

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CAROLINA DIANA VIEIRA

**CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA AS GESTANTES
COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA
GRAVIDEZ**

Governador Valadares - MG

2013

CAROLINA DIANA VIEIRA

**CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA AS GESTANTES
COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA
GRAVIDEZ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Especialista.

Prof.^a Orientadora: Thaís Porlan de Oliveira.

Governador Valadares - MG

2013

CAROLINA DIANA VIEIRA

**CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA AS GESTANTES
COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA
GRAVIDEZ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Especialista.

Prof.^a Orientadora: Thaís Porlan de Oliveira.

Banca Examinadora:

Prof.^a Thaís Porlan de Oliveira – Orientadora

Prof.^a Marlene Azevedo Magalhães Monteiro – Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte, 26 de outubro de 2013

RESUMO

Este estudo abordou a assistência pré-natal e a avaliação dos fatores de risco, identificando os sinais e os sintomas da pré-eclâmpsia e eclâmpsia como principais complicações da hipertensão na gestação. A gestante com complicações da hipertensão deve ser acompanhada pelo serviço de pré-natal de alto risco e continuar a ser assistida pela equipe da atenção primária. Foi realizada uma revisão de literatura tendo por base livros, manuais e protocolos técnicos de órgãos governamentais e não governamentais (Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia e Organização Mundial de Saúde) que objetivou a descrição dos cuidados da equipe de enfermagem com gestantes com o diagnóstico de doença hipertensiva específica da gravidez. O destaque conferido à pré-eclâmpsia e à eclâmpsia deveu-se às alterações hemodinâmicas e aos riscos que elas trazem, e também para enfatizar que os profissionais de saúde que atendem a esse grupo devem ser capacitados para desempenhar o atendimento ideal diante dos distúrbios hipertensivos da gestação. Diante dessa situação-problema, foi proposto um projeto de intervenção com o objetivo de criar estratégias de ação da equipe de saúde da família, de maneira a reduzir as complicações, internações e a mortalidade materna e fetal. O que se percebe, ao final, é o papel crucial do enfermeiro, uma vez que compete a ele, na prática, realizar ações que contribuam para a redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil e que resultem na melhor sobrevivência do feto e da mãe nos casos de doenças hipertensivas da gravidez.

Palavras-chave: Doenças Hipertensivas na Gravidez. Cuidados de Enfermagem. Prevenção.

ABSTRACT

This study addressed the prenatal care and evaluation of risk factors in order to identify the signs and symptoms of pre-eclampsia and eclampsia as a major complication of hypertension in pregnancy. Pregnant women with complications of hypertension should be accompanied by service prenatal high risk and continue to be assisted by the primary care team. We performed a literature review based on books and manuals and technical protocols and protocols for government agencies (Ministry of Health, Department of Health of Belo Horizonte, Minas Gerais Association of Gynecology and Obstetrics and the World Health Organization) that aimed at describing care nursing staff with pregnant women diagnosed with hypertensive disorders of pregnancy. The prominence given to pre-eclampsia and eclampsia was due to hemodynamic changes and the risks they bring, and also to emphasize that health professionals attending this group should be able to play the ideal service before the hypertensive disorders gestation. Faced with this problem situation, proposed an intervention project aiming to create action strategies of the family health team in order to reduce complications, hospitalizations, and maternal and fetal mortality. What we see, in the end, the crucial role of Nurse racing it in practice, perform actions that contribute to reducing rates of maternal and child morbimortality that result in better survival of the fetus and the mother in cases of hypertensive diseases of pregnancy.

Keywords: Hypertensive Diseases in Pregnancy. Nursing care. Prevention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	6
2 OBJETIVO GERAL.....	10
2.1 Ojetivo Específico.....	10
3 MÉTODO.....	11
4 DESENVOLVIMENTO	12
4.1 Conduta e Cuidados.....	13
5 PROJETO DE INTERVENÇÃO	17
6 CONDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Após alguns anos de trabalho na atenção primária à saúde do município de Água Boa (MG), foi verificado que durante as consultas de enfermagem e consultas médicas, muitas dificuldades relacionadas ao atendimento às gestantes de alto risco são enfrentadas. Essas gestantes eram acompanhadas pela equipe do Programa de Saúde da Família, não havendo uma equipe especializada para atendê-las. Quando uma gestante de alto risco era identificada, o que geralmente era realizado no município, era realizado um agendamento em hospitais de Belo Horizonte e, ainda assim, quando havia vagas. Ocorreu muitas vezes de a vaga demorar tanto tempo a ser conseguida que, quando era liberada, a criança já tinha nascido. Essa população foi escolhida para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), pois são muitas gestantes atendidas pela equipe de Saúde da Família de Água Boa, inclusive de outras áreas e até mesmo de outros municípios, em geral adolescentes e mulheres com baixo grau de instrução. Esse fator levanta algumas questões preocupantes, pois essas gestantes fazem parte de um grupo de risco e sofrem pela falta de conhecimento dos seus direitos e das suas responsabilidades durante o pré-natal.

