

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE COM ÓBITO FETAL INTRAUTERINO

Damião Romero Firmino Alves¹

Herbert Kauan Alves Martins²

Daiana Beatriz de Lira e Silva³

Isabella Martelleto Teixeira de Paula⁴

Enfermagem



cadernos de
graduação

ciências humanas e sociais

ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

RESUMO

O estudo teve como objetivo aplicar o processo de enfermagem à gestante em situação de óbito fetal intrauterino, à luz das Necessidades Humanas Básicas. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo relato de caso realizado entre os dias 03 de dezembro 2018 à 06 de dezembro de 2018 na unidade de Clínica obstétrica de um Hospital Universitário, localizado no Estado da Paraíba. A coleta de dados ocorreu por meio de um instrumento de histórico de enfermagem e da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, estruturados de acordo com as necessidades humanas básicas da paciente. As necessidades humanas básicas afetadas foram as psicobiológicas e as psicossociais, sendo identificados oito diagnósticos de enfermagem: Glicemia instável, Risco de infecção, Luto antecipado, Medo do parto, Sono e repouso prejudicados, Integridade da pele prejudicada, Risco de hemorragia pós-parto, Baixa autoestima situacional. As intervenções de enfermagem tiveram a finalidade de diminuir complicações e promover conforto a paciente. A realização do estudo foi relevante tornando possível a identificação das principais necessidades da paciente diante do diagnóstico de óbito fetal intrauterino, sendo possível desenvolver um plano de cuidado de enfermagem mais efetivo e individualizado. Ademais, possibilitou experiência tanto teórica quanto prática para os autores envolvidos, além de subsídio para a prática profissional de futuros enfermeiros.

PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem, Processo de Enfermagem, Gravidez, Morte Fetal.

ABSTRACT

The objective of the study was to apply the nursing process to pregnant women in situations of intrauterine fetal death, in the light of Basic Human Needs. This is a qualitative study of the type of case study carried out between December 3rd 2018 to December 6th 2018 in the obstetric clinic unit of a University Hospital, located in the State of Paraíba. Data collection took place using a nursing history instrument and the Nomenclature of diagnoses, results and nursing interventions for patients hospitalized in clinical units, structured according to the basic human needs of the patient. The basic human needs affected were psychobiological and psychosocial and eight nursing diagnoses were identified: unstable glycemia, risk of infection, early grief, fear of childbirth, impaired sleep and rest, impaired skin integrity, risk of postpartum hemorrhage, Low situational self-esteem. Nursing interventions were intended to reduce complications and promote patient comfort. The study was relevant, making it possible to identify the main needs of the patient when diagnosed with intrauterine fetal death, making it possible to develop a more effective and individualized nursing care plan. In addition, it enabled both theoretical and practical experience for the authors involved, as well as support for the professional practice of future nurses.

KEYWORDS

Nursing. Nursing Process. Pregnancy. Fetal Death.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um evento natural no ciclo de vida da mulher, caracterizado por intensas modificações que desperta em umas diversas respostas diferentes como expressão da sua individualidade. Entretanto, essas transformações, que geram mudanças físicas e emocionais, demandam um acompanhamento contínuo por parte dos profissionais de saúde e envolvem, também, o apoio dos familiares (ALVES *et al.*, 2017)

Na maioria dos casos, sendo a gravidez um fenômeno normal, sua evolução ocorre sem complicações. Cerca de 10% a 20% das gestações podem ocasionar problemas relativamente graves, as chamadas gestações de alto risco (LEAL *et al.*, 2017). Nestes casos, há a necessidade de um maior cuidado com as repercussões físicas e psicológicas cruciais que perpassam a gestação dessa mulher. Além de lidar com as repercussões naturais da gravidez, esta terá de enfrentar apreensão de uma gestação com um risco maior que o habitual (RIBEIRO *et al.*, 2017).

