1 - Proposta de intervenção do enfermeiro para gestante com DHEG

Segundo Enkin et al (2005), as propostas de intervenção do enfermeiro para gestante com doença hipertensiva específica da gestação são:

- Estabelecer um vínculo de confiabilidade entre a gestante e o enfermeiro.

- Oferecer um atendimento de qualidade, com recursos que a referência não ofereceu.
- Facilitar acesso aos exames, dando prioridade a essa gestante.
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação (quando possível, devido interação medicamentosa), vacinação, preparo para o parto e puerpério.
- Realizar atividades com grupos de gestantes semanais e/ou quinzenais, reforçando a importância da participação das mesmas; abordando assuntos, como aleitamento materno, medicações, vacinação, alimentação (*evitar gordura e frituras, restringir uso de sal, orientar quanto a importância de uma dieta balanceada com todos os nutrientes, vitaminas e sais minerais*), auto-cuidado (*repouso com as pernas elevadas, uso de sapatos de saltos baixos e confortáveis, roupas leves e folgadas, calcinhas de algodão com sustentação para evitar outras complicações, meias elásticas indicadas para gestante, cuidados com os seios*) e esclarecimento de possíveis dúvidas que possam surgir.
- Fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta.
- Orientar a gestante quanto aos sinais e aos sintomas que possam surgir durante a gravidez, e que providências tomar.
- Fazer acompanhamento e controle dos sinais vitais, priorizando a medição da PA, diariamente, na UBS.
- Realizar visitas domiciliares, reforçando o vínculo estabelecido entre a gestante e a UBS, sendo de caráter integral e abrangente sobre a gestante, família e o contexto social.
- Periodicidade da visita domiciliar: auxiliar de enfermagem ou técnico, de 5 em 5 dias; agente comunitário de saúde (ACS), de 2 em 2 dias; enfermeiro(a), de 10 em 10 dias. Isso pode ser modificado de acordo com a demanda de cada PSF, não devendo ser inferior ao proposto acima.
- Orientar e acompanhar quanto à dieta hipossódica e hipoprotéica.
- Sugerir repouso e encaminhar a gestante para a consulta de pré-natal de alto risco, em casos de aumento da PA (acima 140/90 mmHg) ou edema.
- Orientar quanto ao ganho exagerado de peso. A equipe deverá atentar quanto à retenção de líquido por parte dessa gestante.
- Orientar quanto à necessidade da coleta de exame citopatológico após o término da assistência pré-natal (42 dias após o parto).

O teste de “Roll-over” é uma prova clínica bem simples, realizada no ambulatório de pré-natal: gestantes, entre a 28ª e a 32ª semana de gravidez, são colocadas em decúbito lateral esquerdo, e a PA é mensurada no braço direito, até se encontrar valor estável. A seguir, a PA é novamente mensurada, com a paciente em decúbito dorsal. Um aumento maior ou igual a 20 mmHg define teste positivo.

Isso representa 76% dos casos - as pacientes desenvolvem hipertensão no final da gravidez. Fica a cargo do obstetra a infusão da angiotensina como segundo teste (as gestantes que permanecerem normotensas durante a infusão, são resistentes ao efeito pressor da angiotensina e continuarão normotensas até o final da gestação).

A ação mais importante evidencia-se eficaz em atitudes prematuras, levando-se em consideração que o processo é crônico e atinge gestante e concepto, várias semanas antes da apresentação da sintomatologia. Com base nessa informação, tenta-se identificar, no pré-natal, aquelas pacientes que têm maior possibilidade de desenvolver, no decurso da gravidez, esse quadro hipertensivo. Existem duas possibilidades de detecção prematura desse quadro: no primeiro momento, a enfermagem pode atuar e encaminhar a gestante para o segundo, que é uma conduta da obstetrícia (EINKIN *et al.*, 2005).

3.2.2 - Medicamentos de Intervenção

Droga de escolha: hidralazina, labetalol, nifedipina e sulfato de magnésio, metildopa embora tenha a desvantagem de um início de ação relativamente lento (cerca de quatro horas). Inibidores da Enzima Conversora da angiotensina (ECA): Captopril, Enalapril e outros estão proscritos na gestação por estarem associados com morte fetal e más formações fetais.

3.3 - O PROFISSIONAL E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE DE ALTO RISCO NA EMERGÊNCIA

O profissional de enfermagem, como integrante da equipe de saúde, tem por responsabilidade contribuir para manter a saúde do paciente, prevenindo e tentando

reverter os eventuais desajustes, através dos seus conhecimentos científicos (LEOPARDI, 2006).

Assim, busca uma assistência comprometida com o paciente em suas várias dimensões. De acordo com Hoga (2004), isto ocorre através de ações providas de intencionalidade que se delineiam pelos suportes físico e emocional, presentes durante todos os procedimentos e intervenções de enfermagem.