Este estudo abordou a assistência pré-natal com a avaliação dos fatores de risco em todas as consultas, buscando identificar os sinais e sintomas da pré-eclâmpsia e eclâmpsia como uma das principais complicações da hipertensão na gestação. A gestante com diagnóstico de complicações da hipertensão deverá ser acompanhada pelo serviço de pré-natal de alto risco e continuar a ser assistida pela equipe da atenção primária.

Segundo o documento sobre a *Atenção ao pré-natal, parte e purpério* (MINAS GERAIS, 2006), a busca para identificação das gestantes deve ocorrer o mais rápido possível, até o primeiro trimestre de gestação, para que possam ser tomadas medidas de promoção e prevenção à saúde tanto da gestante quanto do feto, o que proporciona a queda da mortalidade materno-infantil.

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), baseada nos dados do SISPRENATAL, afirma que mais de 65% das mulheres gestantes procuram os serviços de saúde quando engravidam. Essas gestantes devem ser atendidas de forma humanitária e parte desse atendimento de qualidade é o acolhimento. Segundo o Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde (BELO

HORIZONTE, 2010), o acolhimento é uma atitude em relação ao usuário que garante a ele acesso aos serviços de saúde, com qualidade e integralidade da atenção. Envolve, portanto, a prestação de um atendimento com resolutividade rápida e responsabilidade, garantindo articulação com os demais serviços de saúde.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Decreto n. 94.406/87) e com o Ministério da Saúde, todo pré-natal classificado como de baixo risco pode ser acompanhado por um enfermeiro. A lei n. 7.498/86 descreve que cabe ao profissional de enfermagem a realização de consulta e prescrição da assistência de enfermagem. Como integrante da equipe de saúde, o enfermeiro tem por função: prescrever medicamentos, desde que estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; ofertar assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera e realizar atividades de educação em saúde.

A assistência pré-natal no Brasil envolve uma série de orientações e atendimentos de responsabilidade de todos os membros da equipe, incluindo médico e enfermeiro, e prevê orientações voltadas às mulheres desde a gravidez até a amamentação (BAIÃO; DESLANDES, 2006). Assim, a assistência pré-natal prevê orientações sobre as mudanças físicas e emocionais na gravidez, orientações sobre o parto, cuidados com o bebê, amamentação, alimentação, vacinas para a gestante e o bebê, avaliação dos fatores de risco, as medicações a serem usadas, o controle da pressão arterial, exames laboratoriais e todos os fatores que possam contribuir, de forma essencial para que a gestante possa viver o parto de forma positiva e saudável (MINAS GERAIS, 2006).

Segundo as normas do Ministério da Saúde, toda vez que uma parturiente tem a primeira consulta, é realizado um cadastro, ou seja, seus dados são identificados no SISPRENATAL, o cartão da gestante deve ser devidamente preenchido e deve estar sempre à mão da mesma em caso de qualquer eventualidade (BRASIL, 2010).

Na consulta de enfermagem são utilizados métodos científicos para identificar situações de doença e saúde, prescrever medidas que contribuam para promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, da família e comunidade (BARROS; COSTA, 1999). O profissional enfermeiro deve orientar as mulheres e familiares sobre a importância do pré-natal, os cuidados com a gestação, o parto, a vacinação, solicitar os exames de rotina de acordo com os

protocolos da unidade e/ou do Ministério da Saúde, encaminhar a gestante de alto risco para o atendimento médico, realizar grupo de gestantes, preencher o cartão de gestante corretamente, realizar a coleta do exame citopatológico e agendar as próximas consultas.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), os fatores de risco gestacional podem ser identificados na assistência do pré-natal quando os profissionais que realizam essa avaliação estão preparados e atentos para identificar todos os sinais durante a consulta ou na visita domiciliar.