O termo "gestação de alto risco" é abrangente e refere-se a situações que podem prejudicar a evolução normal de uma gestação, relacionando-se tanto aspectos relativos à saúde materna quanto do feto. Diversos fatores podem influenciar na estimativa de risco gestacional que podem ser identificados já no período pré-concepcional, sendo, portanto, de grande importância, o desenvolvimento de investimentos

assistenciais para preparar o organismo materno para uma gravidez a fim de diminuir seus efeitos (LEAL *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2017)

A gestação de alto risco ocorre quando a gestante apresenta alguma doença ou condição sociobiológica como a hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo, obesidade e outras (doenças tromboembólicas – trombofilia), que prejudica a evolução da gravidez, risco este que pode levar à morte materna e fetal. Cada uma dessas condições, de acordo com suas características trazem repercussões diferentes ao ciclo gravídico-puerperal da mulher (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018).

O óbito fetal intrauterino é conceituado pela Organização Mundial de Saúde quando em qualquer momento a gravidez, sendo aborto retido de primeiro ou segundo trimestre e feito morto de terceiro trimestre até o fim do momento gestacional (BRASIL, 2010). Em contrapartida, o óbito que somente ocorre a partir das 20 semanas gestacionais receberá declaração de óbito e fará parte do cálculo do coeficiente de natimortalidade (GIRALDI *et al.*, 2019).

O óbito fetal intrauterino (OFIU) é o produto conceptual em morte que pode ser identificada pela ausência de respiração e/ou qualquer outro sinal de vida que podem ser ausência dos batimentos cardíofetais (BCF), pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos da musculatura voluntária. Mediante discussões, o termo utilizado para morte fetal, hodiernamente, é natimortalidade e produto natimorto (FEBRASCO, 2018).

A mobilização dos profissionais de saúde e gestores de serviços públicos em saúde devem ampliar estratégias para romper com os óbitos fetais/mortalidades fetais mediante ausência do pré-natal. A responsabilidade dos serviços de saúde sob a população da área de abrangência para identificar os problemas e promover estratégias de acompanhamento do desenvolvimento fetal e dos cuidados maternos durante o período gestacional promove a melhor prevenção de possíveis mortes fetais e maternas (BRASIL, 2010).

Dessa forma, o enfermeiro(a) deve estar atento às diversas situações de risco que podem perpassar a gravidez, que aumentam o risco de complicações maternas e fetais e podem traduzir-se em repercussões psicossociais mais intensas na experiência da gestação (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018).

É o enfermeiro que constantemente está ao lado da mulher nos acompanhamentos pré-natais e muitas vezes nos pré-concepcionais e de planejamento reprodutivo, então é responsabilidade dele compreender sobre o fenômeno da gravidez e as condições sociobiológicas que podem influenciar este para auxiliar a mulher a passar pela experiência de do ciclo gravídico-puerperal sem maiores transtornos (DIAS *et al.*, 2018).

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um método organizacional do cuidar, por meio da utilização do Processo de enfermagem (PE) que é a ferramenta orientadora do cuidado. O processo de enfermagem representa a forma de reação/ação do enfermeiro frente ao comportamento da paciente. Este está dividido em seis fases do planejamento, a saber: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados, evolução e diagnóstico (MARINELLI *et al.*, 2016).

A utilização do Processo de Enfermagem orienta para uma adequada assistência de enfermagem, tornando-a sistematizada e direcionadas às necessidades individuais da paciente, podendo ser avaliada e modificada quando necessário. Além disso, a utili-

zação desta ferramenta torna possível uma assistência embasada cientificamente, com ações e pensamento crítico voltados à assistência holística (MARINELLI *et al.*, 2016).