Normalmente, a gravidez de alto risco se desenvolve de forma diferenciada, visto que, na gestação normal, a mulher interna-se para o momento do parto que, embora sendo um período de expectativas dolorosas devido às contrações do trabalho de parto, é um momento envolvido por alegria e satisfação.

Ademais, o seu retorno ao convívio familiar ocorre geralmente em menor tempo. Já na gestação de alto risco, a mulher se submete a internações freqüentes e/ou demoradas, a procedimentos invasivos e lida com a possibilidade da sua morte e a do seu filho. Vale salientar que, nesse contexto, a correlação com sofrimento e morte é muito forte. Perante esta situação, a equipe de enfermagem tem um papel fundamental, como presença autêntica, ouvindo-a sem julgamentos e preconceitos, devendo estar atenta para perceber as suas reais necessidades (ZAMPIERI, 2002).

Assim sendo, é imprescindível que as ações de enfermagem sejam caracterizadas pelo encontro entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, isto é, seres humanos em interação (MERCÊS; ROCHA, 2006).

Neste sentido, a prática de enfermagem, mesmo na ação mais simples, adquire um caráter de interesse do profissional pela pessoa cuidada, sendo executada com o objetivo de produzir — através do toque corporal, do olhar, da comunicação — segurança, conforto, carinho e alívio da dor e do sofrimento. Isto contribuirá para que o paciente seja capaz de enfrentar os obstáculos que surgirão durante o processo de cuidado e cura, como acrescenta Hoga (2004).

Ainda segundo Leopardi (2006), a enfermagem tem como responsabilidade específica assistir o ser humano no atendimento das suas necessidades básicas e

ensinar o auto-cuidado. Conseqüentemente, várias teorias de enfermagem têm como princípio esse atendimento das necessidades que não foram supridas pelo paciente. No Brasil, destaca-se a teoria de Wanda Horta.

Horta (1979) parte do princípio de que a enfermagem é um serviço prestado ao ser humano no atendimento das necessidades básicas para o seu completo bem-estar. A enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

O assistir em enfermagem é definido por essa autora como a ação realizada por um ser humano quando há impossibilidade do auto-cuidado. Nessa linha de abordagem, torna-se possível considerar que assistir envolve ajuda, auxílio, orientação, ensino, supervisão e encaminhamento para outros profissionais.

Ainda na concepção de Horta (1979), a ciência da enfermagem analisa as necessidades básicas quais sejam: psicobiológicas — oxigenação, hidratação, nutrição; — psicosociais — segurança, atenção, comunicação, amor; — e psicoespirituais — religiosa, teológica, ética e filosófica. Tais necessidades devem ter como princípios a centralização no ser humano, sua unicidade, autenticidade, bem como a individualidade, através de cuidados preventivos, curativos e de reabilitação. Além disso, deve ser considerado o contexto social e familiar, de modo a favorecer e estimular uma conduta ativa no seu auto-cuidado. Logo, evidencia-se a necessidade de uma constante interação entre profissional e paciente para que haja o atendimento das suas necessidades básicas.

Nessa linha de discussão, Morse et al. (1991) apud Souza (2000) relatam que o atendimento das necessidades humanas determina o cuidado, isto é, uma ação só é considerada cuidado quando as necessidades de um paciente são identificadas e atendidas.

A esse respeito, encontra-se reforço em Talento (2000) que fundamentado na teoria de Watson (1979), definiu o “foco da enfermagem no cuidado, sob a perspectiva

humanista, com base em conhecimentos científicos”. Tal teorista teve como um dos principais pressupostos a definição do cuidado como resultado da satisfação das necessidades humanas, denotando reciprocidade entre o enfermeiro e a pessoa assistida.

Nesse sentido, Traverso-Yépez e Moraes (2004) destacam que no relacionamento profissional/paciente, espera-se que o profissional esteja preparado para uma relação baseada na escuta e no diálogo, procurando entender a subjetividade do paciente num momento de fragilidade.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) conceitua subjetividade como um modo próprio de atuar no mundo e na relação com as demais pessoas. É de natureza dinâmica e muda de acordo com as experiências de cada um. Sofre influência dos valores e da cultura que a pessoa vai internalizando ao longo da vida e do tempo, sendo, portanto, produzida socialmente.

Neste sentido, ratifica-se a afirmação do Ministério da Saúde (BRASIL 2000), quando ressalta que, além do conhecimento técnico, é necessário que a equipe de saúde seja sensível para identificar e entender o processo emocional vivenciado por cada paciente diante da patologia.

3.4 - O PROCESSO INTERATIVO E A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Mesmo diante da grande importância da interação entre a equipe de enfermagem e as pacientes acometidas por pré-eclâmpsia, existe com a escassez de estudos que abordem este assunto. Assim sendo, parte-se do conceito de interação, em seguida reporta-se aos trabalhos relativos à interação da equipe com o paciente internado, de um modo geral, e, por tratar-se de uma patologia que denota riscos de morte para a mulher, aborda os estudos que tratem dessa interação com o paciente crítico.