As gestantes que apresentam risco gestacional são, então, encaminhadas para o acompanhamento de alto risco e, ainda assim, continuam sendo monitoradas pela equipe de saúde da família (MINAS GERAIS, 2006). Sendo assim, os profissionais da atenção primária à saúde que atuam com o pré-natal de baixo risco precisam estar preparados para atender a essas gestantes com fatores de risco e prestar um primeiro atendimento, além de orientar as gestantes e os familiares em caso de dúvidas ou situações imprevistas que possam vir a ocorrer (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a maior parte das mortes e complicações que podem surgir durante a gravidez, o parto e puerpério poderiam ser evitadas, mas para que isso se torne realidade é preciso a participação efetiva do sistema de saúde durante o pré-natal. É preciso que os profissionais da atenção primária tenham conhecimento necessário e suficiente para saber identificar os fatores de risco e sejam capacitados para atuar em caso de complicações e eventual necessidade.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a assistência à gestante deve permitir identificar os problemas de forma precoce e adequada, assim como qual o diagnóstico e qual o procedimento necessário, e em qual nível de assistência os serviços serão prestados.

O intuito da assistência pré-natal de alto risco é interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto, ou reduzir suas possíveis consequências adversas. A equipe de saúde deve estar preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam afetar adversamente a gravidez, sejam eles clínicos, obstétricos, ou de cunho socioeconômico ou emocional. Para tanto, a gestante deverá ser sempre informada do andamento de sua gestação e instruída quanto aos comportamentos e atitudes que deve tomar para melhorar sua saúde, assim como sua família, companheiro(a) e pessoas de convivência próxima, que devem ser

preparados para prover um suporte adequado a esta gestante (BRASIL, 2010, p. 14).

Ainda de acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as equipes de saúde que irão acompanhar as gestantes de alto risco devem sempre considerar realizar uma avaliação clínica completa. A avaliação obstétrica com o estabelecimento exato da idade gestacional, crescimento, vitalidade e maturidade do feto; conhecer sobre a fisiologia da gravidez, as repercussões mútuas entre as condições clínicas da gestante e a gravidez; fazer considerações sobre o parto, no qual irá decidir pela via de parto e o momento ideal para que o mesmo ocorra; também identificar e procurar auxiliar no acompanhamento dos aspectos emocionais e psicossociais da gestante.

Foi foco deste trabalho a busca por referências na literatura que pudessem embasar a compreensão do melhor atendimento e acolhimento às gestantes de alto risco por parte da equipe de enfermagem. A importância do estudo das doenças hipertensivas na gravidez se dá pela sua alta incidência e a sua contribuição para natimortalidade e morbimortalidade neonatal, sendo que, na maioria das vezes, essas mortes são evitáveis, se fossem garantidos os direitos a condições dignas de vida e o acesso à saúde.

Este estudo justifica-se pelo fato de a eclâmpsia e a pré-eclâmpsia serem os fatores de risco dos mais frequentes na gravidez. Constituem um distúrbio específico da gravidez que causa um desequilíbrio hemodinâmico na gestante, o que põe em risco a vida da mãe e feto. A eclâmpsia, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) caracteriza-se pela ocorrência de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou de coma e é a principal causa de morte materna entre as doenças hipertensivas. Sendo a enfermagem uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade, os cuidados prestados pelo enfermeiro podem e devem, portanto, aumentar a sobrevivência e vitalidade do feto e da mãe nestes casos.

2 OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem como objetivo principal descrever, com base na literatura, quais as condutas que a equipe de enfermagem deve ter para atender às gestantes diagnosticadas com Distúrbios Hipertensivos Específicos da Gravidez (DHEG).

2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO

Tendo por base a literatura descrita e a experiência da pesquisadora com uma equipe de saúde da família, o objetivo específico foi elaborar um projeto de intervenção visando estratégias de ação da equipe de saúde da família, de maneira a reduzir as complicações, internações e a mortalidade materna e fetal.

3 MÉTODO

Foi realizada uma revisão bibliográfica acerca do tema Cuidados da Equipe Multiprofissional para as Gestantes com Distúrbios Hipertensivos Específicos da Gravidez (DHEG).

A pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos. Pode ser realizada independentemente ou como parte de pesquisa descritiva ou experimental. Em ambos os casos, busca conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema (CERVO; BERVIAN, 2002, p. 65).

Para a revisão foram realizadas pesquisas no Protocolo da Prefeitura de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2010), no Manual Técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) e no Manual da Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006). Foram escolhidos textos relacionados à gestação de alto risco, como em *Medical Complications of Pregnancy* (FONTAINE; SABOURIN, 2003); no Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica da Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005); em *Alimentação na gestação e puerpério* (BAIÃO; DESLANDES, 2006); em *Consulta de enfermagem a gestantes com anemia ferropriva* (BARROS; COSTA, 1999); em *Ginecologia e Obstetrícia* (REZENDE; BACHA, 2007); em *Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna* (BRASIL, 2003); e em *Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários* (CERVO; BERVIAN, 2002). Em síntese, foram utilizados para esta revisão material disponibilizado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, pela Organização Mundial da Saúde, dois capítulos de livros e um livro, todos publicados no período entre 1999 e 2010.

4 DESENVOLVIMENTO

A hipertensão é definida como o aumento da pressão arterial (PA) sistólica para níveis iguais ou superiores a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica igual ou maior a 90 mmHg. O aumento da PA deve estar presente em pelo menos duas aferições com intervalo igual ou superior a seis horas (FONTAINE; SABOURIN, 2003).

Uma das mais importantes complicações na gravidez é a hipertensão arterial, que pode resultar em um alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Nas gestantes a hipertensão gestacional é diagnosticada por meio dos seguintes dados: presença de PA diastólica de 90 mmHg e aumento da PA diastólica acima de 15 mmHg do valor já conhecido (MINAS GERAIS, 2006).

A hipertensão na gestação pode ser crônica (ocorre antes da 20ª semana de gestação ou persiste por mais de 42 dias após o parto), pode surgir na gestação (hipertensão induzida pela gestação ou pré-eclâmpsia) ou ser uma pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica (FONTAINE; SABOURIN, 2003, p. 2).

A hipertensão, durante a gravidez, pode gerar diversos agravos, dentre elas, a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia. Para compreensão das características da eclâmpsia é necessário, primeiramente, conhecer os sinais e sintomas da pré-eclâmpsia.

Segundo Rezende e Bacha (2007, p.679): “A pré-eclâmpsia é uma síndrome de redução da perfusão de órgãos devido ao vasoespasmo e à ativação do sistema de coagulação”. A pré-eclâmpsia é definida como grave, em casos com altos níveis pressóricos, proteinúria significativa e sintomas clínicos resultantes do envolvimento de rins, cérebro, fígado e sistema cardiovascular (FONTAINE; SABOURIN, 2003).

Ainda de acordo com Fontaine e Sabourin (2003), existem fatores como a nuliparidade, idade materna superior a 40 anos, gestação gemelar, histórico familiar de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, condições socioeconômicas mais precárias, idade materna precoce e raça afro-americana, que estão associados ao aparecimento da pré-eclâmpsia.

A eclâmpsia é a evolução desfavorável da pré-eclâmpsia, é o momento da doença no qual ocorrem as crises convulsivas (REZENDE; BACHA, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia são o mesmo problema, porém a eclâmpsia é um estágio mais grave da doença. Para Fontaine e Sabourin (2003) a “eclâmpsia pode ser precedida por pré-eclâmpsia grave e progressiva ou pode aparecer subitamente em uma paciente portadora de pré-eclâmpsia aparentemente leve, com elevação mínima da PA e sem proteinúria ou edema”(p. 10).

Durante uma convulsão eclâmpica, o feto frequentemente apresenta bradicardia devido à hipóxia, visto que a mãe não está respirando e as artérias uterinas estão em profundo vasoespasm. Na ausência de outras complicações clínicas ou obstétricas mais sérias, o feto geralmente recupera e tem um bom prognóstico, apesar da eclâmpsia (FONTAINE; SABOURIN, 2003, p. 12).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), os efeitos da pré-eclâmpsia ao feto incluem a hipóxia (que pode resultar em deficiência mental ou física), Atraso no Crescimento Intrauterino (ACIU) e, em situações mais graves, o feto pode nascer morto.