Desse modo, questiona-se como deve ser desenvolvido o processo de enfermagem direcionado à gestante em situação de óbito fetal intrauterino segundo as Necessidades Humanas Básicas? Assim, o presente estudo tem por objetivo aplicar o processo de enfermagem à gestante em situação de óbito fetal intrauterino, à luz das Necessidades Humanas Básicas.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo relato de caso realizado entre os dias 03 de dezembro a 06 de dezembro de 2018, na unidade de Clínica Obstétrica de um Hospital Universitário localizado no Estado da Paraíba. A coleta de dados foi realizada a partir do histórico de enfermagem, durante o Estágio Supervisionado na disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher II, no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento de histórico de enfermagem e da realização de anamnese e exame físico, além de consulta de resultados de exames laboratoriais e medicamentos em uso no prontuário físico. Para o planejamento da assistência de enfermagem, optou-se por utilizar a Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a CIPE® (NOBREGA, 2018) diante dos problemas reais e potenciais relacionados a paciente. Buscou-se também estruturar o plano de cuidados de acordo com as necessidades humanas básicas (HORTA, 1975).

Optou-se por escolher para participar do plano de cuidados pacientes que estavam em situação de diagnóstico de óbito fetal intrauterino, e que mostrasse confortável com a presença dos estudantes e dos cuidados implementados. Foram excluídas as pacientes que se encontravam instáveis quanto ao processo de perda ou que estivessem em perspectiva de alta hospitalar.

Antes da coleta de dados foi solicitada a autorização para a participação na pesquisa, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela paciente. Foram obedecidas as orientações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

3.1 HISTÓRIA CLÍNICA

M.L.M.S, 22 anos, Gesta VIII/Parto V/Aborto II, parda, solteira, ensino fundamental incompleto, doméstica, procedente do município de João Pessoa-PB. Data da última menstruação (DUM) em 23/02/19, data provável do parto (DPP) para 30/11/19 e idade gestacional (IG) de 37 semanas e 6 dias, segundo ultrassonografia obstétrica.

Admitida na clínica obstétrica do Hospital Universitário em 13/11/19 proveniente do pré-natal de baixo risco (PNBR), a despeito de descompensação de Diabetes Mellitus (DM) tipo II, em uso de insulina NPH, sem realizar pré-natal adequado e com controle glicêmico prejudicado. Possui histórico de infecção do trato urinário (ITU) não tratada há 1 semana, sendo encaminhada após não detectar movimentos fetais (MF) e batimentos cardíofetais (BCF) durante exame físico no pré-natal de baixo risco.

Durante a avaliação médica na classificação de risco da referida clínica foi constatado altura de fundo uterino: 40 cm, BCF: inaudível, MF e dinâmica uterina ausentes, toque vaginal evitado. Foi solicitado nova USG do serviço confirmando apresentação pélvica direita, peso fetal estipulado em 2885 g, índice de líquido amniótico (ILA): 5,1 cm, placenta anterior grau I, e diagnóstico de óbito fetal intrauterino (OFIU) decorrente de provável descompensação do DM tipo II. Solicitado, então, indução de parto transvaginal de forma medicamentosa.

Quanto às impressões da equipe de enfermagem, a paciente apresentava-se em estado geral bom, consciente e orientada, chorosa e referindo sentimento de tristeza. Pele íntegra, normocorada, afebril (Temperatura: 35,7°C), acianótica, anictérica. Sono e repouso prejudicado e com recusa à dieta. Respirando por meios próprios, eupneica, Saturação de O₂: 98%. Hemodinamicamente estável (Pressão Arterial: 130x90 mmHg), ritmo cardíaco regular (Frequência: 88bpm), bulhas cardíacas normofonéticas, perfusão periférica preservada. Mamas simétricas, presença de sinal de Hunter e rede venosa de hárley, mamilos íntegros e protusos. Ausência de nodulações a palpação e sem excreção de líquido à expressão mamária. Abdômen gravídico. Referindo dor em baixo ventre e negando queixas de náuseas, vômitos, pirose ou epigastralgia.

Eliminações vesicais e intestinais presentes e espontâneas.

A gestante realizou Teste Rápido para HIV I e II com resultado não reagente e hemoglicoteste (HGT), demonstrando alteração glicêmica, com valor de 410 mg/dl. Em sua terapêutica, ela fez uso de dieta hipoglicídica, insulina *Neutral Protamine Hagedorn* (NPH) 20 Unidades Internacionais e Misoprostol 25 mg para indução do parto.

