

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM**

Sonia Gonçalves Costa Saldias Palácios

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GESTANTE
INTERNADA COM PRÉ-ECLAMPSIA NA PERCEPÇÃO DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Florianópolis
2016

Sonia Gonçalves Costa Saldias Palácios

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GESTANTE
INTERNADA COM PRÉ-ECLAMPسيا NA PERCEPÇÃO DA
EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do Grau de Mestre em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Mota Zampieri.

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Palacios, Sonia
Cuidados de enfermagem à gestante internada com pré
eclampsia na percepção da equipe de enfermagem / Sonia
Palacios ; orientadora, Maria Zampieri - Florianópolis, SC,
2016.
192 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Hipertensão gestacional. 3. Cuidados
de enfermagem. 4. Enfermagem obstétrica. I. Zampieri,
Maria. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.



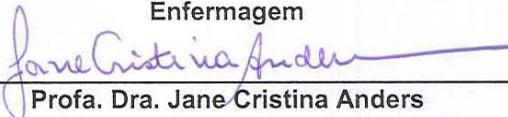
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GESTANTE INTERNADA
COM PRÉ-ECLAMPSIA NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM

Sonia Gonçalves Costa Saldias Palacios

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: MESTRE PROFISSIONAL EM
GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

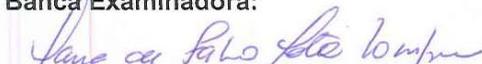
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Gestão do Cuidado em Saúde e
Enfermagem**



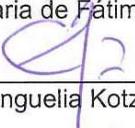
Profa. Dra. Jane Cristina Anders

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado
em Enfermagem

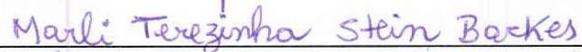
Banca Examinadora:



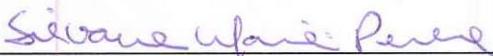
Profa. Dra. Maria de Fátima Mota Zampieri (Presidente)



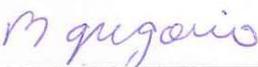
Prof. Dra. Evangelina Kotzias Atherino dos Santos (Membro)



Profa. Dra. Marli Terezinha Stein Backes (Membro)



Enfa. Dra. . Silvana Maria Pereira (Membro)



Profa. Dra. Vitória Regina Petters Gregório (Membro)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, por me conceder a vida, por estar sempre ao meu lado em toda minha trajetória e por me dar força constante em todo o meu caminho.

Aos meus pais José Nicolau Costa e Maria Gonçalves Costa *in memoriam*, por ter crescido com seus grandes exemplos de vida, e por todo amor que me concederam.

Ao meu esposo David Roberto, pelo incentivo e apoio durante todo o processo.

Aos meus queridos filhos David e Gabriel por me apoiarem durante todo o processo e que possam permanecer firmes em seus objetivos, nunca desistindo de seus sonhos.

À minha querida orientadora e amiga Dra Maria de Fatima Mota Zampieri, pelo carinho, respeito, apoio, incentivo, acolhimento, compreensão, contribuindo no desenvolvimento do trabalho com seus conhecimentos e sua experiência. Meu muito obrigada.

À equipe do Centro Obstétrico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, por terem aceitado participar nas entrevistas, e por estarem sempre dispostos a me ajudar.

Às minhas queridas amigas: Professora Dr^a. Vitória Regina Petters Gregório que sempre me incentivou a continuar o trabalho e nunca me permitindo desistir e a Dr^a. Vania Sorgatto Collaço que muito contribuiu com seus conhecimentos, me ajudando neste processo.

Aos membros titulares da Banca, professoras Dr^a. Evangelia Kotzias Atherinodos Santos, Dr^a. Vitória Regina Petters Gregório, Dr^a. Marli Teresinha Stein Backes e Dra. Silvana Maria Pereira, membro suplente.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente no desenvolver do trabalho, o meu muito obrigado! Deus os abençoe.

RESUMO

PALÁCIOS, Sonia Gonçalves Costa Saldias. **Cuidados de enfermagem à gestante internada com pré-eclampsia:** na percepção da equipe de enfermagem. 2016. 146f. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, que teve por objetivos: conhecer as percepções sobre os cuidados de enfermagem prestados à gestante com pré-eclampsia, internada no Centro Obstétrico, na percepção da equipe de enfermagem; conhecer a produção científica desenvolvida em âmbito nacional e internacional sobre os cuidados de enfermagem à gestante com pré-eclampsia; construir um plano de cuidados de enfermagem à gestante com pré-eclampsia internada no centro obstétrico com base nas informações da equipe de enfermagem e literatura. O estudo foi realizado no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário do sul do país, com 11 profissionais; dentre eles, cinco técnicos de enfermagem e seis enfermeiras (três obstetras, duas generalistas e uma residente da saúde da mulher e da criança). A coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12, por meio de entrevistas, no período de novembro a dezembro de 2015. A análise seguiu as etapas de pré-análise, exploração de material, tratamento dos resultados e interpretação dos dados, propostas por Minayo. Os resultados são apresentados em dois manuscritos e um plano de cuidados. No primeiro manuscrito foi possível identificar, nos artigos brasileiros, predominância dos aspectos relacionados à humanização e acolhimento direcionados à mulher com pré-eclâmpsia. Já os artigos e *guidelines* internacionais na sua maioria centraram-se mais em aspectos biológicos e técnicos, trazendo evidências científicas. Houve divergências relativas de condutas entre as bibliografias nacionais e internacionais e destas com o adotado na prática, relativas ao repouso relativo e absoluto, aferição da pressão arterial (posição, braço, intervalo de verificação). Houve unanimidade das referências em relação a garantia do bem-estar da mulher e bebê e necessidade de um cuidado especializado e qualificado à mulher com pré-eclâmpsia. Percebe-se uma lacuna no campo científico de pesquisas qualitativas e quantitativas nesta temática na enfermagem. O segundo manuscrito desvela que há

divergências na realização dos cuidados, sobretudo na verificação dos sinais vitais, repouso, dieta e informações insuficientes sobre as síndromes hipertensivas e cuidados pelos profissionais, ratificando a necessidade de problematizar a temática e propiciar a capacitação da equipe de enfermagem. Revela limitações administrativas e estruturais que têm influências na assistência prestada à gestante, podendo ser revertidos com o apoio da gestão da instituição e com a criatividade da equipe. Em relação ao plano de cuidados, foi possível estabelecer um plano de cuidados assistenciais para melhorar a qualidade do atendimento, dando suporte e embasamento teórico para o profissional de enfermagem atuar diante de mulheres que apresentam pré-eclâmpsia. O estudo propicia a ampliação de saberes na área; aprimoramento técnico dos enfermeiros; a construção de proposta de cuidados embasada nas boas práticas para as mulheres com pré-eclâmpsia, qualificando o cuidado e satisfazendo a mulher e seu acompanhante.

Palavras-chave: Hipertensão gestacional. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

PALACIOS, Sonia Gonçalves Costa Saldias. **Nursing care to hospitalized pregnant women with pre-eclampsia:** in the perception of the nursing team. 2016. 146f. Dissertation (Professional Master's Degree in Nursing Care Management) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
Advisor: Prof. Dr. Maria de Fátima Mota Zampiere

Qualitative, exploratory-descriptive research, whose objectives were: to know the perceptions about nursing care provided to the pregnant woman with pre-eclampsia, interned at the Obstetric Center, in the perception of the nursing team; know the scientific production developed at national and international level on nursing care for pregnant women with pre-eclampsia; build a nursing care plan for the pregnant woman with pre-eclampsia hospitalized at the obstetrical center based on information from the nursing team and literature. The study was developed at the Obstetric Center of a Maternity at the University Hospital of the south of the country, with 11 professionals; among them five nursing technicians and six nurses (three obstetricians, two generalists and one woman and child health resident). Data collection occurred after approval of the Ethics Committee in research with human beings, according to Resolution 466/12, through interviews, from November to December 2015. The analysis followed the steps of pre-analysis, exploration of the material, treatment of results and interpretation of data, proposed by Minayo. The results are presented in two manuscripts and a care plan. In the first manuscript it was possible to identify, in the Brazilian articles, predominance of aspects related to humanization and reception directed to women with pre-eclampsia. Articles and international guidelines mostly focused on biological and technical aspects, bringing scientific evidence. There were divergences relating of conduct between the national and international bibliographies and of those adopted in practice, relative to absolute rest, blood pressure measurement (position, arm, interval of verification). There were unanimous references regarding the guarantee of the well-being of women and newborn and the need for specialized and qualified care for women with pre-eclampsia. It was identified a gap in the scientific field of qualitative and quantitative research on this topic. The second manuscript reveals that there are differences in accomplishment in care, especially in the verification of vital signs, rest, diet and insufficient

information on hypertensive syndromes and care by professionals, ratifying the need to problematize the subject and to provide training for the nursing team. It reveals administrative and structural limitations that influence the care provided to the pregnant woman that can be reversed with the support of the institution's management and the team's creativity. In relation to the care plan, it was possible to establish assistance care plan to improve the quality of care, providing support and theoretical basis for the nursing professional to care of women with pre-eclampsia. The study provides expansion of knowledge in the area; technical improvement of nurses; build of care plan based on good practices for women with pre-eclampsia, qualifying the care and satisfying woman and her companion.

Keywords: Gestational hypertension. Nursing care. Obstetric Nursing.

RESUMEN

PALACIOS, Sonia Gonçalves Costa Saldías. **Los cuidados de enfermería a las gestantes internadas con preeclampsia: la percepción del equipo de enfermería.** 2016. 146f. Disertación (Maestría Profesional Gestión del Cuidado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

La investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, que tiene por objeto: conocer las percepciones de los cuidados de enfermería prestada a las mujeres embarazadas con preeclampsia, internada en el centro obstétrico, la percepción del equipo de enfermería; conocer la producción científica desarrollada a nivel nacional e internacional sobre los cuidados de enfermería a embarazadas con preeclampsia : construir un plan de cuidados de enfermería a la gestante con preeclampsia internadas en el centro obstétrico basado en las informaciones del equipo de enfermería y la literatura. El estudio se realizó en el Centro Obstétrico de la maternidad del Hospital de la Universidad del Sur del país, con 11 profesionales; entre ellos cinco técnicos de enfermería y seis enfermeras (tres obstetras, dos generales y un residente de la salud de mujeres y niños). La recolección de datos se produjo después de la aprobación de la ética en la investigación con seres humanos, de acuerdo con la Resolución 466/12, a través de entrevistas, en el periodo de noviembre a diciembre de 2015. El análisis siguió los pasos de pre-análisis, exploración de material, tratamiento de los resultados y la interpretación de los datos propuestos por Minayo. Los resultados son presentados en dos manuscritos y un plan de atención. En el primer manuscrito fue posible identificar en los artículos brasileños, predominio de los aspectos relacionados con la humanización y la atención específica a las mujeres con preeclampsia. En cuanto a los artículos y quidelines internacionales sobre todo se centran más en los aspectos biológicos y técnicos, trayendo evidencia científica. Hubo divergencias relativas de conductas entre bibliografías nacionales e internacionales y los que tienen adoptado en la práctica para el reposo relativo y absoluto, medición de la presión arterial (posición, el brazo, el intervalo de verificación). Hubo unanimidad de referencias con respecto a la garantía del bienestar y el bebé y la necesidad de las mujeres para el cuidado especializado y capacitado para mujeres con preeclampsia. Se observa una brecha en el campo científico de la investigación cualitativa

y cuantitativa sobre este tema en la enfermería. El segundo manuscrito revela que existen diferencias en la realización de la atención, sobre todo en la verificación de los signos vitales, el descanso, la dieta y la información insuficiente sobre los trastornos hipertensivos y atención por parte de profesionales, lo que confirma la necesidad de discutir el problema y proporcionar capacitación del personal de enfermería. Revela las limitaciones administrativas y estructurales que han influido en la atención a las mujeres embarazadas y se puede revertir con el apoyo de la gestión de la institución y la creatividad del equipo. En relación con el plan de atención, era posible establecer un plan de atención de la atención para mejorar la calidad de la atención, dando el apoyo y fundamento teórico para profesional de enfermería para actuar frente mujeres con preeclampsia. El estudio proporciona la ampliación de los conocimientos en el área; mejora técnica de las enfermeras; construcción de propuestas de cuidado basado en las mejores prácticas para las mujeres con preeclampsia, calificando la atención y la satisfacción de la mujer y su acompañante.