A evolução do caso depende de diversos fatores, dentre os quais são mais importantes a idade gestacional, quando as manifestações da síndrome se iniciaram, a gravidade do caso, a qualidade do atendimento médico e a história pregressa da mulher (REZENDE; BACHA, 2007).

4.1 Conduta e Cuidados

A gestante diagnosticada como pré-natal de alto risco, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, deve ser orientada a respeito do encaminhamento e esclarecida de que o vínculo com a equipe continuará; a equipe tem o dever de acionar a Central de Regulação para agendar a primeira consulta; preencher devidamente o formulário de encaminhamento; continuar a acompanhar e manter vigilância sobre a gestante, por meio de visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, assegurando que ela compareça a todas as consultas agendadas. A partir do momento da identificação de alto risco, as consultas deverão ocorrer com mais frequência e o profissional deve estar atento a todos os cuidados durante a anamnese, o exame físico e gineco-obstétrico (MINAS GERAIS, 2006).

Concordando com Fontaine e Sabourin (2003), a presença de alto risco devido à pré-eclâmpsia e à eclâmpsia aspira cuidados que evitem comorbidades e diminuam a mortalidade. São condutas nesses casos: repouso; dieta hipossódica e hiperproteica nos casos graves, e ingestão de líquidos, além das medicações recomendadas (MINAS GERAIS, 2006).

Os cuidados na pré-eclâmpsia leve são: rastrear Crescimento Intrauterino Retardado (CIUR) a cada três semanas; medir altura uterina (AU); realizar ultrassonografia (US); realizar dieta normossódica e hiperproteica; fazer repouso em decúbito lateral esquerdo pelo menos 4 horas por dia; quando há níveis tensionais de 100 mmHg, deve-se avaliar internação e uso de hipotensores. Entre 26 e 34 semanas, devem-se usar corticoides quando há interrupção da gestação. Deve-se realizar também a avaliação materna: hemograma; contagem de plaquetas; proteinúria 24 horas; função renal, ácido úrico; creatinina; ureia; urina I; oftalmoscopia; LDH (Lactato Desidrogenase - uma enzima abundante em células vermelhas e funciona como marcador para hemólise) (MINAS GERAIS, 2006).

Nos casos de pré-eclâmpsia grave, deve-se monitorar a vitalidade fetal com a avaliação da frequência de 3 em 3 dias; registro diário dos movimentos fetais; Curva de Temperatura Corporal Basal (CTB); perfil biofísico fetal/Doppler. O tratamento, nesses casos, é sob internação hospitalar em observação clínica: PA, Frequência Cardíaca (FC), diurese – controle de 3 em 3 horas; exames complementares, como hemograma, ureia, creatinina, ácido úrico, Transaminase Glutâmico Oxalacética (TGO), Transaminase Glutâmico Pirúvica (TGP), LDH, plaquetas; dieta normossódica e hiperproteica; repouso em DLE. A conduta para a eclâmpsia é manter as condutas para a pré-eclâmpsia grave, acrescidas de: internação em UTI; vigilância permanente; contenção no leito; aspiração orotraqueal e uso da cânula de Guedel. Após estabilização do quadro, a gestação deve ser interrompida pela via mais rápida (MINAS GERAIS, 2006).

Tanto nos casos de pré-eclâmpsia leve ou grave como nos de eclâmpsia, deve-se manter uma vigilância contínua da enfermagem e avaliação das condições clínicas e de exames laboratoriais das gestantes (REZENDE; BACHA, 2007).

Segundo Fontaine e Sabourin (2003), algumas das condutas importantes durante a uma crise eclâmpica são: não tentar encurtar ou abolir a convulsão inicial; proteger as vias aéreas e minimizar o risco de aspiração ao posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo e aspirar as secreções bucais; prevenir o dano

materno como, por exemplo, quedas; administrar sulfato de magnésio para controlar as convulsões.