Após da indução, a paciente evoluiu para parto eutócico, dando à luz à RN morto, feto único. Realizado contato pele a pele do binômio mãe e filho por solicitação da genitora. Ocorreu dequitação espontânea da placenta minutos após. Foi visualizado laceração de 1º grau em pequeno lábio esquerdo, não necessitando de episiorrafia.

3.2 PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diante das informações coletadas a partir do histórico de enfermagem e clínico/obstétrico, identificaram-se oito diagnósticos de enfermagem durante os quatro dias de acompanhamento da referida paciente. Destes, cinco referentes ao âmbito psicobiológicas e três relacionadas às dimensões psicossociais, de acordo com o quadro 1, que mostra a distribuição dos diagnósticos de enfermagem de acordo com a Necessidade Humana Básica (NHB) afetada.

Quadro 1 – Relação entre os principais diagnósticos de enfermagem com a NHB afetada. João Pessoa-PB, 2019

Necessidade Humana Básica (NHB)		Diagnóstico de enfermagem
Dimensões	Necessidades	
PSICOBIOLOGICAS	Regulação vascular	Glicemia instável
	Integridade física	Integridade da pele prejudicada
	Sono e repouso	Sono e repouso prejudicados
	Segurança física e do meio ambiente	Risco de infecção
	Regulação vascular	Risco de hemorragia pós-parto
PSICOSSOCIAL	Segurança emocional	Luto antecipado
	Segurança emocional	Medo do parto
	Autoestima, autoconfiança	Baixa autoestima situacional

Fonte: Autores.

Ao perceber quais dimensões necessitam de uma ação é possível desenvolver um plano assistencial de enfermagem (TABELA 1) a fim de viabilizar um melhor direcionamento das ações de enfermagem relacionada as demandas básicas da paciente.

Tabela 1 – Plano de cuidado à gestante com óbito fetal intrauterino. João Pessoa-PB, 2019

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Luto antecipado	Aceitação quando o processo de perda	Estimular a identificação de estratégias pessoais de enfrentamento; Implementar costumes culturais, religiosos e sociais no processo de perda.
Medo do parto	Medo ausente	Encorajar comunicação sobre a fonte do medo; Proporcionar tranquilidade e conforto; Encorajar presença de acompanhante durante trabalho de parto.
Sono e repouso prejudicados	Sono e repouso preservado	Orientar a puérpera a descansar e dormir; Providenciar um meio calmo e seguro.
Integridade da pele prejudicada;	Recuperação adequada da integridade da pele	Avaliar o grau de ruptura da pele. Manter lençóis limpos e lisos. Manter o paciente seco, livre de secreções e eliminação.
Baixa autoestima situacional	Expressar melhora na autoestima	Fazer sempre afirmações positivas sobre a paciente. Oferecer apoio psicológico.
Risco de infecção	Não apresentar sinais ou sintomas de infecção	Avaliar cicatrização da ferida. Monitorar sinais e sintomas de infecção.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Glicemia instável	Glicemia estável	Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia; Verificar glicemia capilar conforme rotina; Aplicar insulina conforme prescrição médica;
Risco de hemorragia pós-parto	Hemorragia no pós-parto ausente	Identificar risco de hemorragia; Monitorar pressão arterial e pulso periférico; Monitorar resposta ao uso do anticoagulante.

Fonte: Autores.

3.3 IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO

A partir dos diagnósticos elencados e suas respectivas intervenções, durante o ato de implementação da assistência à então puérpera, verificou-se que a paciente seguiu com estabilidade hemodinâmica e geral (Pressão arterial: 130x90 mmHg, Temperatura axilar: 35,7 °C, Frequência cardíaca de 88 bpm e Saturação de O₂: 98), bem como palpação do globo de segurança de Pinard e eliminações dos lóquios fisiológicos. Manteve-se também vigilância constante nas primeiras horas pós-parto, verificando regularmente a adequada contratilidade uterina e possibilidade de desenvolvimento de hemorragia pós-parto (HPP).