Palabras clave: Hipertensión gestacional. Cuidados de enfermería. Enfermería Obstétrica.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Publicações sobre os cuidados à mulher com pré-eclâmpsia com base na revisão integrativa.....	45
Quadro 2 - Guidelines: evidências sobre síndromes hipertensivas com base na revisão integrativa-2016.	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CO	Centro Obstétrico
PA	Pressão Arterial
HU	Hospital Universitário
SHEG	Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 OBJETIVO GERAL	35
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
2 REVISÃO DA LITERATURA	37
2.1 MANUSCRITO 1 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES COM PRÉ-ECLAMPSIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	37
3 MARCO CONCEITUAL	77
4 MÉTODO	83
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	83
4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO	84
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	88
4.4 COLETA DE DADOS	88
4.4.1 Entrevistas	89
4.5 REGISTRO E ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	90
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	90
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	91
5 RESULTADOS	95
5.2 MANUSCRITO 2: CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GESTANTE INTERNADA COM PRÉ-ECLAMPSIA NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	95
5.2 PROPOSTA DE UM PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GESTANTE INTERNADA COM PRÉ- ECLAMPSIA, NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	134
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
REFERÊNCIAS	167
APÊNDICE A – PROTOCOLO DE REVISÃO DE LITERATURA	179
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	185
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA	189
ANEXO A – FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HU	191

1 INTRODUÇÃO

Para o Ministério de Saúde brasileiro, a gestação é uma experiência de vida saudável, envolvendo mudanças dinâmicas no âmbito físico, emocional e sociocultural, constituindo-se uma situação limítrofe que pode implicar riscos e vulnerabilidades, tanto para a gestante quanto para o feto, sendo um compromisso social dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro e da equipe de enfermagem, promover a maternidade segura e humanizada (BRASIL, 2012).

Em que pese a gestação ter este caráter de normalidade, hígido e saudável, há uma determinada parcela de gestantes, que por características particulares físicas, sociais ou psicológicas, apresenta maior probabilidade de ter uma evolução desfavorável na gravidez e complicações que poderão interromper o curso normal desta e repercutir na saúde das mulheres e de seus filhos. Estas mulheres são denominadas “gestantes de alto risco”, necessitando de atenção especial (GOUVEIA; LOPES, 2004; BRASIL, 2012). A gestação de alto risco é a gestação na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou seu filho, na condição do feto ou recém-nascido, tem maior chance de ser atingida que a da média da população (BRASIL, 2012).

As gestantes de alto risco são aquelas portadoras de doenças que podem se intensificar durante a gravidez ou as mulheres que desencadearão problemas clínicos ou complicações nesse período, aumentando a probabilidade de uma evolução adversa tanto para ela quanto para o feto (BRASIL, 2012). Este grupo de mulheres que pode apresentar alguns agravos corresponde a 15% do total de gestantes (GOUVEIA; LOPES, 2004).

A vivência da gestação de alto risco implica um processo complexo dinâmico e diversificado, individual e social, que é vivido de forma única pela mulher, estendendo-se ao companheiro, família e sociedade. Caracteriza-se por transformações e adaptações nas dimensões físicas, sociais, econômicas, psicológicas, espirituais e culturais, e mudanças de papéis, oriundas do processo de gestar, nascer e parir, não se desvinculando dos aspectos existenciais do ser humano, situações de riscos e de vulnerabilidade, ligadas ao feto e sua mãe, que podem interromper o curso normal da gravidez, os quais repercutem em todo o contexto familiar (ZAMPIERI, 2011).

Nela, emerge sentimentos como o medo pela sobrevivência do filho e pela própria vida; o distanciamento do bebê e dos preparativos

para o nascimento com o intuito de reduzir o sofrimento; o sentimento de culpa por não conduzir a gravidez dentro dos padrões de normalidade, além da falta de controle da gestação, de suas necessidades e do corpo. Além disso, o repouso, a internação hospitalar e cuidados para controle das intercorrências podem gerar problemas psicológicos como solidão, estresse, ansiedade, tédio, depressão e medo; ambivalência à gravidez e alterações no ritmo familiar pelo afastamento da família e das atividades profissionais, gerando sobrecarga das pessoas que assumirão a responsabilidade doméstica e dos filhos (ZAMPIERI, 2011).

Esta situação de saúde merece uma atenção especializada dos profissionais de saúde, sendo objeto relevante das políticas públicas obstétricas e neonatais, necessitando intervenção precisa, especializada, precoce e humanizada para evitar a morbidade grave, morte materna, neonatal ou perinatal. As políticas públicas brasileiras na área da saúde da Mulher, entre elas, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, o Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha preconizam ações para melhorar e qualificar o atendimento, acesso, cobertura à gestante de risco habitual e de alto risco no pré-natal, na assistência ao parto e puerpério. Dentre as prioridades do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, direcionadas às gestantes, destacamos a identificação de fatores de risco, a classificação do risco gestacional e a garantia de atendimento e acesso da gestante à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco em seu próprio território ou em outro município (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde avança com a política da Rede Cegonha, quando organiza a assistência do pré-natal de alto risco para atender às necessidades das gestantes de determinada área de atuação com emprego de conhecimentos técnico-científicos, de meios e recursos adequados e disponíveis. Neste sentido, e de acordo com a legislação vigente de 2011, proposta pela Rede Cegonha, busca estruturar a rede de atenção e garantir: o acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal (acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno, ampliação e realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco, acesso aos resultados em tempo adequado); a vinculação da gestante à unidade de referência (desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto). Além disso, o transporte seguro nas situações de urgência, para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; o desenvolvimento de boas práticas e segurança na atenção à gestação, ao parto e nascimento, bem como atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade, com busca ativa às crianças vulneráveis (BRASIL, 2011).

A estruturação da rede para dar conta destes pontos consiste na disponibilidade de serviços de pré-natal para o risco habitual e o alto risco, serviços especializados para atendimento das emergências obstétricas e partos, incluindo os de alto risco, leitos de UTI neonatal e para adultos, leitos em neonatologia para cuidados intermediários, assim como, casas de apoio às gestantes de risco com dificuldades de acesso geográfico ou às mães de bebês que necessitam permanecer internados. Também implica na humanização do cuidado por meio da sensibilização e da atualização profissional das equipes de saúde. Porquanto, os gestores precisam conhecer qual é a demanda e qualificar a rede, com adequação da cobertura, capacitação de recursos humanos e elaboração de protocolos. (BRASIL, 2012). Também necessitam melhorar os sistemas de referência e contra-referências e modernizar os sistemas de regulação, permitindo encaminhar a gestante aos níveis de complexidade de referência, seguindo o fluxo adequado, questões que são metas prioritárias da Rede Cegonha.

A abordagem integral à mulher em gestação de alto risco é fundamental. Neste sentido, é importante considerar as especificidades relativas às questões de gênero, raça, etnia, classe social, escolaridade, situação conjugal e familiar, trabalho, renda, violência doméstica e sexual, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras. Essa atenção deve privilegiar a escuta, o não julgamento e a compreensão sobre os diversos acontecimentos que motivam maior ou menor condição de risco à gestação (BRASIL, 2012).

O acolhimento da gestante de alto risco pela equipe de saúde, desnudo de julgamentos, além de qualificar a assistência, é vital para a formação de vínculos, o fortalecimento da responsabilidade pelo processo de cuidado, e o manejo sobre circunstâncias de vulnerabilidade arroladas ao processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

Ademais, na organização dos serviços para a assistência ao pré-natal de alto risco, as gestantes precisam ocupar o espaço de protagonistas no processo de cuidado de sua saúde, sendo parceiras dos profissionais para a obtenção de melhores resultados tanto para a saúde materna quanto neonatal (BRASIL, 2012).

Em setembro de 2000 houve a assembleia do milênio promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) e países membros das Nações Unidas, aprovando um documento que consolidou oito objetivos e um conjunto de metas para alcançá-los, os chamados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que foram adotados pelos estados membros das Nações Unidas e feitos esforços para alcançá-los até 2015.

Dentre os oito objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU que foram determinados para serem alcançados até o ano de 2015, dois enfocavam a saúde materna e infantil, sendo um que objetiva a redução da mortalidade infantil e outro que busca melhorar a saúde materna, tornando-se metas relevantes para a temática abordada. Durante todo o processo a taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) por mil nascidos vivos passou de 29,7 em 2000, para 15,6 em 2010, uma taxa menor que a meta prevista para 2015 de 15,7 por mil nascidos vivos, considerada-se uma vitória ultrapassar o proposto. Porém o objetivo de melhorar a saúde da materna teve mais dificuldades de serem atingidos no Brasil, mesmo com o avanço não foi possível alcançar as metas propostas de reduzir em $\frac{3}{4}$ entre 1990 e 2015 a razão da mortalidade materna. Sendo a estimativa da mortalidade materna de 141 por 100 mil nascidos vivos em 1990 e atingiu 68 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2010, sendo que a meta era atingir 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015.

A qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde interfere diretamente na redução do índice de mortalidade infantil e materna e no alcance destes objetivos, a otimização dos cuidados de saúde direcionados às mulheres com síndromes hipertensivas, em especial as com pré-eclâmsia durante a gravidez é um passo necessário para atender os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio propostos em 2015 (GÜLMEZOGLU et al., 2011) e para atingir o terceiro objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), “Boa Saúde e bem estar”.

Medidas devem ser tomadas devido ao elevado índice de morbimortalidade materna e perinatal. De acordo com o banco de dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) o Brasil tem uma estatística no ano de 2015, 1.571 mulheres morreram por complicações na gestação. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações são preveníveis e decorrentes do fato da gestação poder acarretar riscos à vida da gestante, faz-se necessário estabelecer uma assistência qualificada para atender mulheres com gravidez de alto risco, acolhendo, dando suporte e apoio, compartilhado conhecimentos e informações orientações e prestando os cuidados específicos durante todo processo de gestação. Cabe ao profissional estar atento a identificação de possíveis fatores de risco,

prestar os devidos cuidados e buscar estabelecer vínculos com equipe multidisciplinar (BRASIL, 2012).

Esforços e estudos têm sido realizados para criar um sistema para classificar às gestantes em risco habitual e de alto risco, contudo até o momento não foi possível prever problemas de maneira acurada para determinar o grau de risco, sendo identificados fatores de risco que merecem vigilância da equipe de saúde no pré-natal e, sobretudo, dos enfermeiros no sentido de evitar eventual surgimento de complicações (BRASIL, 2012).

É importante destacar que uma gestante pode ser classificada ora como gestante de alto risco, ora como de risco habitual, passando de uma situação a outra com a evolução da gestação, parto e cuidados realizados. Desta forma, um cuidado eficaz na gestação e uma avaliação do risco são primordiais, independente do grau de risco (BRASIL, 2012). Há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto e intervir precocemente, evitando situações capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal. Os fatores de risco gestacional são identificados durante a atenção pré-natal, nas consultas, ou seja, na anamnese, no exame físico geral e no exame gineco-obstétrico, e podem ainda ser observados por ocasião da visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe.