Entendendo a interação como componente essencial para a efetuação do cuidado de enfermagem e em conformidade com o pensamento de Stefanelli (1981), ela deve ser vista como uma ponte mediadora do processo de comunicação humana.

Nesse sentido, Moraes, Oriá e Pagliuca (2006) definem interação como um processo que envolve duas ou mais pessoas, as quais, ao expressarem interesses, atenção, vontade e sensibilidade, relacionam-se entre si por meio de uma linguagem compreensiva para poder ocorrer a comunicação entre os envolvidos e consigo mesmo.

Concordando com as autoras, entende-se que o mundo globalizado de hoje, exigindo cada vez mais profissionais capacitados para o mercado de trabalho, atribui pouco valor para as interações pessoais, destacando-se a imagem, o poder e o consumo, enfim, a razão sobrepondo-se à emoção. Assim, a saúde, e particularmente a enfermagem, sofre os efeitos das mudanças econômica, social e cultural que se delineiam, entre outros, por uma mentalidade da ação pela ação, em detrimento do ser. Logo, é essencial a reflexão dos profissionais, visando a um salto de qualidade, com vistas a contribuir para o resgate da subjetividade presente em cada paciente, principalmente aquele fragilizado pela doença.

Desde o princípio de sua natureza, a enfermagem tem como responsabilidade o assistir, significando, segundo Beltrán (2006), fazer algo por uma pessoa, fornecer informações necessárias a fim de superar as suas necessidades, melhorar sua auto-estima ou reduzir o sofrimento. Isto significa dizer que a presença de duas pessoas em contato, sinaliza o processo de interação.

Assim sendo, esta é a forma pela qual os profissionais executam o propósito da enfermagem, gerando resultados e produzindo benefícios para cada um dos envolvidos no processo.

Ainda conforme o mesmo autor, o objetivo da enfermagem é ajudar aos pacientes e seus familiares a prevenir, enfrentar a doença e o sofrimento, contribuindo para encontrar o sentido das suas experiências através do estabelecimento de uma relação pessoa a pessoa. Tal contato se torna exitoso no momento em que produz crescimento do paciente e do profissional. Para que isto possa acontecer, além da sua experiência clínica e preparação acadêmica, esse profissional deve dispor de senso comum, intuição, sensibilidade e habilidades comunicativas, atributos

caracterizados por Hoga (2004) como a capacidade para estabelecer relacionamentos interpessoais adequados.

Na visão de Travelbee (1979), a interação é um contato que envolve indivíduos, no qual, através da comunicação verbal ou não verbal, há uma influência recíproca. O objetivo desta relação é a ajuda do enfermeiro ao paciente, estando esse interessado em todas as dimensões que envolvem a vida do ser humano. Assim, o relacionamento estabelecido proporciona os meios para o paciente enfrentar as situações da doença, aprender com a experiência e encontrar o seu significado.

Certos autores, entre eles Mercês e Rocha (2006), ressaltam a importância do autoconhecimento do profissional, como sendo ponto chave no processo interativo. Através da atitude de tolerância aos próprios limites, este será capaz de cuidar do ser humano em situação de fragilidade, entendendo as necessidades subjetivas do paciente.

Existem também autores que defendem o envolvimento emocional como aspecto importante na relação terapêutica que se substancia durante o processo da interação. Filizola e Ferreira (1997) partem da definição de Travelbee (1979) que conceitua envolvimento emocional como a capacidade de sair de si mesmo e interessar-se por outra pessoa, de maneira madura e obedecendo aos limites, sem que haja prejuízos. Através do envolvimento emocional se põe em relevo não apenas o aspecto objetivo do paciente — tão presente na vivência da enfermagem — mas, sobretudo, a sua singularidade, seus sentimentos que são aflorados significativamente no momento interativo.

Beltrán (2006) destaca a importância do enfermeiro em conhecer o paciente e compreender seus padrões de respostas, vendo-o como ser holístico, com expectativas e temores e, principalmente, quando, em decorrência da sua doença, é obrigado a expor a sua intimidade, seus sentimentos a outras pessoas estranhas ao seu meio. Segundo este autor, a interação acontece em três fases: iniciação, onde ocorre o início do processo interativo, ou seja, o conhecimento mútuo, gerando confiança, centralizando-se nas necessidades do paciente. A segunda é a de manutenção, caracterizada pelo aumento da confiança mútua, em que o enfermeiro

sente-se capaz de identificar melhor as necessidades do paciente e suas respostas. Numa terceira fase, denominada de determinação, ocorre o cumprimento de algumas metas estabelecidas, como o paciente preparar-se então para o retorno ao convívio social. O processo interativo se reflete junto ao paciente e família, de acordo com o seu estado no momento da alta, tendo como objetivo a manutenção de níveis saudáveis de saúde.