O sulfato de magnésio é a droga escolhida e pode ser administrada durante o trabalho de parto, no parto e puerpério, como informa o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), e a Dose de ataque – 4,0g (8,0 ml de sulfato de magnésio a 50% com 12,0 ml de água bidestilada) em infusão endovenosa lenta (aproximadamente 15 minutos) ou 5,0 (10 ml de sulfato de magnésio a 50%) intramuscular em cada nádega, e a dose de manutenção – 1,0g/hora (10 ml de sulfato de magnésio a 50% com 490 ml de solução glicosada a 5% a 100 ml de solução glicosada a 5% a 100 ml/hora em bomba de infusão) ou 5,0g (10 ml de sulfato de magnésio a 50%) intramuscular de 4 em 4 horas.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), o sulfato de magnésio sobrepõe sobre os demais anticonvulsivantes por não causar depressão do sistema nervoso central. Mais importante que interromper uma crise convulsiva já iniciada é prevenir uma nova crise.

Cuidados devem ser tomados ao administrar o sulfato de magnésio e, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), em relação à dose de manutenção que deve ser suspensa caso a frequência respiratória tenha menos de 16 incursões por minuto, os reflexos patelares estejam completamente abolidos ou a diurese esteja inferior a 100 ml durante as 4 horas precedentes; utilizar agulha longa e técnica em zigue-zague para a administração intramuscular; o gluconato de cálcio a 10% atua como antídoto. Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), é indispensável manter sempre à mão uma ampola de 10 ml, para aplicação imediata no caso de eventual parada respiratória; na recorrência de convulsões, utiliza-se mais 2g intravenoso (IV) e aumenta-se a velocidade de infusão do sulfato de magnésio a 50%. Na persistência delas, com crises subentrantes, pode-se optar pela fenil-hidantoína, segundo o esquema: Dose de ataque: 250mg + SG 5% 250 ml intravenoso (IV) em gotejamento até completar a dose total de 750mg. Dose de manutenção: 100mg, de 8 em 8 horas, intravenoso (IV) e, a seguir, 100mg de 8 em 8 horas via oral (VO), até a alta.

De acordo com Rezende e Bacha (2007), a conduta na pré-eclâmpsia grave é interromper imediatamente a gravidez com mais de 32 semanas, porém esta atitude só deverá ser adotada quando o controle pressórico materno for adequado (pressão diastólica abaixo de 110 mmHg) e se não houver evidências de

comprometimento de órgãos-vitais (rins, coração, fígado e cérebro). Já nos casos com idade gestacional abaixo da citada anteriormente, pode haver condução conservadora com a paciente em regime de internação hospitalar. Nas situações em que haja deterioração da saúde da mãe ou do feto, a gestação deve ser interrompida. A via de parto será escolhida de acordo com as condições obstétricas da mulher (indução ou cesariana).

Fontaine e Sabourin (2003) ressaltaram que “a mãe é prioridade em qualquer emergência”, uma vez que o feto depende dela para suporte fisiológico. Sendo assim, todo o esforço é para estabelecer prioritariamente as funções vitais da mãe.

5 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Com relação ao atendimento oferecido a gestantes com Distúrbios Hipertensivos Específicos da Gravidez, os problemas identificados foram: a falta de profissionais capacitados, a falta de infraestrutura e equipamentos, e a ausência de uma equipe de referência para atender às gestantes que apresentavam este quadro. Esses problemas foram priorizados devido à gravidade e ao alto risco de mortalidade materna e fetal. Na descrição do problema, foram selecionados indicadores para a relevância da questão, tais como o número de internações, complicações e óbitos. O número de gestantes jovens e com baixo grau de instrução chama a atenção (e são fatores de risco) e favorece para que ocorra o aparecimento de complicações durante a gestação. Sabemos que a grande maioria dos óbitos (da mãe e do feto) pode ser evitada e que as condições socioeconômicas, a baixa infraestrutura dos hospitais e postos de saúde, a falta de profissionais capacitados, entre outros fatores, influenciam na qualidade do atendimento às gestantes.

Um dos passos importantes para a proposta de mudança dessa realidade perpassa pela criação de projetos de intervenção. A presente proposta de intervenção envolve fornecer melhor estrutura para as equipes de saúde da zona rural por meio da capacitação dos profissionais da atenção primária, desde os agentes comunitários de saúde até técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Tal projeto objetiva um trabalho de prevenção para que esses profissionais possam identificar, no início da gestação, as mulheres que apresentam os sinais e sintomas para eclâmpsia e pré-eclâmpsia, e para que elas possam ser atendidas e orientadas quanto aos cuidados necessários. Tais cuidados envolvem: padronizar as condutas por meio de protocolos do Ministério da Saúde; buscar uma referência geral para orientar o atendimento dos casos mais complicados; realizar grupos operativos com essas gestantes, quando estas poderão expor todas as suas dúvidas e vivências e aumentar o nível de informação sobre os riscos da doença. Estas são algumas estratégias a serem realizadas para impactar as causas do problema e reduzir a mortalidade materna e fetal devido à síndrome hipertensiva. Todas as ações devem ser planejadas pela equipe de Saúde da Família e apoiadas pelo gestor municipal de saúde.