De acordo com o Manual de Gestação de Alto Risco, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 11-13), os fatores de risco gestacionais são classificados em quatro grandes grupos:

- 1. Características individuais e condições sócio demográficas desfavoráveis:** idade superior a 35 anos e inferior 15 anos (considerar o risco psicossocial); menarca há menos de 2 anos, altura inferior 1,45m; peso pré-gestacional abaixo de 45kg e acima de 75 kg; anormalidades nos órgãos reprodutivos; situação conjugal insegura; conflitos familiares; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; dependência de drogas lícitas ou ilícitas; hábitos de vida; exposição a riscos ocupacionais: esforço físico intenso, carga horária excessiva, sem rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos e estresse.
- 2. História reprodutiva anterior:** abortamento habitual; morte perinatal explicada e inexplicada; história de retardo do crescimento ou de malformação do recém-nascido; trabalho de parto prematuro anterior; esterilidade/infertilidade; intervalo interpartal inferior a dois anos ou superior a cinco; nuliparidade e grande

multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva; diabetes gestacional; duas ou mais cesáreas anteriores.

3. Condições clínicas preexistentes: hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas, doenças autoimunes; ginecopatias; neoplasias.

4. Condições ou complicações na gestação atual-transformando-a em uma gestação de alto risco: Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos. Doença obstétrica na gravidez atual: desvio de crescimento uterino, número de fetos (gemelaridade) e volume de líquido amniótico (polidrânnio e oligodrânnio); trabalho de parto prematuro, gravidez serotina; ganho ponderal inadequado; pré-eclampsia¹ e eclampsia; diabetes gestacional; amniorrexe prematura; hemorragias; insuficiência istmo-cervical; aloimunização e óbito fetal. Intercorrências clínicas: doenças infectocontagiosas e transmissíveis (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, sífilis, HIV, entre outras); doenças clínicas na gestação (cardiopatias, endocrinopatias) (BRASIL, 2012, p. 11-13).

É bom lembrar que alguns dos fatores, sobretudo os referentes às características socioeconômicas e demográficas, vistos de forma isolada não determinam uma gestação de alto risco, devendo estes ser observados conjuntamente com outros fatores de risco. Nesta perspectiva, cada situação deve ser avaliada de forma personalizada e de acordo com o contexto. As necessidades oriundas da gestação de alto risco necessitam de técnicas e equipes especializadas. Ainda que alguns casos possam ser resolvidos em nível de atenção primária, utilizando-se procedimentos simples, outros necessitarão cuidados complexos existentes em nível de média e alta complexidade (BRASIL, 2001).

¹ N.A.: Em português a palavra eclampsia pode vir acentuada ou não, ambas as formas estão corretas, e de acordo com o *Dicionário Priberam* de Portugal, Disponível em: < <https://www.priberam.pt/dlpo/eclampsia>>. Acesso em 10 maio 2015; porém o *Dicionário Michaelis* Online de português na variante brasileira já não traz a opção com o acento circunflexo, Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=ecl%e2mpsia>>. Acesso em 10 maio 2015; por isso consideramos que ambas estão corretas, e para esta dissertação optamos por não acentuar ao verificar também no buscador Google que raramente leva acento.

A assistência pré-natal de alto risco tem como finalidade intervir no curso de uma gestação com maior chance de ter um resultado desfavorável, buscando diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto, ou reduzir suas possíveis consequências adversas. Nesta perspectiva, 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. Deve estar capacitada para compartilhar informações com a gestante e os familiares sobre o andamento da gestação e comportamentos e atitudes que podem assumir para melhorar sua saúde.

Neste estudo, apesar da ampla gama de doenças pertencentes à classificação de gestação de alto risco, optou-se por estudar as síndromes hipertensivas da gravidez, (hipertensão crônica, pré-eclampsia/eclampsia, pré-eclampsia sobreposta à hipertensão crônica, hipertensão gestacional sem proteinúria, síndrome de HELLP), mais especificamente aprofundar conhecimentos sobre a pré-eclampsia, em função da maior incidência desta situação de saúde no contexto do estudo.

A pré-eclampsia é, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, 28- 36p.), a

[...] hipertensão que ocorre após 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidropsia fetal) acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. [...] a ocorrência de convulsões em mulheres com pré-eclampsia caracteriza o quadro de eclampsia. A conduta clínica visa o tratamento das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos, além de cuidados e controles gerais (BRASIL, 2012, 28- 36p.).

A pré-eclampsia é definida como uma desordem multisistêmica caracterizada pelo aparecimento da hipertensão (pressão arterial sistólica (PAS) 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) 90 mmHg) e proteinúria (> 300 mg/24 h), que surgem após 20 semanas de gestação em uma mulher previamente normotensa. Em 2014, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas revelou que a proteinúria não é fundamental para o diagnóstico de pré-eclampsia (LAMBERT et al., 2014).

A pressão arterial elevada deve ser registrada em duas medições com pelo menos em quatro horas de intervalo. Proteinúria é definida como a excreção de pelo menos 300 mg de proteína em uma coleta de urina de 24 horas. Alternativamente, uma proteína na urina (mg/dl) denominada creatinina (mg/dl) 0,3 tem boa sensibilidade (98,2%) e especificidade (98,8%) como uma ferramenta de diagnóstico. Por outro lado, um teste positivo da fita qualitativa para proteinúria fornece resultado muito variável a ser considerado como uma ferramenta confiável de diagnóstico de proteinúria. Pode ser usado, se nenhum outro método está prontamente disponível. Nesse caso, apenas, o resultado de 1+ (uma cruz) é considerado como o ponto de corte para o diagnóstico de proteinúria (LAMBERT et al., 2014).

Em reconhecimento a natureza sindrômica da pré-eclampsia, a proteinúria não é mais considerada obrigatória para o diagnóstico de pré-eclampsia. Por conseguinte, na ausência de proteinúria, a pré-eclampsia pode ser diagnosticada com hipertensão associada com:

Trombocitopenia $<100.000 / \mu\text{L}$, elevadas transaminases do fígado ($>$ duas vezes normalvalores), comprometimento da função renal (com creatinina sérica $> 1,1 \text{ mg/dL}$ ou duplicação da creatinina sérica em nível de ausência de qualquer outra doença renal), edema pulmonar, distúrbios visuais ou cerebrais de início recente (LEFEVRE, 2014; LAMBERT et al., 2014, p. 138).

Segundo estudos de Noronha; Neto; Souza e Amorim (2010), outro ponto importante, é que esses fatores, juntamente com o endotélio, poderiam ser influenciados pelas grandes modificações gestacionais, como a ativação da cascata inflamatória normal na gravidez. Sendo que essas alterações favoreceriam a má adaptação placentária, com falha da remodelação e da infiltração de células trofoblásticas nas arteríolas espiraladas e subsequente hipoperfusão do leito placentar. A isquemia da circulação uteroplacentária ocasiona liberação de substâncias vasoativas na circulação materna, o que ocasiona em dano endotelial causando alteração de sua função. Essa lesão do endotélio leva a diversas mudanças incluindo agregação plaquetária, ativação do sistema de coagulação, aumento da permeabilidade da parede do vaso e aumento da reatividade e do tono do músculo liso vascular, e como consequência final de todo o processo inflamatório exacerbado, ocorre vaso-espasmo arteriolar generalizado, levando a alterações funcionais e morfológicas

em vários órgãos e resultando na manifestação clínica chamada pré-eclâmpsia.

Em relação ao grau de hipertensão, a pré-eclâmpsia possui duas categorias: leve, e grave. A justificativa para essa categorização deve-se ao fato da importância em se reconhecer que muitas gestantes na categoria grave estão em maior risco para um desfecho obstétrico desfavorável, merecendo ser observadas de forma mais atenta (DRUZIN et al., 2013).

Os critérios diagnósticos para pré-eclâmpsia nas três categorias de níveis pressóricos, de acordo com Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá (SOGC) e Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) (DRUZIN et al., 2013) são:

Categoria leve pressão sistólica 140-149mmHg e diastólica 90-99mmHg. Categoria moderada pressão sistólica 150-159mmHg e diastólica 100-109mmHg.

Categoria grave pressão sistólica >160mmHg e diastólica > 110mmHg. (DRUZIN et al., 2013, p. 83).

O Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) utiliza como critério para diagnóstico para pré-eclâmpsia duas categorias de níveis pressóricos: primeira categoria: pré-eclâmpsia, sem características graves: pressão sistólica 140-159 mmHg e diastólica 90-109 mmHg. Segunda categoria: pré-eclâmpsia grave: pressão sistólica 160 mmHg e diastólica 110 mmHg (DRUZIN et al., 2013; LAMBERT et al., 2014).

O ACOG tem desencorajado o diagnóstico utilizando a terminologia de "Pré-eclâmpsia leve", e propôs o diagnóstico de "Pré-eclâmpsia sem características graves" (LAMBERT et al., 2014). A pré-eclâmpsia grave foi definida como associada a qualquer dos seguintes processos:

- Hipertensão grave (ou seja, PAS? 160 mmHg e / ou PAD? 110 mmHg),
- Trombocitopenia <100.000 / uL,
- Insuficiência hepática com transaminases hepáticas elevadas, mais do que o dobro dos valores normais,
- Quadrante superior direito, graves e persistentes (QSD) ou dor epigástrica não explicada por qualquer outro diagnóstico.
- Insuficiência renal, definida como creatinina sérica > 1,1 mg / dL ou de uma duplicação de creatinina no soro em a ausência de outra doença renal.

- Maciço proteinúria > 5 g / dia.
- Edema pulmonar
- Distúrbios cerebrais ou visuais de início recente
- Restrição do crescimento fetal (LAMBERT et al., 2014, p.139).

No entanto, estudos recentes demonstraram mínima ou nenhuma influência da gravidade da proteinúria no resultado da gravidez na pré-eclâmpsia. A gestação com restrição do crescimento fetal é semelhante em mulheres grávidas com ou sem pré-eclâmpsia. Portanto, para o maciço de proteinúria (> 5 g/dia), e restrição do crescimento fetal há critérios mais evidentes de pré-eclâmpsia grave. Diagnosticar pré-eclâmpsia grave é de suma importância, na medida em que tem um grande impacto sobre o tratamento e o momento da interrupção da gestação, em comparação com pré-eclâmpsia sem características graves (LAMBERT et al., 2014).

A pré-eclâmpsia é um dos mais sérios problemas de saúde que afetam as mulheres grávidas. É uma complicação em 2 % a 8 % de gravidezes em todo o mundo e contribui para o aumento da morbidade materna e mortalidade infantil. A pré-eclâmpsia também é responsável por 15% dos nascimentos prematuros nos Estados Unidos (LEFEVRE, 2014).

Os distúrbios gerados pela hipertensão durante a gestação estão entre as principais causas de morte materna no mundo, e são responsáveis por 25% ou mais dos índices de mortalidade materna (SOARES et al., 2009).

Estima-se que 100 mil mulheres sejam tratadas de pré-eclâmpsia no mundo a cada ano, e que 21 mil delas desenvolvem pré-eclâmpsia grave. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a cada sete minutos uma mulher morra por complicações hipertensivas, estando a eclâmpsia presente em 50 a 60% dos casos de morte materna por hipertensão (BRASIL, 2014).

No Brasil, entre as gestantes com mais de 20 anos, 7,5% apresentam distúrbios hipertensivos, sendo estes as principais causas de morbimortalidade materna e perinatal (FREITAS et al., 2011). Com relação aos fatores emocionais, mulheres hospitalizadas com algum distúrbio hipertensivo têm maior possibilidade de desenvolver complicações emocionais com repercussões a longo prazo (SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2011).

As mulheres com distúrbios hipertensivos apresentam uma grande sobrecarga emocional e que o fato delas vivenciarem uma

gestação de alto risco reforça o medo de complicações e morte tanto para si, quanto para o bebê (SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2011).

O baixo nível de escolaridade dificulta o acesso das gestantes à informação e ao conhecimento, o que interfere de forma negativa no autocuidado. Esta situação estende-se às gestantes com síndromes hipertensivas (AGUIAR et al., 2010).