Analizando o processo interativo através do pensamento de King (1989), George (2000), confirma que os seres humanos são sistemas abertos, em constante interação com o seu ambiente, o que constitui o foco da enfermagem. Nesse sentido, cada indivíduo é um sistema pessoal, tendo como conceitos relevantes, entre outros, a percepção, o ser, o crescimento, a imagem corporal e o aprendizado.

Os sistemas interpessoais formados por mais de um indivíduo em relação apóiam-se em conceitos, como interação, comunicação, transação, papel e estresse. Dentre esses conceitos, destaca-se a interação, visto que é caracterizada por valores e mecanismos para o estabelecimento de relações humanas, abrangendo comunicação, aprendizado e reciprocidade. Logo, de acordo com King (1989), a interação é um processo de percepção e comunicação entre a pessoa e o ambiente, como também entre uma pessoa e outra, representada por comportamentos verbais e não verbais que são dirigidos às metas. Na visão dessa autora, cada membro envolvido no processo de interação traz diferentes idéias, atitudes e percepções a serem trocadas. Sendo assim, os indivíduos juntam-se com uma finalidade e percebem um ao outro. A reação de cada um às situações denota-se como resposta a esse processo. Desse modo, tais afirmações corroboram a prática de enfermagem, pois, uma vez diferenciada de outros profissionais de saúde, se baseia no fazer com e para o indivíduo, utilizando habilidades, conhecimentos e valores pertinentes à profissão.

Uma das grandes dificuldades no processo interativo se refere à comunicação. Ferreira (2006) relata que a qualidade da comunicação no cuidado com o paciente reflete-se nas suas atitudes, reações, participação no seu tratamento, contribuindo para a recuperação da sua saúde e/ou readaptação a um novo estilo de vida. No entanto, normalmente os profissionais movidos pelo tecnicismo e burocracia, deixam

de realizar uma efetiva comunicação, o que interfere no estabelecimento do processo interativo, alegando, entre outros, falta de tempo. O paciente permanece assim desinformado sobre o que está acontecendo consigo, encontrando-se numa situação de perda da sua autonomia e privacidade, além de dependente das imposições e rotinas do hospital.

Outro fator fundamental é que os profissionais de enfermagem podem não estar preparados para entender as reações emocionais diante da doença e da hospitalização. Soar Filho (1998) afirma que há uma tendência normal no ser humano, quando diante da tensão emocional, principalmente ocasionada pelas experiências dolorosas, de passar a reagir com algum grau de regressão psicológica, retornando a comportamentos próprios da fase infantil. Sendo assim, cabe ao profissional dispor não de atitude de julgamento ou autoridade, mas de acolhida, compreensão e tranquilização do paciente e família.

Filizola e Ferreira (1997) relataram, em sua pesquisa, haver na enfermagem uma mentalidade do não envolvimento, contribuindo para que não seja efetivo o processo de interação entre o profissional e o paciente. Tal fato, na opinião dessas autoras, ocorre por falta de preparo acadêmico, medo do sofrimento, como também da perda da objetividade que o leva a agir apenas tecnicamente, considerando o paciente como uma “doença”, não no seu todo.

Entretanto, no processo de interação, o paciente precisa ser entendido como pessoa, isto é, alguém que tem uma história de vida construída por saberes, experiências, afetos elaborados no seu meio familiar, social e cultural que não deixam de existir, continuando presentes no ambiente hospitalar. Assim, o envolvimento maduro e equilibrado da equipe de enfermagem com os medos, anseios e perspectivas do paciente surge como uma maneira de diminuir as dificuldades encontradas no desenvolvimento do processo interativo (CAVALCANTI, 2002).

Um outro aspecto que deve ser destacado é o processo interativo entre a equipe de enfermagem e a família do paciente internado, principalmente se este se encontra em estado crítico. Sobre este assunto, Inaba, Silva e Telles (2005) defendem que a

presença da família alivia a ansiedade, o desconforto e a insegurança sentida. Desse modo, cabe ao profissional manter uma postura de incentivo e valorização da sua presença, considerando o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem, o que tende a refletir positivamente no estado de saúde do paciente.

As autoras consideram que, no contexto da hospitalização, a família também necessita de cuidados, não devendo ser vista apenas como auxílio técnico ao trabalho de enfermagem, mas como alguém que desempenha um papel fundamental. Assim sendo, espera-se que seus comportamentos e emoções sejam entendidos, através de um relacionamento de respeito, no qual as informações sobre o que acontece com seu ente querido também sejam fornecidas, sentindo-se a mesma valorizada e co-participante no processo de cuidado e cura (SANTOS; SILVA, 2006; COMASSETO, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, somente a partir da década de 80, a capacitação dos profissionais que atuam no atendimento de emergência tornou-se fato importante; no entanto, na literatura nacional a escassez de estudos na enfermagem determina a necessidade de investigações.