Aliado a isto, a paciente necessitou de cuidados que trabalhassem o luto desde o momento do diagnóstico de OFIU. Realizou-se, portanto, orientações quanto ao processo de morrer, trabalhando questões culturais, religiosos pertinentes ao processo da perda, bem como, sanando as dúvidas da puérpera a respeito das causas do OFIU e sua atual situação clínica. Obtendo ao final, verbalização por parte da paciente em compreender a situação, exprimindo uma melhor aceitação quanto a perda.

Buscou-se, objetivando o desenvolvimento de um sono e repouso restaurador, facilitar a expressão das preocupações da paciente relativo à insônia, atrelado a orientações da necessidade do descansar, bem como providenciar um meio calmo e seguro e adequar os cuidados de modo a permitir repouso com mínimo de perturbações.

Ademais, foram realizadas condutas que prevenisse tanto o desenvolvimento de infecções quanto as descompensações glicêmicas. Medidas como prescrever a equipe uma avaliação diária do processo de cicatrização das regiões lesionadas, vigilância quanto sinais e sintomas de infecção, monitoramento de sinais e sintomas de hiperglicemia, acompanhamento glicêmico conforme rotina do serviço e aplicação da insulino terapia. Objetivando que essa paciente não venha a apresentar sinais ou sintomas de infecção, bem como descompensações glicêmicas.

O impacto na qualidade de vida das pacientes em situação de óbito fetal intrauterino é, sem dúvida, substancial, tornando-se maior e mais complexo com o avanço dessa enfermidade. Desse modo, a enfermagem necessita desempenhar habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, embasadas nas reflexões do processo saúde-doença, capazes de problematizar o processo vivenciado pelo outro, objeto de seu cuidado.

4 DISCUSSÃO

O processo de enfermagem é o instrumento fundamental e estruturante no direcionamento do cuidado de enfermagem, ajudando na construção do conhecimento de modo deliberado, sistemático e contínuo, além de fortalecer a prática profissional no que diz respeito aos registros das ações executadas, aumentando assim, a visibilidade e o reconhecimento da Enfermagem, enquanto ciência do cuidar (COFEN, 2009; GUIMARÃES *et al.*, 2020).

De acordo com a Resolução do Conselho Regional de Enfermagem (COFEN) 358/2009, o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, independentes e recorrentes: Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; e Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009).

O Histórico de Enfermagem é a fase inicial do processo de enfermagem configurando o início da interação entre os agentes do cuidado, objetivando conhecer e obter informações que possibilitem a continuidade do processo. Durante essa fase é realizada a anamnese e o exame físico (ALLGAYER *et al.*, 2017).

O diagnóstico de enfermagem é compreendido como sendo o a etapa do processo na qual interpreta e agrupa os dados coletados no histórico de enfermagem, culminando na tomada de decisão sobre os problemas e que constitui a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (COFEN, 2009).

A etapa de coleta de dados é fundamental para o conhecimento das demandas assistenciais da paciente independente de contexto clínico, visto que viabiliza um melhor direcionamento das ações de enfermagem relacionada as demandas básicas do indivíduo (GUIMARÃES *et al.*, 2020). Compreende-se que é por meios dos dados identificados e registrados na coleta de dados, que o profissional de enfermagem pode avaliar e acompanhar a evolução dos pacientes, e desse modo, desenvolver intervenções de maneira precoce, de qualidade e específica para as necessidades humanas básicas comprometidas (GOMES *et al.*, 2018).

Na etapa de avaliação do processo de enfermagem foram observadas as respostas da paciente aos cuidados implementados e verificado se os resultados obtidos eram satisfatórios após as intervenções de enfermagem executadas. Ressalta-se que a avaliação é um processo contínuo, em que os seus resultados medem a eficácia das intervenções realizadas e conseqüentemente a resolução do diagnóstico de enfermagem (GOMES *et al.*, 2018).