Considerando estas questões de cunho epidemiológico, emocional e social, o fato desta temática ser relevante para a saúde pública do país, e de que em nossa realidade, no Centro Obstétrico do HU, ser esta situação de saúde a que possui maior incidência de internação, buscaremos aprofundar conhecimentos especificamente às gestantes de alto risco internadas com diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Desde a abertura da maternidade, em 1995, tem sido uma prática no Centro Obstétrico atender gestantes com síndromes hipertensivas da gravidez (SHG), mais especificamente com pré-eclâmpsia, que internam para compensarem ou saírem de um quadro agudo. Em que pese à realização da sistematização do cuidado, com prescrições específicas de enfermagem para gestação de alto risco, realizada pelas enfermeiras, não existe uma proposta de cuidado de enfermagem específica para estes casos, sendo urgente sua realização. Por não ter uma proposta de cuidado de enfermagem direcionada para pré-eclâmpsia, os cuidados dependem e variam a cada plantão de enfermagem. Cada enfermeira deste setor desenvolve o cuidado à mulher com base em seus conhecimentos, quando o ideal seria uma padronização das condutas, adaptando-as a necessidades da mulher, fundamentada sem evidências científicas atualizadas e práticas, que favoreçam o acolhimento, dêem suporte e segurança, centralizem-se na pessoa e não apenas na técnica e no biológico de forma mecanizada. Percebe-se que os cuidados são diferentes de acordo com o turno e plantão das enfermeiras, mas não está claro em que dimensão e quais são estas divergências em relação aos cuidados específicos, técnicas e atenção geral à mulher.

Também não se conhece as limitações e o que poderia facilitar para a concretização de uma atenção uniformizada e com base nas boas práticas à mulher com pré-eclâmpsia, respeitando as individualidades de cada mulher. Estas questões e inquietações deram origem as seguintes perguntas de pesquisa: Quais as percepções, as facilidades, dificuldades e divergências de cuidados de enfermagem prestados à gestante de alto risco com pré-eclâmpsia, internada no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário da UFSC, na percepção da equipe de enfermagem? Quais os cuidados de enfermagem baseados em evidências científicas que devem compor um plano de cuidados para

gestante com pré-eclâmpsia, internada no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário da UFSC?

A literatura é congruente com o evidenciado na realidade do serviço. No que concerne aos cuidados, algumas produções científicas apontam divergências ou limitações na realização dos cuidados e técnicas junto a esta parcela da população. De acordo com o estudo de Silva (2008), a interação entre a equipe de enfermagem e a gestante com diagnóstico de pré-eclâmpsia do ponto de vista da enfermagem e dos profissionais é falha, sendo necessária uma reflexão sobre esta realidade nas instituições de saúde e no ensino de enfermagem.

No estudo de Cunha, Oliveira e Nery (2007) foi relatado que as gestantes internadas com pré-eclâmpsia avaliaram a assistência de enfermagem limitada à verificação da pressão arterial e administração de medicamentos, havendo falta de atenção, apoio e diálogo. O relacionamento equipe de enfermagem/paciente foi considerado frio impessoal e descompromissado. Outros cuidados de enfermagem foram considerados importantes na pré-eclâmpsia e eclâmpsia tais como: o acolhimento e comunicação com as gestantes e os acompanhantes, controles dos sinais vitais, higiene, repouso, mudanças de posição, deambulação, conforto, dieta, lazer e relaxamento, administração de medicamentos, merecendo maior aprofundamento.

Aguiar et al. (2010) relatam que a patologia denominada pré-eclâmpsia é muito estudada, porém no que se refere às condutas de enfermagem e ao manejo da patologia, ainda não há cuidados padronizados, havendo uma lacuna a ser preenchida pelos pesquisadores afins, em especial, os da enfermagem, que são os maiores responsáveis pelo ato de cuidar. Lembram que é fundamental para a prática de Enfermagem a existência de uma linguagem comum, que agilize a formação, a investigação, a decisão clínica em Enfermagem. Já Rocha e Quaresma (2009) e Zampieri (2011) referem que as produções científicas relacionadas ao cuidado e enfermagem, destinadas às gestantes de alto risco ou especiais, ainda são reduzidas.

Esta situação tem gerado angústia e inquietação. Não raramente, no centro Obstétrico tenho compartilhado com as colegas enfermeiras que poderíamos mudar essa prática, sendo o mestrado e a elaboração deste estudo uma oportunidade para refletir sobre este quadro e propor mudanças, no sentido de propor um plano com cuidados específicos a esta clientela.

Para maior eficácia e efetividade dos cuidados é preciso estabelecer plano de cuidados e procedimentos confiáveis, com base em pesquisas, em evidências clínicas e na prática assistencial. É necessário

que estes sejam construídos e planejados de maneira prática e objetiva, com base na realidade e nas necessidades dos clientes, sendo de fácil acesso e utilização (MOREIRA; SOUZA, 2006).

Realizar os cuidados certos, no momento certo, da forma correta para a pessoa certa, com vistas a alcançar os melhores resultados possíveis são princípios que fundamentam a qualidade da assistência e que devem direcionar o cuidado ético e respeitoso dos enfermeiros. Este deve estar embasado nas necessidades da pessoa que busca cuidados de excelência clínica, e em informação científica atualizada e disponível, consideradas boas práticas (PEDREIRA, 2009).

São boas práticas, as que pretendem apoiar a uniformização de atuação dos Enfermeiros, fundamentadas em evidências científicas nacionais e internacionais, respeitando a individualidades e os contextos. Além disso, aquelas que garantam maior efetividade e menos efeitos adversos nas intervenções realizadas, propiciam mais e melhor saúde para a população que é cuidada, promovam a qualidade do cuidado, a segurança e a satisfação dos pacientes e dos trabalhadores da área de saúde nos mais variados processos (PEREIRA, 2013).

As boas práticas neste estudo são práticas de cuidar bem sucedidas, integrais, seguras, humanizadas, personalizadas e qualificadas, sem intervenções desnecessárias, centradas no ser humano (MÜLLER, 2012), direcionadas à mulher que vivencia uma situação de risco, baseadas em fundamentos científicos, encontrados na literatura, associados aos conhecimentos dos experts na área, com vistas a evitar danos, atender as necessidades e garantir a segurança do binômio; a satisfação, participação e o protagonismo dos envolvidos e, melhorar os resultados de saúde materna e neonatal, qualificando a assistência. Constituem os cuidados que devem compor um plano de cuidados.

Os planos de cuidados são instrumentos para o desenvolvimento de pesquisas e, por sua vez, meios de mudanças nas práticas de saúde, diminuindo custos e aperfeiçoando a qualidade da assistência (NOGUEIRA, 2004). Ratificando, Ramos (2008) aponta que os planos de cuidados são uma tentativa de sistematizar, atualizar e padronizar a prática de enfermagem, já que agregam o conhecimento atual aos advindos da pesquisa, podendo ser decisivo no processo de transformação da prática, bem como, na melhoria dos resultados com o cliente.

A construção de um plano de cuidados pode exigir ou não desenvolvimento de um processo educativo. Cardim (2005) ressalta que este não deve ser um processo de persuasão que almeje a mudança de comportamento, mas estratégias pedagógicas que se baseiam na troca de

conhecimentos entre profissionais de saúde e, se possível com os indivíduos envolvidos, com vistas ao aumento das potencialidades dos participantes e da coletividade, condições essenciais para a mudança social. Neste sentido, as quatro etapas da aprendizagem, colocadas por Wall (2001), devem ser consideradas. São elas: “o aprender a conhecer”, ou seja, obter instrumentos para a compreensão da realidade, “o aprender a fazer”, que significa buscar aprofundamento teórico sobre a temática para agir, “o aprender a viver juntos”, possibilitando a participação e cooperação entre as pessoas nas atividades, seja por meio de práticas educativas ou opiniões, e “o aprender a serem”, processo que integra os três anteriores buscando a transformação. Peixoto, Martinez e Valle (2008) reforçam que o aprimoramento técnico e científico do enfermeiro, consegue de forma reflexiva, contribuir no cuidado aos indivíduos dentro de uma equipe multidisciplinar, o que estendemos às gestantes com pré-eclâmpsia, podendo alcançar o equilíbrio e o bem-estar, tanto da mãe quanto do feto, nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

A partir destas reflexões, inquietações oriundas da prática que remetem a inexistência de uniformidade de cuidados direcionados à gestante com pré-eclampsia no contexto da prática e a relevância da temática para qualificação da assistência, esta pesquisa apresenta os seguintes objetivos:

1.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as percepções sobre os cuidados de enfermagem prestados à gestante com pré-eclampsia, internada no Centro Obstétrico, na percepção da equipe de enfermagem;

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a produção científica desenvolvida em âmbito nacional e internacional sobre os cuidados de enfermagem à gestante com pré-eclampsia;
- Construir um plano de cuidados de enfermagem à gestante com pré-eclampsia internada no centro obstétrico com base nas informações da equipe de enfermagem e literatura.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Esta revisão de literatura do tipo integrativa tem como objetivo identificar o que vem sendo produzido no Brasil e em nível internacional, veiculado na literatura sobre as evidências científicas relativas aos cuidados de enfermagem à gestante internada com pré-eclampsia (APÊNDICE A). Busca trazer os principais estudos conduzidos sobre este tópico de interesse. Será descrita na forma de um manuscrito intitulado: Cuidados de enfermagem às mulheres com pré-eclampsia: uma revisão integrativa.

2.1 MANUSCRITO 1 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES COM PRÉ-ECLAMPSIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Sonia Gonçalves Costa Saldias Palácios²
Maria de Fátima Mota Zampieri³

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa que tem por objetivo identificar a produção científica na literatura nacional e internacional sobre os cuidados, de enfermagem, à gestante internada no centro obstétrico com pré-eclampsia. A busca foi realizada nos artigos e *Guidelines* do ano de 2010 a 2015, utilizando como descritores: hipertensão gestacional, pressão arterial, alta toxemia gravídica, cuidados de enfermagem, enfermagem obstétrica, pré-eclampsia, enfermagem baseada em evidências. Mediante a temática e relevância sobre o assunto foram pesquisados no banco de dados 1058 artigos e destes foram selecionados quarenta e quatro artigos e desses quarenta e quatro foram utilizados

²Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC – Florianópolis/SC, Brasil. Enfermeira do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago, UFSC – Florianópolis/SC. E-mail: sonia2719@hotmail.com

³Enfermeira. Docente da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). E-mail: fatimazampieri@gmail.com

treze artigos, duas teses e uma dissertação que obedeciam aos critérios, porém foi necessário aprofundar a pesquisa, em busca de evidências na *WEB*, onde foram encontradas publicações científicas de sociedades que abordam a hipertensão. Dos cem trabalhos encontrados, foram selecionados um manual técnico e nove *guidelines*. Sendo utilizados no total vinte e seis trabalhos classificados como: treze artigos, nove *Guidelines*, duas teses, uma dissertação e um manual técnico do Ministério da Saúde. Estes foram classificados e organizados em uma tabela em relação: ano, tipo de pesquisa, público alvo, objetivo do estudo, instrumento utilizado, nível de atenção, conclusões e profissional. Os resultados foram agrupados pela similaridade de idéias em categorias temáticas. Os estudos oportunizaram rever o cuidado à mulher com pré-eclampsia nos contextos da verificação da pressão arterial, do repouso, do acolhimento e da administração dos medicamentos com base em evidências. Apontaram divergências de condutas em relação a estes cuidados entre artigos e guidelines, havendo ainda poucas publicações que discutem os cuidados específicos de enfermagem. Evidenciaram que assistência de enfermagem qualificada faz a diferença na redução dos agravos e das complicações na pré-eclampsia. Isto só é possível, a partir de uma atualização periódica dos cuidados de enfermagem com base em evidências científicas. A produção de conhecimentos pela enfermagem possibilita a tomada de decisão, dá visibilidade e segurança no exercício da profissão, subsidia e qualifica a assistência.

Palavras-chave: Hipertensão. Pré-eclampsia. Gestação. Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico que envolve transformações biopsicossociais e deve ser encarada pelas gestantes e pelas equipes de saúde como parte de uma experiência normal e saudável na vida de uma mulher. No entanto, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de apresentarem intercorrências e riscos que podem comprometer a vida da mãe e do feto. Dependendo das características

particulares da mulher, a gestação pode ter uma evolução desfavorável, caracterizando-se como gestação de alto risco (BRASIL, 2012).