Este estudo fundamenta-se em alguns aspectos relevantes como a dificuldade de detecção de sua etiologia; a identificação precoce; a profilaxia das formas graves da doença; a comprovação de que se trata de doença crônica e que acomete a placenta e o feto semanas antes do aparecimento da sintomatologia clínica. As pacientes sabidamente hipertensas, ou aquelas em que se constata níveis tensionais elevados desde o início da gestação, podem desenvolver um quadro de DHEG. São gestantes com mau prognóstico para si e para o feto. O que mais freqüentemente se observa é o agravamento progressivo da elevação da pressão.

A pesquisa mostra que diagnosticar e minimizar as complicações decorrentes da doença hipertensiva específica da gravidez e reduzir os elevados índices de morbimortalidade materna e perinatal verificadas no Brasil torna-se imprescindível refletir sobre as ações em saúde e avaliar a qualidade da assistência prestada através dos indicadores de saúde. O enfermeiro é imprescindível na implantação de um cuidado mais especializado, com o intuito de individualizar a assistência, visando à prevenção, à promoção e à recuperação da saúde dessas gestantes, através de estratégias e protocolos específicos (BARROS, 2006).

Este trabalho resultou de uma caminhada composta por leituras científicas, questionamentos, contato com os profissionais e gestantes de alto risco que compartilharam o estudo, na busca do entendimento sobre a percepção da equipe de enfermagem e de mulheres hospitalizadas, com o diagnóstico de pré-eclâmpsia, acerca da interação entre eles durante o atendimento das necessidades das mulheres.

No que se refere aos profissionais, estes percebem a sua interação com as gestantes, reconhecem as necessidades das mesmas e atendem-nas de forma responsável. Neste contexto, compreendem as condições da mulher com pré-eclâmpsia e, assim sendo, consideram o estado emocional e a importância da família para o seu tratamento. Esses participantes, ao vivenciar o processo de interação, deparam-se com dificuldades de ordem individual e institucional que influenciam a efetivação do processo interativo.

Sob o ponto de vista do interacionismo, os profissionais, apesar de estabelecerem uma relação social no cotidiano com a mulher, deparam-se com aspectos ambientais e individuais como, por exemplo, situações de urgência na unidade de internação, jornada de trabalho e falta de experiência que podem modificar os cuidados prestados às gestantes hospitalizadas.

Entende-se que diante de uma patologia com repercussões graves e insidiosas, faz-se necessária a existência de uma equipe de enfermagem preparada tecnicamente para atender a essas exigências. No entanto, junto com o atendimento das necessidades biológicas, espera-se que o profissional de enfermagem empenhe-se em compreender a mulher em todas as suas dimensões, quais sejam: psicológicas, sociais, culturais e espirituais, que compõem o ser humano, através de uma interação efetiva. Neste sentido, o processo interativo delinea-se como elo mediador entre o cuidador e o ser cuidado, configurando uma assistência humanizada.

Assim, compreende-se que o profissional de enfermagem atribui um significado ao processo de interação com a gestante que o leva a contemplar, em suas ações, os aspectos técnicos do cuidar. Embora, expresse estar consciente do seu papel no processo interativo, demonstra dificuldade para interagir nas questões subjetivas, comprometendo o atendimento das necessidades da gestante.

Geralmente, os profissionais que atendem às gestantes, ao interagirem com eles mesmos, com a paciente e com os demais membros da equipe, nas diversas situações, estabelecem um processo interpretativo que leva a considerar as necessidades da mulher hospitalizada com pré-eclâmpsia.

Nesse contexto, o significado da interação pode ser alterado e revisado nos vários processos interativos decorrentes das situações de cuidado com a gestante de alto risco. Nessa linha de consideração, destaca-se a participação do enfermeiro como responsável e agente formador da equipe de enfermagem, contribuindo para que a equipe e os indivíduos vejam a si mesmos em cada agir, gerando reflexões sobre o processo interativo.

Logo, a enfermagem demonstra a importância do acompanhamento pré-natal como fator determinante na prevenção das complicações da pré-eclâmpsia, em que a participação do enfermeiro interagindo com a cliente, pode mudar a realidade de morbimortalidade materna causadas pela eclâmpsia através da atenção da saúde.

Sendo assim, através deste trabalho foi possível conhecer mais sobre esta patologia e o que a enfermagem pode contribuir nesta assistência, promovendo um atendimento integral com oportunidade de promover o cuidado da doença. Este cuidado deve caminhar junto a uma equipe multidisciplinar prestando uma assistência adequada à gestante.