QUADRO 1 - Projeto de Intervenção

NÓ CRÍTICO	Projeto de Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários	Responsável	Prazo
Nível de informação, corresponsabilidade, grau de instrução.	Aumentar o nível de informação da população sobre a gravidade da doença.	População mais informada, consciente e cooperativa.	Capacitação dos profissionais, grupos operativos, avaliação do nível de informação da população.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: mobilização social. Organizacional: espaço e equipamentos para a capacitação e os grupos.	Equipe de Saúde da Família.	1 mês para capacitar e 2 meses para formar grupos e conscientizar a população.
Sistematização das ações.	Implantar linha de atendimento, padronizar as condutas.	Cobertura de todo o grupo alvo.	Linha de atendimento implantada, protocolos implantados, recursos humanos capacitados.	Cognitivo: elaboração de linha de atendimento e de protocolos. Político: articulação entre setores da saúde (atenção primária e secundária) e adesão dos profissionais. Organizacional: adequação dos fluxos (referência e contrarreferência).	Enfermeiro, coordenador e médico.	2 meses para iniciar e 3 meses para finalizar a implantação dos protocolos.
Estrutura dos serviços de saúde.	Cuidar melhor, melhorar os serviços de saúde para o atendimento dos casos de DHEG.	Garantia de medicamentos, acompanhamento, exames previstos, referência.	Capacitação de pessoal, compra de medicamentos, busca de referência dos casos.	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: aumento da oferta de consultas, profissionais e medicamentos. Cognitivo: elaboração de projeto de adequação.	Prefeitura.	2 meses para apresentação do projeto, 4 meses para aprovação e liberação de recursos e 6 meses para o término.

Visita domiciliar.	Acompanhar os casos.	Identificar as gestantes, desenvolver atividades de educação e prestar assistência.	Capacitação de profissionais, busca ativa das faltosas.	Organizacionais: recursos humanos e transporte para realizar as visitas. Cognitivos: conhecimento sobre o tema.	Prefeitura e equipe de Saúde da Família.	2 meses para normalizar as visitas e disponibilizar transporte.
Consulta de enfermagem.	Acolhimento humanizado e responsável.	Pré-natal de qualidade e avaliação dos fatores de risco.	Capacitação dos profissionais.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Organizacionais: estrutura física e equipamentos.	Enfermeiro, gestor.	1 mês para capacitar profissionais e 6 meses para estruturar as unidades.
Exames de rotina em tempo hábil.	Aumentar o número de cotas de exames.	Garantia de direitos.	Acompanhamento e tratamento preventivo.	Econômicos: disponibilização de recursos para realizar os exames. Organizacionais: profissionais para coleta e realização dos exames e estrutura.	Prefeitura.	1 mês para disponibilizar os recursos.
Captação precoce.	Iniciar consultas no início da gestação, até 12 semanas.	Cobertura de pré-natal, organização da assistência.	Realizar, no mínimo, 6 consultas, identificar o risco no início.	Organizacionais: infraestrutura, recursos humanos e equipamentos. Cognitivo: busca ativa.	Equipe de Saúde da Família	2 meses para organizar o atendimento e finalizar.
Equipamentos.	Aumentar a qualidade do atendimento.	Garantia de equipamentos.	Compra de equipamentos.	Econômicos: recursos disponíveis para comprar materiais.	Prefeitura e gestor.	2 meses para licitar e 6 meses para comprar equipamentos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2013.