Diversos fatores podem estar associados ao aumento dos riscos de hipertensão durante a gestação, podendo desenvolver complicações leves, graves e/ou fatais para o organismo. Tais agravos podem estar ligados a fatores biológicos como: idade (menores de 15 anos e maiores de 35 anos), etnia, estado nutricional, bem como condições clínicas preexistentes como diabetes, hipertensão arterial, insuficiência renal crônica; fatores socioeconômicos e ambientais, problemas ou intercorrências na história reprodutiva e obstétrica prévia; acessibilidade aos serviços de saúde e também à qualidade do serviço prestado à gestante desde o pré-natal até o pós-parto. A identificação destes fatores é essencial para detectar precocemente possíveis complicações. Acrescenta-se também, na etnia negra, associado ao aumento do risco de pré-eclampsia, a nuliparidade, o histórico familiar de pré-eclampsia, a trombofilia e o intervalo interpartal superior a dez anos (KACICA et al., 2013).

Dentre as gestações de alto risco, a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) é uma das complicações mais incidentes (LOWE et al., 2014). Das síndromes hipertensivas, a pré-eclampsia e a eclampsia se destacam como principais causas de mortalidade e morbidade materna e perinatal. A síndrome hipertensiva específica da gravidez é a maior causa das mortes maternas em todo o mundo, acometendo de 2 a 10% de todas as gestações atualmente notificadas (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008; AGUIAR et al., 2010; NORONHA NETO; SOUZA; AMORIM, 2010; AMORIM et al., 2010; MORENO; MONTEROS, 2011; GÜLMEZOGLU et al., 2011; TOWNSEND; DRUMMOND, 2011; BRASIL, 2012; BARRA et al., 2012; KATTAH et al., 2013; NOUR et al., 2015), sendo a principal causa de morbidade e mortalidade materna e neonatal.

A maioria das mortes devido à pré-eclampsia e eclampsia é evitável através da prestação de cuidados eficazes e em tempo hábil às mulheres que apresentam essas complicações (WHO, 2014). O desenvolvimento delas é desencadeado a partir da vigésima semana de gestação e se caracteriza pelo desenvolvimento gradual de hipertensão, edema e proteinúria, podendo resultar em convulsões e coma (PEIXOTO; MARTINEZ; VALLE, 2008). Pode ocorrer sem a presença de proteinúria, mas com o aparecimento de outros sintomas como os sinais premonitórios de eclampsia, alteração de enzimas hepáticas, aumento de plaquetas, dor no hipocôndrio direito, problemas renais, ácido úrico acima da normalidade. Normalmente, após o parto, todos os

distúrbios clínicos e laboratoriais costumam voltar ao normal, mas muitas vezes a hipertensão pode persistir por dias, semanas e meses, exigindo assim um monitoramento e retirada lenta da terapia anti-hipertensiva (LOWE et al., 2014). A qualidade da assistência obstétrica e do pré-natal são fatores que influenciam nos riscos, pois a mulher que apresenta esta patologia requer cuidados especiais, exames laboratoriais mais específicos, avaliação fetal criteriosa e possível hospitalização (NOUR et al., 2015).

Em que pese os riscos e o aumento da morbimortalidade materna ainda é reduzida a produção de publicações nesta temática relacionadas aos cuidados, em especial de enfermagem. Levantamento preliminar sobre as publicações existentes aponta que o número de publicações indexadas nacionais que abordam os cuidados, sobretudo de enfermagem na condução da pré-eclampsia e eclampsia e as evidências para realizá-los, é reduzido. Foram encontrados, em 2001 um artigo de revisão sobre as tendências de estudos sobre a pré-eclampsia, em 2008 outro sobre os cuidados de enfermagem na atenção básica e ambas apontaram lacunas em relação aos cuidados de enfermagem e condutas direcionadas à mulher com pré-eclampsia.

Esses aspectos geraram inquietações e a curiosidade para investigar sobre a temática, fazendo emergir a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a produção científica sobre cuidados, em especial os da enfermagem à gestante com pré-eclampsia? Tal questionamento deu origem ao objetivo desta revisão integrativa que é conhecer a produção científica desenvolvida em âmbito nacional e internacional sobre os cuidados de enfermagem à gestante com pré-eclampsia

Townsend e Drummond (2011) afirmam que o enfermeiro está na linha de frente do sistema de cuidados da saúde, e encontra-se na posição estratégica para contribuir na melhora do atual estado de saúde das pacientes, cabendo a estes profissionais, o dever de desenvolver e pesquisas sobre a pré-eclampsia para atuarem de forma responsável e competente como cuidadores, defensores dos direitos e educadores das gestantes.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa que busca reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um delimitado tema, de maneira sistemática e ordenada com a finalidade de contribuir para o conhecimento. Consiste de um instrumento para o aprofundamento do

conhecimento a respeito do tema investigado, permitindo sintetizar múltiplos estudos publicados e conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, bem como, identificar lacunas que precisam de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a realização deste estudo foram percorridas seis etapas:

- **Primeira etapa:** identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;
- **Segunda etapa:** estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura
- **Terceira etapa:** definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos
- **Quarta etapa:** avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa
- **Quinta etapa:** interpretação dos resultados
- **Sexta etapa:** apresentação da revisão/síntese do conhecimento em forma de artigo científico.

Conforme os critérios supracitados à cima, na primeira etapa, descrita na introdução, buscou-se selecionar o tema e a questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa, em consonância com o proposto por Mendes; Silveira; Galvão (2008). Buscou-se também contextualizar a temática e justificar o porquê da realização do estudo.

A segunda etapa consistiu no estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura. Esse procedimento foi conduzido de maneira criteriosa e transparente, tendo em vista que a representatividade da amostra é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais deste tipo de revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Para Ganong (1987), os critérios de inclusão e exclusão devem ser expressos na pesquisa, devendo ser redigidos de forma clara e objetiva, podendo ser reorganizados durante o processo de busca dos artigos.

Inicialmente foram incluídos os artigos publicados em periódicos que tivessem no seu título ou resumo a pré-eclampsia ou síndrome hipertensiva específica da gravidez e cuidados/evidências científicas e com acesso integral do texto na base de dados. Posteriormente, em função dos artigos não trazerem evidências científicas sobre a temática e as informações serem reduzidas, foram incluídas dissertações, teses das bases da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e *guidelines*.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos, dissertações, teses e *guidelines*, na língua inglesa, portuguesa e espanhola, disponível gratuitamente em bases de dados, bibliotecas *online* e WEB, propriedade Google, estimados entre 2010 a 2015. Os locais de busca foram: *PubMed*, desenvolvida pelo *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), *Literatura Internacional em Ciências da Saúde* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Base de Dados de Enfermagem* (BDENF), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Portal de Revistas de Enfermagem*, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *Cochrane Library*;

Sendo definidos os seguintes descritores e palavras chave, utilizados para realizar a pesquisa nas bases de dados:

- a) **descritores em português:** Hipertensão gestacional ou na gravidez, síndromes hipertensivas; Pressão Arterial, Alta Toxemia gravídica, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem Obstétrica, Pré-eclampsia, Enfermagem Baseada em Evidências, Atenção à Saúde Baseada em Evidências; Prática Médica Baseada em Evidências, Cuidados de saúde.
- b) **Descritores em inglês:** *Hypertension Pregnancy-Induced. Pre-Eclampsia. Nursing Care. Obstetric Nursing. Evidence-Based Nursing, care; Evidence-Based Practice; health care.*
- c) **Descritores em espanhol:** *Pre-eclampsia. Hipertensión en el Embarazo. Atención de Enfermería. Enfermería obstétrica. Enfermería Basada en la Evidencia, Práctica Clínica Basada en la evidencia, cuidado de la salud.*

Para chegar aos descritores foram feitos cruzamento das palavras, utilizando os operadores booleanos AND e OR. Foram excluídas da análise artigos que não façam referencia ao tema, editoriais, artigos de opinião, comentários, resumos de anais, ensaios, dossiês, relatos de experiência.

A terceira etapa consistiu na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Para Ganong (1987), as informações coletadas dos estudos devem incluir, por exemplo: o tipo de pesquisa, o tamanho da amostra ou quantidade de sujeitos, metodologia, ano, método de análise e teorias ou conceitos utilizados.

O revisor deste estudo teve como objetivo organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Para tanto, criou um quadro com alguns quesitos a serem pesquisados. As informações abrangeram: o título do artigo e

autoria, fonte, data, tipo de pesquisa, a amostra do estudo (número de sujeitos e quem são eles), local da pesquisa, os objetivos, instrumentos utilizados, local e área profissional.

A quarta etapa consistiu na avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Esta etapa é equivalente à análise dos dados em uma pesquisa convencional. Foi realizada uma leitura aprofundada dos textos, identificando os temas centrais. Os temas foram agrupados de acordo com as ideias similares em categorias e, posteriormente foram analisados. Buscando garantir a validade da revisão, os estudos selecionados foram analisados detalhadamente e de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diversos estudos, conforme preconiza Ganong (1987).

A quinta etapa consistiu na interpretação dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Esta etapa correspondeu à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. O revisor, fundamentado nos resultados da avaliação crítica dos estudos, realizou a comparação com o conhecimento teórico, apontando as conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa, buscando levantar lacunas e ampliar os conhecimentos já existentes. Para Ganong (1987), a interpretação dos resultados é um caminho importante para levantar lacunas de conhecimento e sugerir temas para futuras pesquisas. A sexta etapa consistiu na apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

No período de 2010 a 2015, após a pesquisa em bases de dados, PubMed que é desenvolvida pelo *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Base de Dados de Enfermagem* (BDENF), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Portal de Revistas de Enfermagem*, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Cochrane Library* e *Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior* (CAPES), foram encontrados 1058 artigos. Destes foram separados 44 artigos que obedeciam ao critério de ter os descritores no título e resumo. Após leitura minuciosa foi utilizado apenas 13 artigos, duas teses e uma dissertação que obedeciam aos critérios.

Posteriormente, foi feita nova pesquisa com os mesmos descritores (Hipertensão gestacional, pressão arterial, alta toxemia gravídica, cuidados de enfermagem, enfermagem obstétrica, pré-eclampsia) na WEB, no site de busca *Google*, devido às informações

encontradas serem insuficientes e sem o esclarecimento sobre a evidência científica necessária para a elaboração do plano de cuidado.

Encontramos nesta busca 100 publicações pesquisadas, sendo utilizados um manual técnico e nove *guidelines* fundamentados em níveis de evidência, que obedeciam aos critérios estabelecidos, conforme quadro 2.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi elaborado dois quadros (1 e 2), um sobre os artigos, dissertações, intitulado “Publicações sobre os cuidados à mulher com pré-eclampsia com base na revisão integrativa” e teses e o outro sobre o *guidelines* intitulado:” Guidelines: evidências sobre síndromes hipertensivas com base na revisão integrativa-2016.”. Ambos tem o objetivo de apresentar ao leitor uma síntese dos artigos selecionados para esta revisão integrativa de literatura, abordando os cuidados à mulher com pré-eclampsia e evidencias sobre as síndromes hipertensivas:

Quadro 1 - Publicações sobre os cuidados à mulher com pré-eclâmpsia com base na revisão integrativa.