REFERÊNCIAS

ABE, H. *et al.* Granulocyte proteases and hydrogen peroxide synergistically inactivate thrombomodulin of endothelial cells in vitro. **J. Lab. Clin. Med.**, n. 123, p. 874-81, 1994.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5a. ed., Porto Alegre: Artmed, 2005.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (Chicago). Committee on trauma. Advanced Trauma Life Support Program. **Instructors manual**. Chicago: ACS; 1993.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTIS (ACOG). Diagnosis and management of pré-eclâmpsia and eclâmpsia. **Obstetrics and Gynecology**, v. 33, p.159-167, 2002.

ANDRADE LM, CAETANO JF, SOARES E. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência. **Rev RENE**, v. 1, n. 1, p. 91-7, 2000.

BARROS S. M. O. (Organizadora). **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Manole: São Paulo, 2002 e 2006.

BAXLEY, E. G. Advanced Life Support in Obstetrics. **Advisory Board**, 2001.

BELTRÁN, Ó. A. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 24, n. 2, p.144-150, set 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico, 3. ed., Brasília; 2000.

BRASIL. **Programa de Humanização do Parto, Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada**. Brasília; 2005

BRASIL. **HUMANIZA-SUS**. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília, 2006.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. A parturiente com complicações. In:_____. **Práticas de Enfermagem**, 3 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, p. 1048-1050, 1985 e 1994.

CAVALCANTI, A. C. D. **Cotidiano do cuidar de enfermagem em cirurgia cardíaca**: a interação como ferramenta do cuidado. 133f. Dissertação. (mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2002.

CAVALCANTE, J. **Gravidez de alto risco**. 2º ed. São Paulo, p.45, 2006.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul/set 1997.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5ª Edição, São Paulo, 2002.

CHAGAS, C. D. **Simulação em emergência médico-hospitalar**: um estudo de caso no Hospital Municipal Miguel Couto. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - COPPE/UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.

CHAVES, E. H. B. Aspectos da liderança no trabalho do enfermeiro. **Rev Gauch Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 53-8, 1993.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2ª edição. Atheneu, São Paulo: 2001.

COFEN. Lei 7498: Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Diário Oficial da União 26/06/1986. **Rev. Edu., Meio Amb. e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 208-222, 2006.

COMASSETO, I. **Vivências de familiares do paciente internado em unidade de terapia intensiva**: estudo fenomenológico, 95f. Dissertação. (mestrado em enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN), 1986. **Legislação**. Disponível em: WWW.portalcofen.gov.br/legislacao/menu.htm. Acesso em: 19 de setembro de 2006.

COTÉ, M. J. **Patient flow and resource utilization in an outpatient clinic**. Socio-Economic Planning Sciences, v. 33, p. 231-245, 1999.

CRANLEY, E. **Enfermagem obstétrica**; 8º ed.; São Paulo, 1985.

CUNHA, S. P.; DUARTE, G., **Gestação de Alto Risco**, 3a ed. Médica e Científica Ltda, São Paulo, 1998.

CURITIBA, SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE, **Programa Mãe Curitibana**, Curitiba, 190 p, 2004.

DALCIN, R. R.; CAVAZZOLA, L. T. Serviço de assistência médica de urgência. In: NASI, L. A. et al. **Rotinas em pronto-socorro**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, p. 22-25, 2005.

DELASCIO, D. **Hipertensão na gravidez**. São Paulo: Savier, p. 169, 1983.

DUNCAN, B. B. **Medicina Ambulatorial**: Condutas de atenção Primária. 3ª edição. Artes Médicas, Porto Alegre: 2004.

ENKIN, M. W.; KEIRSE, M. J. N. C.; NEILSON, J. P.; CROWTHER, C. A.; DULEY, L.; HODNETT, E. D.; HOFMEYR, G. J. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto: rastreamento da pré-eclâmpsia**, p. 39 a 42, 3ª edição, Rio de Janeiro, 2005.

ERNA, E.; ZILGEL; CRAULEY, M. S., **Enfermagem Obstetrícia**, 8ª ed., Guanabara, Rio de Janeiro, 1985.

FEBRASGO. **Assistência Pré-Natal**: manual de orientação [S.D] p. 72 a 85, Acesso 2009.

FERRAZZANI, S.; DE CAROLIS, S.; POMINI, F.; TESTA, A. C.; MASTROMARINO, C.; CARUSO, A. The duration of hypertension in the puerperium of preeclamptic women: relationship with renal impairment and week of delivery. **Am J Obstet Gynecol.**, n. 171, p. 506-12, 1994.

FERREIRA, M. A. A Comunicação no Cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 327-330, mai/jun 2006.

FIGUEIREDO, N. M. A. Registro de Enfermagem. In: **Práticas de enfermagem: fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 289-304 p, 2005.

FILIZOLA, C. L. A.; FERREIRA, N. M. L. A. O Envolvimento Emocional Para a Equipe de Enfermagem: Realidade ou Mito? **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 9 -17, mai 1997.

FINCKE, M. K. **Enfermagem de emergência**: a viga mestre do departamento de emergência. In: Warner CG. **Enfermagem em emergência**. 2ª ed. São Paulo: Interamericana; p. 32-7, 1980.