5 CONCLUSÃO

Aos prestar cuidados complexos a equipe de enfermagem deve estar atenta não somente aos aspectos fisiopatológicos envolvidos no adoecimento, mas também aos impactos psicológicos e sociais que circundam todo o processo, ainda mais quando o paciente tem um desfecho clínico doloroso.

O presente estudo de caso expôs de forma cuidadosa a execução do Processo de Enfermagem, comprovando a eficácia desse recurso metodológico. Ao passo que, por meio deste, é possível identificar os problemas reais e potenciais da gestante em situação de óbito fetal intrauterino, seus fatores relacionados ou predisponentes, estabelecer resultados esperados e implementar intervenções com vista a conquistar os objetivos propostos.

Dado isto, o estudo contribui significativamente na reflexão quanto à importância da aplicação do PE em todas as suas fases, como um instrumento de abordagem deliberativa de resolução de problemas, exigindo desses profissionais habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, direcionando sua prática para a satisfação das necessidades do indivíduo-família-comunidade.

REFERÊNCIAS

- ALLGAYER, M. F. *et al.* Histórico de enfermagem: um olhar acadêmico. **Anais do Salão de Ensino e de Extensão**, p. 75, 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/salao_ensino_extensao/article/view/17030>. Acesso em: 02 mai 2022.
- ALVES, N. C. C. *et al.* Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestão de alto risco: manual técnico**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- COFEN – Conselho Regional de Enfermagem. **Resolução no 358/2009**: dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. 2009. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em: 02 mai 2022.
- DIAS, E. G. *et al.* Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista Sustinere**, v. 6, n. 1, p. 52-62, 2018.
- FEBRASCO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Óbito fetal**. Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 39/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco. São Paulo, 2018.
- GIRALDI, L. M. *et al.* Óbito fetal: fatores obstétricos, placentários e necroscópicos fetais. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 55, n. 1, p. 98-113, 2019.
- GOMES, R. M. G. M. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: revisitando a literatura brasileira. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 12, n. 40, p. 995-1012, 2018.

GUIMARÃES, J. O. *et al.* PANORAMA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO BRASIL. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 94, n. 32, 2020.

HORTA, W. A. Necessidades humanas básicas: considerações gerais. **Rev. enferm. novas dimens**, p. 266-8, 1975.

LEAL, R. C. *et al.* Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco. **Rev. enferm. UFPE**, p. 1641-1649, 2017.

MARINELLI, N. P.; SILVA, A. R. A.; SILVA, D. N. O. Sistematização da assistência de enfermagem: desafios para a implantação. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, 2016.

NÓBREGA, M. M. L. Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: para pacientes hospitalizados em unidades clínicas, utilizando a CIPE®. **João Pessoa: Ideia**, 2018.

RIBEIRO, J. F. *et al.* Complicações obstétricas em adolescentes atendidas em uma maternidade pública de referência. **Rev. enferm. UFPE**, p. 2728-2735, 2017.

SAMPAIO, A. F. S.; ROCHA, M. J. F.; LEAL, E. A. S. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 3, p. 559-566, 2018.

Data do recebimento: 21 de abril de 2022

Data da avaliação: 9 de junho de 2022

Data de aceite: 12 de junho de 2022

1 Especialista em Terapia Intensiva e Urgência e emergência (UNIBF); Enfermeiro pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Residente Multiprofissional em Cardiologia (HUOL/UFRN. E-mail: romero.heitor@gmail.com.

2 Especialista em Nefrologia e Urgência e emergência (UNIBF); Enfermeiro pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Residente Multiprofissional em Terapia Intensiva (HUOL/UFRN. E-mail: kawanherbert@gmail.com.

3 Enfermeira pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Pós-Graduada em Urgência e Emergência (ESPECIALIZA SAÚDE); Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Pessoa em Condições Críticas – GEPSGCC. E-mail: daiana_beatriz@hotmail.com.

4 Acadêmica do curso de enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB; Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Agravos e Doenças Infecciosas e Qualidade de Vida – NEPAIQV. E-mail: bebelamartelleto1@gmail.com.