O projeto gera custos, portanto, o acompanhamento e a análise do projeto de intervenção é uma ferramenta essencial para avaliar as práticas de saúde. Se for necessário podem ser feitas alterações no projeto para alcançar os objetivos. O projeto será acompanhado e avaliado pelo coordenador da atenção primária e equipe de Saúde da Família, mensalmente, para que os produtos esperados sejam alcançados e para que os prazos sejam cumpridos, por meio de análise das mudanças e através de reuniões com os profissionais, gestor e prefeito.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização da revisão de literatura, foi possível reconhecer a importância sobre o conhecimento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia e os cuidados que a equipe, especialmente o enfermeiro, deve prestar diante desses distúrbios na gestação.

É muito importante a realização de um pré-natal correto, buscando sempre avaliar o risco gestacional, lembrando que mesmo uma gestação de risco habitual pode evoluir e apresentar complicações e, caso a gestante apresente algum risco, o profissional enfermeiro, juntamente com toda a equipe, deverá monitorar a mulher, porque assim podem ser evitadas complicações para a mãe e o feto. É importante realizar busca ativa das gestantes, cadastramento, grupos operativos para gestantes, consultas de enfermagem e médicas com avaliação de risco em todas elas, visitas domiciliares a gestantes de alto risco, referenciá-las ao serviço de alto risco, acompanhamento das mesmas pela atenção primária, tratar a paciente e não a doença, enfatizando também ao aspecto emocional e socioeconômico que podem trazer riscos à gestação. O conhecimento técnico dos profissionais é bastante relevante, uma vez que saber identificar os distúrbios hipertensivos específicos da gravidez e saber quais os cuidados a serem realizados, tanto no pré-natal na atenção primária quanto na urgência, podem trazer grandes repercussões na evolução do caso. Essas são atitudes para acompanhar, tratar e prevenir o aparecimento da pré-eclâmpsia e para que a mesma não evolua para a eclâmpsia.

Para que as gestantes não tenham complicações e para prevenir a morte materna e do feto, devem ser direcionados investimentos nas redes de atenção à saúde, para melhoria do atendimento dos profissionais e capacitação dos mesmos, melhorias das condições socioeconômicas da população, acesso a informações para o autocuidado, uso das medicações corretas, infraestrutura para o atendimento adequado e maior investimento na atenção primária à saúde para que tenhamos profissionais capacitados e atentos a casos como a DHEG, e para que possíveis eventualidades sejam evitadas precocemente. Tudo isso faz parte do projeto de intervenção. A implementação do projeto depende, entretanto, de políticas públicas do município que o apoiem.

Espera-se que esta revisão proporcione aos profissionais enfermeiros e a toda a equipe multidisciplinar um enriquecimento acerca do tema desenvolvido,

contribuindo para que os mesmos façam um melhor acompanhamento dos casos e consigam, assim, diminuir o número de mortalidade e morbimortalidade, de modo a melhorar a qualidade de vida das gestantes. Espera-se, ainda, que tenha sido incitada a importância do planejamento e condução de projetos de intervenção que abordem o tema.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR 6023. Informação e documentação: referências: elaboração.** Rio de Janeiro, 2002.

BAIÃO, Mirian Ribeiro; DESLANDES, Suely Ferreira. Alimentação na gestação e puerpério. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 245-253, mar./abr. 2006.

BARROS, Sonia Maria Oliveira de; COSTA, Cláudia Aparecida Ribeiro. Consulta de enfermagem a gestantes com anemia ferropriva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 105-111, out. 1999.

BELO HORIZONTE. Comissão Perinatal - Secretaria Municipal de Saúde. Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia. **Protocolo do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas.** Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2010.

BRASIL. **Decreto n. 94.406**, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <>. Acesso em: 31 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 119 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários.** 5. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2002. 249 p.

FONTAINE, Pat; SABOURIN, Mary Ellen. Medical Complications of Pregnancy. In: BAXLEY, Elizabeth G. (Ed.). **Also: Advanced Life Support in Obstetrics.** 4. ed. Leawood Kansas: American Academy of Family Physicians, 2003. p. 1-33.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida.** 2. ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Eclâmpsia: Manual para Professores de Enfermagem Obstétrica: Educação para uma maternidade segura: módulos de educação.** Portugal: Gráfica Maiadouro. 2. ed. 2005. 136 p.

REZENDE, César Alencar de Lima; BACHA, Clóvis Antônio. Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia e Síndrome de HELLP. In: REZENDE, César Alencar de Lima; BACHA, Clóvis Antônio. **Ginecologia e Obstetrícia**, 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2007. p. 676-685.