FREITAS, P. B. C. O feto no conceito clínico de pré-eclâmpsia. **Rev. Bras Hipertensão** v. 4, p.154-157, 1997

FUJITANI, S.; BALDISSERI, M. R. Hemodynamic assessment in a pregnant and peripartum patient. **Crit Care Med.**, n. 33, p. 354-61, 2005.

GALVÃO, C. M. **Liderança situacional: uma contribuição ao trabalho do enfermeiro ¾ líder no contexto hospitalar**. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1995.

GALVÃO, C. M.; TREVIZAN, M. A.; SAWADA, N. O. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 32, n. 4, p. 302-6, 1998.

GARRET, C. Complicações Perinatais. Avaliação dos fatores de risco. In: LOWDEMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 583-586, 2002.

GOMES, M. A. Y.; NEIRA, J. **Atención inicial de pacientes traumatizados**. Buenos Aires: Fundación Pedro Luiz Ruveiro; 1992.

GOMES, A. L. **Emergência**: planejamento e organização da unidade. Assistência de enfermagem. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 1994.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença: uma discussão inicial. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento epistemologia e método**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2002.

GONZÁLEZ, C. J.; GONZÁLEZ, M.; RÍOS, N. M. **Improving the quality of service in an emergency room using simulation-animation and total quality management**. Computers Ind. Engng., v. 33, n. 1-2, p. 97-100, 1997.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. 14. ed. São Paulo: E.P.U., 1979.

INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 423-429, 2005.

KONIJNENBERG, A. *et al.* Extensive platelet activation in preeclampsia compared with normal pregnancy: enhanced expression of cell adhesion molecules. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, n. 176, p. 461-9, 1997.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LODI, E.; CURTI, M. Hipertensão Arterial na Gestação. In: BASEGIO, D. L. et al. **Manual de Obstetrícia**. Rio Grande do Sul; Revinter, p. 143-148, 2002.

MAGEE, L.; SADEGHI, S. Prevention and treatment of postpartum hypertension Cochrane **Database Syst Rev.**, n. 1, p. CD004351, 2005.

MARTIN, R. C. **Na unidade de emergência**. Anais do 1º Ciclo de Debates sobre Assistência de Enfermagem; 1988. São Paulo (SP); 1988.

MARTIN, P. P. S.; PRADO, M. L. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Rev Bras Enfermagem**, v. 56, n. 1, p. 71-5, 2003.

MARTINS, C. A.; REZENDE, L. P. R.; VINHAS, D. C. S. Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. **Revista 49 Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1 p.49 - 55 2003. <http://www.fen.ufg.br/Revista> (acessado em 2009).

MERCÊS, C. A. M. F.; ROCHA, R. M. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 470-475, jul/set 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Terminologia básica em saúde**. 2ª ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1985.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília: Saúde & Tecnologia; 1995.

MONTENEGRO, R. **Obstetrícia Fundamental**, 9ª ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 2002.

MORAES, L.; ORIÁ, M.; PAGLIUCA. Análise do conceito de interação fundamentada no método Wilsoniano. **Online Brazilian Journal**, v. 5, n. 3, 2006.

MOY, A. **Emergency medical services**. In: Kitt S, Selfridge TJ, Prohel JA. Emergency nursing: physiologic and clinical perspective. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; p. 3-11, 1995.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Teoria Humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 250-257, mar/abr 2004.

OLIVEIRA, M. **Avaliação do paciente no ambiente pré-hospitalar**. Disponível em: <www.pm.sc.gov.br>. Acesso em: dez 2009.

OLIVEIRA, C. A. et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 93-98, jan/mar 2006.

PAPAGEORGHIUAT, Y. U C. K. H.; NICOLAIDES, K. H. The role of uterine artery Doppler in predicting adverse pregnancy outcome. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.**, n. 18, p. 383-96, 2004.

PAVELQUEIRES, S. **Educação continuada de enfermeiros no atendimento inicial à vítima de traumatismos**. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.

PEDROSA, Ê. R. P.; OLIVEIRA, R. **G. de. Black Book**. Edição 2007. Belo Horizonte, 2007.

PEIXOTO, M. S. P.; URRUTIA, G. I. D. C.; MARIA, V. L. R.; MACHADO, J. M. Sistematização da assistência de enfermagem em um pronto-socorro: relato de experiência. **Rev Soc Cardiol Estado São Paulo**, n. 6 (1 Supl. A), p. 1-8, 1996.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAPPAPORT, V. J. *et al.* Anti-vascular endothelial cell antibodies in severe pre-eclampsia. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, n. 162, p. 138-46, 1990.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10ª edição. Guanabara Koogan; RJ, 2005.