AUTORES/TÍTULO	ANO	PRODUÇÃO/ TIPO DE PESQUISA	PÚBLICO ALVO	OBJETIVO DO ESTUDO	INSTRUMENTO UTILIZADO	NÍVEL DE ATENÇÃO/ PROFISSIONAL
AMORIM, N.D.M. <i>Avaliação de implementação das ações de controle da gestação de alto risco: cuidados à gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceitos.</i>	2010	Dissertação de Pesquisa Qualitativa Descritiva Transversal	308 gestantes de alto risco e 95 profissionais da área da saúde.	Avaliar o grau de implementação das ações de controle da assistência ao parto da gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e dos cuidados ao recém-nascido exposto em Cuiabá.	Questionário Observação	Hospitalar Enfermagem
AGUIAR, M.I.F. et al. <i>Sistematização da assistência à paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação.</i>	2010	Pesquisa Qualitativa descritiva	15 gestantes	Elaborar um formulário de sistematização da assistência de enfermagem.	Entrevista Questionário	Hospitalar Enfermagem
NORONHA NETO, C.N.; SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R. <i>Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências.</i>	2010	Revisão		Expor tratamentos mais coerentes com a prática médica atual.	51 artigos no período de 1997 a 2010	Hospitalar Medicina
MONTEROS, G.; MORENO, E.M.C. <i>Cuidados de enfermagem em preeclâmpcias atendidas em el hospital Isidro Ayora de Loja</i>	2011	Tese/ Pesquisa Qualitativa Descritiva Transversal	06 enfermeiros	Identificar os cuidados que o profissional de enfermagem do serviço de gineco-obstetria do hospital Isidro Ayora de Loja oferece as pacientes com pré-eclâmpsia.	Observação, Questionário	Hospitalar Enfermagem

TOWNSEND, N.S.; DRUMMOND, S.B. <i>Preeclampsia: Pathophysiology and Implications for care.</i>	2011	Revisão			Estruturar e conscientizar o profissional da saúde fazendo-o compreender a fisiopatologia, saber avaliar, ter planos de gestão e promover uma assistência segura ao paciente.	53 artigos do período de 1990 a 2011.	Hospitalar Enfermagem
BARRA, S.; et al. A. <i>Hipertensão arterial na grávida: o atual estado da arte.</i>	2012	Revisão			Avaliar os avanços científicos mais recentes nas áreas do diagnóstico, fisiopatologia, predição, prevenção e tratamento da hipertensão arterial gestacional.	38 artigos no período de 1994 a 2011 e 2 <i>Guielines</i> no período de 1999 e 2002.	Hospitalar Medicina
KATTAH, A.G.; GAROVIC, V.D. <i>The management of hypertension in pregnancy.</i>	2013	Revisão			Simplificar a classificação dos transtornos da gravidez hipertensos em hipertensão crônica e hipertensão de novo após 20 semanas, simplificar a meta de PA-alvo para menos de 140/90 mm Hg, e recomendar agentes farmacológicos específicos.	66 artigos do período de 1982 a 2012 e 2 <i>guielines</i> do período de 2003 e 2011).	Hospitalar Medicina
FREIRES, M.B. et al. <i>Percepção da gestante pré-eclámpsica quanto a assistência de enfermagem durante o período de hospitalização.</i>	2013	Revisão			Analisar a assistência de enfermagem prestada à gestante com pré-eclâmpsia e proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses.	Publicações no período de 1989 a 2009 e dentre eles: 1 artigo, 2 dissertações, 11 livros, 3 manuais do ministério da saúde e 8 revistas.	Hospitalar Enfermagem
SAMPAIO, T.A.F. et al. <i>Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia.</i>	2013	Revisão			Refletir a importância das intervenções de enfermagem às mulheres com hipertensão gestacional pré-eclâmpsia de modo a atenuar os desafios que enfrentam nesta etapa da vida.	18 artigos do período de 2006 a 2011.	Hospitalar Enfermagem
VASQUEZ, C.L.; ACUÑA, G.P.P. <i>La vivencia de la pré-eclampsia: una dura travesia para la cual no se esta preparada.</i>	2014	Pesquisa Qualitativa fenomenologica	dez mujeres		Descrever experiências de vida sofridas por mulheres grávidas com pré-eclâmpsia grave que eram atendidas no Hospital de São José (Bogotá).	Entrevista a profundidade.	Hospitalar Enfermagem

TANURE, L.M.; et al. <i>Manejo da crise hipertensiva em gestantes.</i>	2014	Revisão			Realizar revisão na literatura médica acerca da nova evidência nas condutas em relação às crises hipertensivas na gestação e quando os valores tensionais elevados devem ser abordados farmacologicamente.	25 artigos do período de 1987 a 2014.	Hospitalar Medicina
OLIVEIRA, G.A.G.; LIMA, S.M.R. <i>Ações do enfermeiro no atendimento da paciente na pré-eclâmpsia.</i>	2014	Revisão			Identificar e descrever as ações do enfermeiro diante os sinais e sintomas da cliente na pré-eclâmpsia.	9 artigos do período de 2002 a 2012 e 2 manuais do Ministério da saúde do período de 2005 e 2014).	Hospitalar Enfermagem
SNYDAL, S. <i>Major changes in diagnosis and management of preeclampsia.</i>	2014	Revisão			Orientar determinada prática diagnóstica e/ou terapêutica e auxiliar profissionais da saúde na tomada de decisões.	53 artigos do período de 1997 a 2013 e 2 <i>guidelines</i> do período de 2010 e 2011.	Hospitalar Medicina
VIEIRA, M.R. <i>Avaliação das medidas de pressão arterial em gestantes com doença hipertensiva gestacional.</i>	2015	Tese/ Quantitativa descritiva	450 gestantes		Avaliar e analisar o comportamento da pressão arterial das gestantes que chegam ao centro obstétrico com hipertensão.	Formulários e pesquisa de 27 artigos do período de 1982 a 2015, 1 manual técnico do Ministério da saúde do período de 2005, 4 <i>guidelines</i> do período de 2002, 2008, 2010 e 2012.	Hospitalar Medicina
XAVIER, R.B.; et al. <i>Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação.</i>	2015	Qualitativa Explicativa	35 mulheres		Possibilitar profissionais e formuladores de políticas públicas melhorarem a atenção à saúde em consonância com: os princípios do direito à saúde, dos direitos reprodutivos, da integralidade da assistência e da promoção da saúde.	Entrevista e pesquisa em 26 artigos do período de 1980 a 2013 e 1 manual técnico do Ministério da Saúde do período de 2012).	Atenção básica Enfermagem
NOUR, G.D.A.; et al. <i>Mulheres com síndrome hipertensiva específica da gravidez: Evidências para o cuidado de enfermagem.</i>	2015	Revisão			Identificar as evidências disponíveis na literatura sobre os conhecimentos e sentimentos de mulheres acometidas pela síndrome hipertensiva específica da gestação e os cuidados de enfermagem diante desse quadro.	21 artigos no período de 2001 a 2014 e 2 manuais do ano de 2000 da Febrago e 2012 do Ministério da Saúde.	Hospitalar Enfermagem

Fonte: Elaborado pelos autores.

A revisão incluiu 26 trabalhos (13 artigos, nove *guidelines*, duas teses, uma dissertação e um manual técnico) foram realizadas nos períodos de dezembro de 2015 a abril de 2016. Conforme o quadro 1, relativos aos artigos, no quesito tipos de pesquisa, foram encontradas três artigos com caráter qualitativo, cinco revisões, uma tese e uma dissertação, realizados pela enfermagem. Identificamos também seis artigos da medicina, sendo cinco revisões e uma tese. Referente ao ano de publicação do artigo e nível de complexidade de atenção à saúde dos trabalhos realizados pela enfermagem, sete foram realizados em nível hospitalar, um na atenção básica, uma tese e uma dissertação ambas em nível hospitalar, sendo que dois foram publicados no ano de 2010, dois em 2011, dois em 2013, dois em 2014 e dois em 2015. Referente aos trabalhos realizados pela medicina em relação ao ano de publicação do artigo e nível de complexidade de atenção à saúde dos trabalhos, todos foram realizados em nível hospitalar, sendo um em 2010, um em 2012, um em 2013, dois em 2014 e um no ano de 2015.

Em relação aos instrumentos utilizados nas pesquisas, dois utilizaram a entrevista, um utilizou entrevista e questionário, dois utilizaram observação e questionário, dez utilizaram artigos para revisões e um utilizou formulário. Em relação ao número de participantes nos estudos, foram totalizados 808 gestantes, seis enfermeiros e 95 profissionais da área da saúde. As revisões incluíram a análise de 388 artigos, nove manuais técnicos, dez *guidelines*, duas dissertações, onze livros e oito revistas.

Quadro 2 - Guidelines: evidências sobre síndromes hipertensivas com base na revisão integrativa-2016.

TUTORIA/ AUTORIA/AREA	LOCAL/ ANO/AREA	INSTITUIÇÃO/ PROFISSIONAIS	OBJETIVO	METODO
DI MARCO, I. et al. <i>Guia de prática clínica: estados hipertensivos del embarazo.</i>	Argentina 2010 Medicina.	Jefa de División Obstetricia, Médica de Planta, División Obstetricia, Jefa de Guardia Domingo, Médico Residente Tocoginecología, Enfermera Unidad II Obstetricia Grupo de Estudios en Hipertensión y Embarazo. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.	Comunicar uma série de recomendações para um atendimento padronizado para pacientes com síndrome hipertensiva da gravidez. Que conta com base nas melhores evidências disponíveis.	Teve como base o Consenso e Maternidade Sarda de 2005, atualizado de acordo com a evidência da GPC de hipertensão e gravidez NICE (Grã-Bretanha, 2010), a Sociedade Guia de Obstetricia da Austrália e da Nova Zelândia (2009), ACOG GPC (USA, 2004) e SOGC CPG (Canadá 2008) e do Ministério da Saúde Nation (2004).
GÜLMEZÖGLÜ, A.M. et al. <i>recommendations for: prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia.</i>	Suíça, 2011 Medicina.	WHO Department of Reproductive Health and Research, WHO Department of Making Pregnancy Safer, WHO Department of Nutrition for Health and Development, Royal College of Physicians, Cochrane reviews, WHO Technical Consultation on the Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia	Melhorar a assistência prestada dando suporte com evidências, políticas e práticas de saúde através de orientações.	A evidência científica para as recomendações foi sintetizada usando a classificação da Avaliação de Recomendações, Desenvolvimento e Avaliação metodológica (GRADE). As recomendações finais foram formuladas e aprovadas por um grupo internacional de especialistas que participaram da consulta técnica da OMS sobre a prevenção e tratamento da pré-eclampsia e eclampsia.
O'LOUGHLIN, C. et al. <i>The diagnosis and management of pre-eclampsia and eclampsia: Clinical practice guideline.</i>	Irlanda 2013 Medicina.	Dr. Clare O'Loughlin and Professor Louise Kenny Consultant Obstetrician and Gynecologist at Cork University Maternity Hospital.	Ajudar todos os profissionais de saúde no diagnóstico e tratamento da pré-eclampsia e eclampsia.	A literatura revisada durante o desenvolvimento destas diretrizes incluiu diretrizes nacionais e locais atuais e suas listas de referência do Reino Unido, Canadá, EUA, Austrália e Nova Zelândia. Além disso, utilizados dados da Medline e na Biblioteca Cochrane entre 2000 e 2010.
BARRERA-CRUZ, A. et al. <i>Guia de prática clínica. de Intervenciones de enfermeria em la paciente com preeclampsia/ Eclampsia.</i>	México 2013 Medicina.	Instituto Mexicano del Seguro Social Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, División de Excelencia Clínica, Distrito Federal México, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco-Obstetricia de CMNO, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México.	Identificar fatores de risco, sinais e sintomas de pré-eclampsia alarme durante o pré-natal e pós-parto paciente com pré-eclampsia/eclampsia.	Revisão. Questões clínicas estruturadas foram formuladas em relação aos fatores de risco, diagnóstico pré-natal e pós-parto paciente com pré-eclampsia/eclampsia. A busca por informações foi feita em sites específicos de diretrizes de prática clínica e PubMed, limitado a documentos publicados nos últimos 10 anos, em Inglês ou espanhol.