RIDGE, J. C.; JONES, S. K.; NIELSEN, M. S.; SHAHANI, A. K. Capacity planning for intensive care units. **European Journal of Operational Research**, v. 105, p. 346-355, 1998.

ROCHA, P. K. Assistência de enfermagem em serviço de emergência pré-hospitalar e remoção aeromédica. In: MARTINS, P. P. S.; PRADO M. L. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de enfermagem**: Brasília, p. 71-75, 2003.

RODGERS, G. M. *et al.* Pre-eclampsia is associated with a serum factor cytotoxic to human endothelial cells. **Am. J. Gynecol. Obstet.**, n. 161, p. 1200-4, 1989.

ROSSETTI, M. D.; TRZCINSKI, G. F.; SYVERUD, S. A. **Emergency department simulation and determination of optimal attending physician staffing schedules**. In 1999 Winter Simulation Conference. Proceeding , Arizona 1999.

ROTSTEIN, Z., et al. **Management by constraints: considering patient volume when adding medical staff to the emergency department**. IMAJ – International Medicine Australian Journal, v. 4, p. 171-174, mar 2002.

SANTOS, R. R.; CANETTI, M. D.; JUNIOR C. R.; ALVAREZ, F. S. **Manual de socorro de emergência**. São Paulo: Atheneu, 1999.

SANTOS, K. M. A. B.; SILVA, M. J. P. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 61-66, jan/fev 2006.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Serviço de atendimento médico de urgência**. Disponível em: <<http://www.samusp.med.br/>>. Acesso em: dez 2009.

SAVE THE CHILDREN. **Sate of the World's Mothers** 2007. [citado 2007 may]. Available from: <http://www.savethechildren.org/publications/mothers/2007/SOWM-2007-final.pdf>.

SIBAI, B. M. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. **Obstetrics and Gynecology**, v. 102, p. 181-192, 2003.

SMELTZER, M. W. M.; SILVA JR, B. A.; NETO, J. S. H. Importância da resposta inflamatória sistêmica no prognóstico do paciente politraumatizado. **Revista Brasileira de Ortopedia**. São Paulo, v. 41, p. 1-6, 2000.

SOAR FILHO, E. J. A interação médico-cliente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 1, p. 35 - 42, 1998.

SOUZA, M. F. Abordagens do cuidado na enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, número especial, p. 98-106, 2000.

STEFANELLI, M. C. A importância do processo de comunicação na assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 239-245, 1981.

STEIN, A . T.; et al. **The relevance of continuity of care**: a solution for the chaos in the emergency services. Family Practice. v. 19, n. 2, Oxford University Press : United Kingdon, 2002.

TALENTO, B. Jean Watson. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, cap. 18, p. 253-265, 2000.

THOMPSON, J. D. The speciality of emergency nursing. In: Moward L, Ruhle D. **Handbook of emergency nursing**: the process approach. Norwalk: Appleton & Lange; 1992.

TOSCANO, L. N. P. **Uma ferramenta integrada de suporte a decisões em casos de emergências médicas hospitalares**. Dissertação (Doutorado em engenharia de produção) - COPPE/UFRJ,Rio de janeiro, 2001.

TRAVELBEE, J. **Intervencion em enfermagem psiquiátrica**. Carvejal:Cali, 1979.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, 2004.

TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar**: administração e burocracia. Brasília: Universidade de Brasília; 1988.

_____. **Liderança do enfermeiro**: o ideal e o real no contexto hospitalar. São Paulo: Sarvier; 1993.

TSUKIMORI, K. *et al.* The possible role of endothelial cells in hipertensive disordes during pregnancy. **Obstet. Gynecol.**, n. 80, p. 229-33, 1992.

VIEIRA, A. A. B.; FIGUEREDO, N. M. A.; PORTO, I. S. Aspectos jurídicos da responsabilidade civil do enfermeiro em unidades de emergência. **Revista Enfermagem Brasil**, v. 3, n. 5, p. 282-289, 2004.

VISSERS, J. M. H. **A comparison of alternative service policies for hospital admission planning**. In Quantitative approaches in health care management. Proceeding of the 27th Meeting of the European Working Group on Operational Research Applied to Health Services (ORAHS), Viena, Austria, p. 87-102, jul 20- Aug 4, 2001.

WARD, C. R.; CARDIN, S. **Personel management in critical care nursing**. Baltimore: Willians & Wilkins; 1989. (AACN Managements Series).

WARNER, C. G. **Enfermagem em emergência**. 2ª ed. São Paulo: Interamericana; 1980.

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. Enfermeiro de unidade de emergência: sua liderança com o pessoal auxiliar de enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**. no prelo 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO) **Maternal mortality in 2000**: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: World Health Organization, 2003.

ZAMPIERI, M. F. M. Manejos na assistência à gestação de alto risco. **Nursing Revista técnica de enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 48, p. 18-22, mai 2002.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, S. M. **Enfermagem Obstétrica**. Oitava edição. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 2004.