<p>HDP CPG et al. <i>Clinical practice guideline: hypertensive disorders of pregnancy</i>.</p>	<p>Toronto 2012 Medicina.</p>	<p>HDP CPG Working Group, Clinical Practice Guideline Committee, Insurance and Risk Management Program, AOM Staff.</p>	<p>Fornecer uma revisão crítica da literatura de pesquisa sobre o rastreio, diagnóstico e tratamento de síndrome hipertensiva específica da gravidez (DHEG).</p>	<p>Revisão. Pesquisa na Medline, CINAHL e Cochrane biblioteca a partir de 1994-2010.</p>
<p>BRASIL. <i>Gestação de alto risco</i>.</p>	<p>Brasília 2012 Medicina.</p>	<p>Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas,</p>	<p>Auxiliar a equipe de saúde, disponibilizando instrumentos no processo de organização da assistência materna e perinatal, uniformizando conceitos e critérios para a abordagem da gestação de alto risco. Cobrir os aspectos clínicos associados à gestação de risco, sem se sobrepor às informações e recomendações de outras normas e manuais técnicos do Ministério da Saúde, incluindo o de pré-natal e puerpério, de doenças sexualmente transmissíveis, de emergências e outros.</p>	<p>Revisão técnica e atualização do conteúdo do manual anterior com inserção de novos capítulos tendo como referência as melhores evidências científicas correntes que orientam determinada prática diagnóstica e ou terapêutica no cuidado e qualificação da atenção à gestante de alto risco.</p>
<p>KACICA, M.; et al. <i>Hypertensive Disorders in Pregnancy. Guideline summary</i></p>	<p>Nova York 2013 Medicina.</p>	<p>New York State Department of Health, NYS DOH Maternal Mortality Hypertension Subcommittee, Island Peer Review Organization (IPRO)</p>	<p>Promover serviços de qualidade e melhorar a comunicação entre a profissionais que prestam cuidados de saúde para as mulheres grávidas, incluindo obstetras, médicos de família médicos, departamento de emergência médicos, parteras, assistentes, enfermeiros e outros.</p>	<p>Revisão da ACOG e diretrizes de American Academy of Pediatrics (AAP), boletins de prática e pareceres das comissões, Sétimo Relatório do Comitê Misto Nacional (JNC) de Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento de Alta Pressão Arterial, o Relatório de 2000 do Programa de Educação Pressão National High Blood (NHBPEP), New York State Medicaid Orientação Clínica de documentos; Instituto de Medicina (IOM) orientações; Cochrane; Royal College de Obstetras e Ginecologistas Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE), Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá (SOGC) e Sociedade de Obstetrícia Medicina da Austrália e Nova Zelândia (SOMANZ).</p>

<p>GILLON, T. E. R.; et al. <i>Hypertensive disorders of pregnancy: A systematic review of international clinical practice guidelines.</i></p>	<p>Barcelona 2014 Medicina.</p>	<p>VU medical Centre, Amsterdam, the Netherlands, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands, Department of Obstetrics and Gynaecology, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada, Child and Family Research Institute, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada, College of Physicians and Surgeons of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada, Department of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada, Department of Medicine, BC Women's Hospital and Health Centre, Vancouver, British Columbia, Canada.</p>	<p>Orientar determinada prática diagnóstica e/ou terapêutica e auxiliar profissionais da saúde na tomada de decisões.</p>	<p>Pesquisas realizadas em MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Avaliações de Tecnologias e banco de dados de resumos de revisões de efeitos (interface Ovid), <i>Google Scholar</i>, <i>registros</i> pessoais, CBPGs em inglês, francês, holandês, ou alemão, usando treze multinacionais e três desenvolvidos para uso da obstetria.</p>
<p>KING EDWARD MEMORIAL HOSPITAL. <i>Clinical Guidelines Obstetric and Midwifery. Pré-eclâmpsia: Care on the antenatal ward.</i></p>	<p>Austrália 2014 Medicina.</p>	<p>King Edward Memorial Hospital, Women and New Born Health Service, Government of Western Australia, Department of Health.</p>	<p>Organizar o encaminhamento precoce para KEMH, se a mulher engravida.</p>	<p>Pesquisa em bancos de dados de The Cochrane Database of Systematic Reviews, artigos e guilddelines de, Government of Western Australia, British Journal of midwifery, Myles textbook for midwives, Oxford University Press e Maternal Newborn Nursing.</p>
<p>LOWE, S. A. et al. <i>The SOAMNZ guideline for the management of hypertensive disorders of pregnancy.</i></p>	<p>Nova Zelândia 2014 Medicina.</p>	<p>Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand.</p>	<p>Avaliar várias estratégias de gestão dentro e entre hospitais. Otimizar os resultados das gestações por pré-eclâmpsia e outras síndromes hipertensivas da gravidez, garantindo a confiabilidade dos resultados relatados, a fim de nortear critérios de diagnósticos de pré-eclâmpsia.</p>	<p>Recomendações de um grupo de trabalho multidisciplinar convocada pela Sociedade de Obstetria Medicina da Austrália e Nova Zelândia.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

Dos treze *guidelines* pesquisados, um foi desenvolvido pela medicina na Argentina no ano de 2010, dois redigidos pela medicina na Irlanda e Suíça no ano de 2011, um foi construído pela medicina em Toronto e outro pela enfermagem no México no ano de 2012, pela medicina em Nova York no ano de 2013. Já no ano de 2014 foram desenvolvidos três, sendo um escrito pela medicina em Nova Zelândia e em Barcelona e um redigido pela enfermagem na Austrália. Estes estudos tratam-se de revisões, observando os níveis de evidência.

De modo a permitir um entendimento dos estudos utilizados nesta revisão integrativa, os resultados dos artigos e *guidelines* foram apresentados de acordo com as seguintes categorias: verificação de pressão arterial, sono e repouso, acolhimento, administração de medicamentos.

CATEGORIA 1: ACOLHIMENTO

Aguiar et al. (2010) relatam a necessidade da utilização de uma sistematização da assistência de enfermagem direcionada a gestante com SHEG, para poder identificar as necessidades de cuidados, determinar prioridades, possibilitar o planejamento e implementação apropriada para promover uma assistência qualificada e humanizada.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), o acolhimento a gestante implica na prática da escuta, envolve a compreensão despida de julgamentos, pois além de qualificar a assistência possibilita estabelecimento de vínculo, maior responsabilização pelo cuidado e adesão as orientações, possibilitando também o manejo sobre situações de vulnerabilidade relacionadas ao processo saúde-doença, sejam elas individuais, sociais e até programáticas.

É durante o acolhimento que a intervenção começa, visto que o estado emocional interfere no sistema cardiovascular. Faz-se necessário um acolhimento humanitário, transmitindo segurança, zelo e amparo frente a essa nova etapa de sua vida. Os profissionais devem adotar um olhar diferenciado para esta mulher nesta situação de saúde particular. Para que o acolhimento humanizado venha a se implementar, é necessário promover e realizar a capacitação sistemática e contínua das equipes, no sentido de melhorar o atendimento e facilitar a adesão as normas e protocolos (AMORIM et al., 2010). A capacitação não se restringe aos profissionais.

Estudos de Oliveira e Lima (2014) demonstram que a ausência de informações claras e objetivas durante o acompanhamento de pré-natal

faz com que a gestante compareça aos serviços de urgência e emergência com frequência desnecessária, podendo camuflar situações clínicas que precisem de ações rápidas, cabendo ao profissional a habilidade da escuta qualificada para identificar e melhorar o entendimento da gestante como também auxiliar na sua tomada de decisões frente ao quadro clínico.

Segundo Freires et al. (2013), espera-se que o profissional esteja preparado para exercer o acolhimento com uma assistência humanizada visando acolher, escutar, informar sobre seu estado de saúde, como também as condutas a serem realizadas, devendo estender o cuidado a todos que estão relacionados no processo de saúde-doença como: paciente, família, profissionais e o ambiente. Deve também compreender o indivíduo em sua totalidade, buscando aproximação, pois o distanciamento existente entre o profissional e a paciente é um dos principais fatores contribuintes para desencadear a desumanização. Portanto, para o devido acolhimento o profissional deve estabelecer um vínculo de confiabilidade, oferecer um atendimento de qualidade, facilitar acesso aos exames, orientar as mulheres e suas famílias quanto aos sinais e aos sintomas que possam surgir durante a gravidez e sobre as providências que tem que tomar para fazer o acompanhamento e controle dos sinais vitais, orientar e acompanhar quanto à dieta hipossódica e hipoprotéica, sugerir repouso e orientar quanto ao ganho de peso exagerado.

Segundo estudos de Sampaio et al. (2013), além do suporte técnico de controle do ambiente para promover o conforto (temperatura adequada, redução de ruídos e adequação do leito, evitando estímulos estressores) é necessário um suporte emocional, sendo necessário identificar o nível de ansiedade e explicar todos os procedimentos, oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico e encorajar a família/acompanhante para que permaneçam junto à mulher, dando apoio e suporte emocional e sejam um facilitadores do contato entre a mulher e o profissional de saúde, fundamental para a melhorada auto-estima da gestante e qualificação do cuidado

Herculano et al. (2011) afirmam que é fundamental que o profissional de enfermagem disponha além de recursos técnicos e relacionais para o desempenho de um cuidado humanizado. O diálogo entre quem cuida e é cuidado contribui para o bem-estar da gestante, auxiliando-a na prevenção e enfrentamento das complicações e do sofrimento. O momento da internação é visto como uma ruptura do ambiente natural, modificando costumes rotineiros, o que gera sentimento de insegurança, preocupação, ansiedade e de medo. Portanto,

cabe ao profissional de enfermagem buscar compreender e valorizar as necessidades individuais de cada mulher que vivencia esta situação de risco contribuindo com a recuperação.

Para Nour et al. (2015), a mulher deve ser acolhida em sua integralidade, devendo ser compartilhadas informações pertinentes a tudo que pode ou não ocorrer relação à sua saúde e de seu filho, cabendo ao profissional contemplar não apenas o tecnológico e o suporte técnico, mas também um cuidado que valorize as questões subjetivas como o estar presente, prestar atenção, respeitar seu momento, levando em consideração fatores emocionais, sociais e psicológicos, valorizando suas trajetórias históricas, culturais e existenciais que podem interferir em sua saúde, com vistas à uma assistência adequada, digna, individualizada e humana com o menor desgaste possível da mulher para enfrentar os riscos, as mudanças gravídicas e os novos papéis sociais. Magee et al. (2014) apontam que a mulher tem perspectivas diferentes dos profissionais em relação a pré-eclâmpsia. Para os autores, esta complicação está relacionada as questões emocionais, a medos e riscos. Para o profissional, está mais centrado no biológico e cuidados. Ressaltam a importância da mulher, acompanhante e familiar ter informações sobre a patologia e cuidados e riscos para a mãe e bebê. O profissional deve checar se ela compreendeu as orientações nos vários atendimentos para que possa participar do seu cuidado. HDP CPG et al. (2012) destacam que as orientações sobre a pré-eclâmpsia devem iniciar no pré-natal.

Assim, é importante que estas mulheres sejam cuidadas por profissionais sensibilizados, que se apropriem da tecnologia e dos conhecimentos científicos para propiciar um cuidado individualizado, centrado na mulher e nas suas demandas, fortalecendo as suas competências para se cuidar e tomar decisões sobre a sua saúde.

CATEGORIA 2: VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Entre os cuidados de enfermagem prestados à mulher com pré-eclâmpsia, o que mais foi mencionado pelas publicações foi a verificação de pressão arterial. Houve algumas divergências nas condutas, sobretudo quando comparamos artigos nacionais e publicações internacionais (artigos e *guidelines*).

Kacica et al. (2013) no *Guideline* de Departamento de Saúde de Nova York, relatam que ambas as elevações da pressão arterial sistólica e diastólica são importantes na identificação da hipertensão específica

da gravidez. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), no guia de gestação de alto risco, e publicações de Moreno e Monteros (2011), Barra et al. (2012), Kacica et al. (2013), Barrera-Cruz et al. (2013), Lowe et al. (2014), Vieira (2015), considera-se hipertensão arterial, valor igual ou superior a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg, após a vigésima semana, baseada na média de pelo menos duas medidas, sendo que as medidas devem distanciar-se um mínimo de quatro a seis horas e no máximo de sete dias completam Barra et al., (2012).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e Kacica et al. (2013) consideram hipertensão gestacional, quando a partir da vigésima semana de gestação, há um aumento na pressão arterial sistólica, superior a 30mmHg, e/ou na pressão arterial diastólica, superior a 15mmHg do valor normal da gestante, conhecido previamente, e confirmado após duas medidas com intervalos de no mínimo quatro horas, estando a paciente sentada e em repouso.

Vieira (2015) refere que apesar da mensuração da pressão arterial ser um procedimento fundamental no acompanhamento obstétrico, sua prática não é padronizada. A verificação da PA deve ser realizada com as gestantes na posição sentada, pés apoiados, membro superior direito na horizontal e a artéria braquial ao nível do coração, sendo sugerido que o intervalo entre as medidas deva ser de quatro horas. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) ratifica e complementa que a pressão arterial deve ser aferida com a gestante sentada, com o braço no mesmo nível do coração e com um manguito de tamanho apropriado, devendo-se dar preferência aos aparelhos de coluna de mercúrio ou aneróides calibrados, sendo que os aparelhos automáticos (digitais) devem ser utilizados se forem corretamente validados para uso em pré-eclâmpsia. Aguiar et al. (2010) afirmam que a aferição dos níveis pressóricos deve ser realizada quatro vezes ao dia, devendo ser realizados preferencialmente em decúbito lateral esquerdo, o que contradiz o exposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) que orienta que deve ser realizada sentada com o braço apoiado a altura do coração. Townsend e Drummond (2011) referem que, a pressão arterial em ambiente hospitalar pode ser avaliada com a paciente sentada ou em decúbito lateral esquerdo com o braço na altura do coração. A paciente deve estar em repouso, em ambiente com temperatura adequada e não falar. O exercício, a temperatura, a dor, a ansiedade, a nicotina e a cafeína podem aumentar transitoriamente a pressão arterial. Se a paciente falar durante a verificação da pressão arterial, esta pode aumentar até 8 a 15mmHg. Kattah et al. (2013) ratificam no artigo que

aborda a temática sobre PA, que as aferições devem ser realizadas com a paciente em posição sentada, com as pernas descruzadas, com as costas apoiadas, sem ter feito uso de tabaco ou cafeína durante trinta minutos antes, com o braço apoiado na altura do coração. Contudo, segundo os autores supracitados, estando à paciente hospitalizada, deverá ser feita a aferição em decúbito lateral esquerdo.

Segundo Barra et al. (2012), Lowe et al. (2014), Kacica et al. (2013) e Aguiar et al. (2010), a hipertensão gestacional grave traduz-se com valores de PA sistólica maior ou igual a 160mmHg ou PA diastólica maior ou igual a 110mmHg ou ambas, podendo ser definida quando realizada repetição da verificação 15 minutos após a primeira avaliação para confirmação dos valores. Snyder (2014), afirma que as elevações da pressão arterial devem ser persistentes para diagnosticar a pré-eclampsia, portanto, a pressão arterial elevada deve ser reavaliada dentro de quatro horas para poder observar persistência antes de qualquer diagnóstico (BRASIL, 2012).

No entanto, se a pressão arterial inicial estiver extremamente elevada, a reavaliação deve ser realizada em quinze minutos em concordância segundo Barra et al. (2012) e Aguiar et al. (2010). Na persistência de 15 minutos de hipertensão grave (\Rightarrow 160/110), é necessária intervenção (KACICA et al., 2013; O'LOUGHLIN et al., 2013), em função do risco de hemorragia cerebral e encefalopatia (LOWE et al., 2014).

Guidelines internacionais referem que a técnica para verificar a pressão arterial deva ser adequada e padronizada para identificar e monitorar a hipertensão. A cafeína e o cigarro devem ser evitados durante pelo menos 30 minutos antes da verificação, a bexiga de preferência deve estar vazia, a paciente necessita ficar em repouso cinco minutos em ambiente calmo e após atividade aguardar 20 minutos. Nem a paciente, nem o observador treinado deve falar durante a mensuração da PA. A pressão arterial deve ser verificada com a mulher sentada em uma cadeira com os pés apoiados no chão, com o braço sobre uma superfície reta em nível do coração (CANADIAN HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY WORKING GROUP, 2012; KACICA et al., 2013; MAGEE et al., 2014; INSTITUTE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS DE IRELAND, 2013; KING EDWARD MEMORIAL HOSPITAL, 2014). O'Loughlin et al. (2013) ratificam que a pressão arterial deva ser aferida com a gestante estando em descanso e sentada em um ângulo de 45 graus com o braço ao nível do coração. Se postura sentada ereta não for possível, a pressão arterial

deve ser medida no DLE, e deve-se reconhecer que a pressão arterial irá diminuir em alguns mmHg.

A braçadeira de pressão sanguínea deve ser apropriada em tamanho de modo que o manguito inflável cubra 75% a 100% da circunferência da parte superior do braço. O'Loughlin et al. (2013), no *Guideline*, relatam que para realizar a aferição deve-se utilizar um manguito de tamanho adequado e, caso a circunferência média do braço for superior a 33 centímetros, se faz necessário o uso de um manguito maior. Segundo os autores, estudos evidenciam que ambas as pressões sanguíneas (sistólica e diastólica) aumentadas associam-se a efeitos adversos para o feto.

A pressão arterial deve ser medida nos dois braços na primeira vez. Idealmente, usar o braço com o maior valor registrado para todas as determinações subsequentes. Diversos estudos apontam que os esfigmomanômetros de mercúrio continuam sendo o padrão ouro para a realização de aferições durante o período gestacional, embora os dispositivos automatizados possam oferecer valores da pressão arterial média semelhantes aos obtidos com esfigmomanômetro de mercúrio. Contudo, pode haver erro em cada situação individual e a sua precisão pode ser ainda mais comprometida em mulheres que apresentam pré-eclampsia (CANADIAN HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY WORKING GROUP, 2012; KACICA et al., 2013; INSTITUTE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS DE IRELAND, 2013; MAGEE et al., 2014; KING EDWARD MEMORIAL HOSPITAL, 2014; LOWE et al., 2014). Em relação aos aparelhos, a leitura automática de pressão arterial oscilométrica pode reduzir o erro do operador e são mais comumente utilizados, mas nem todos os aparelhos foram validados durante a gravidez ou com gestantes acometidas por pré-eclampsia e para fazer uso contínuo os dispositivos automatizados necessitam de validação periódica comparando com dispositivos de mercúrio, visto que podem variar e subestimar a pressão arterial durante a pré-eclampsia (LOWE et al., 2014).

Os esfigmomanômetros aneróides podem ser usados, mas também são propensos a erros, ressaltando que os profissionais da saúde devem garantir que os dispositivos sejam validados e mantidos regularmente calibrados de acordo com as instruções do fabricante. O som Korotkoff fase V (desaparecimento do som) deve preferencialmente ser utilizado para verificar a PA diastólica, porém aceita-se ambos Korotkoff fase IV (abafamento) e V (desaparecimento) (CANADIAN HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY WORKING GROUP, 2012; KACICA et al., 2013; INSTITUTE OF

OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS DE IRELAND, 2013; KING EDWARD MEMORIAL HOSPITAL, 2014; MAGEE et al., 2014).

Segundo o *guideline* elaborado por Di Marco et al. (2010), a aferição deve ser realizada com a paciente sentada, com o braço na altura do coração, utilizando um manguito que cubra a circunferência do braço, sendo evidenciado que o tamanho é importante, pois caso os pequenos manguitos sejam utilizados em pacientes com sobrepeso os valores podem apresentar leituras falsas elevadas. Além disso, o manguito deve ser colocado de dois a três centímetros acima do cotovelo e o estetoscópio; deve ser colocado onde a artéria braquial é sentida, sendo realizada a insuflação da pera do esfigmomanômetro até parar de ouvir o pulso e continuará a encher mais 30mmHg (valores mais altos podem causar dor no paciente), após deve ser liberada lentamente a válvula, e se auscultará a pressão sistólica e diastólica. O braço deve estar apoiado para que os músculos fiquem relaxados e não levem a uma leitura errônea da pressão arterial. Não realizar o procedimento se o paciente estiver com roupas que exerçam pressão no braço. Ademais, a paciente deve estar calma, não deve estar com a bexiga cheia e a temperatura deve ser quente, evitar ambientes frios.

Além da importância da adequada técnica da verificação da pressão arterial, há outros cuidados essenciais, durante a aferição da mesma, para se chegar ao resultado fidedigno, e então promover o cuidado mais específico à gestante com pré-eclâmpsia. Há diferentes compreensões sobre a posição para verificar a P.A., havendo maiores evidências, trazidas nos *guidelines* para realizá-la sentada com o braço apoiado sobre superfície reta em nível do coração. Somente na impossibilidade, realizar no DLE, porém é necessário o profissional ficar atento, pois a PA terá um valor menor do que realmente a mulher apresenta. Desta forma, quando levantar pode apresentar alterações importantes na P.A. Seria importante, que a mulher estivesse com repouso que fosse verificado a P.A. nas duas posições pelo menos uma vez em cada turno para uma aferição mais próxima do fidedigno.

CATEGORIA 3: SONO E REPOUSO

No estudo de Aguiar et al. (2010), a privação do sono nas gestantes foi atribuída a ansiedade e ao estresse, gerado pela patologia e pelos medos que dela advêm, pelos problemas relativos ao ambiente hospitalar, estranho a ela, e pelo desconforto físico em permanecer em

diferentes posições no leito, podendo contribuir para a elevação da P.A. (SAMPAIO et al., 2013) sendo evidenciado que a qualidade do sono interfere na melhora do estado geral da gestante. Sugerem manter a mulher alerta durante o dia e orientar repouso em DLE no leito. Sampaio et al. (2013) reforçam que um dos cuidados que deve ser oferecido é a orientação de repouso relativo, devendo este ser realizado em decúbito lateral esquerdo.

O enfermeiro pode estabelecer intervenções adequadas para minimizar o desconforto das gestantes e contribuir para melhoria da qualidade do sono a partir da implementação de alguns cuidados. O controle da dor e o controle do ambiente promovem conforto e a melhora do sono. Desse modo, o profissional pode oferecer o uso de analgésicos prescritos, atentar-se a temperatura do quarto; providenciar ou retirar cobertores; controlar iluminação do ambiente para facilitar o repouso; procurar prevenir ou limitar ruídos indesejáveis; adaptar o plano de cuidados com o repouso/estado de alerta; prevenir interrupções desnecessárias para permitir o descanso, monitorar e registrar o padrão do sono, auxiliar e limitar o sono diurno com atividades lúdicas (AGUIAR et al., 2010).

Os *guidelines* internacionais trazem evidências que não recomendam o repouso absoluto para todas as mulheres com hipertensão. Não é recomendado o repouso para prevenir pré-eclâmpsia ou síndromes hipertensivas. Para as mulheres com hipertensão gestacional (sem pré-eclâmpsia), repouso relativo no leito no hospital (versus atividade irrestrita em casa) pode ser útil para diminuir a hipertensão grave e trabalho de parto prematuro (nível de evidência I-B-fraco, segundo Magee et al., 2014). No caso das mulheres com pré-eclâmpsia hospitalizadas, sem características graves, WHO (2011), AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2013), CANADIAN HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY WORKING GROUP (2014) e MAGEE et al. (2014), o repouso absoluto não é recomendado (Nível de evidência ID fraco ou moderado). Para a Organização Mundial da Saúde (2011) e Kacica et al. (2013) e *American College of Obstetricians and Gynaecologists* (2013), novas pesquisas precisam ser realizadas nesta temática. A princípio esta conduta pode ser adotada de forma individual para algumas mulheres. Segundo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2013), a recomendação não cobre atividade física geral ou trabalho manual ou no escritório. Para todas as outras mulheres com HDP, a evidência é insuficiente para fazer uma recomendação de repouso no leito como rotina, contudo, podem ser aconselhadas de

acordo com sua situação de saúde (nível de evidência III-C fraco). Tais recomendações se aplicam a mulheres com hipertensão gestacional ou pré-existente (HDP CPG, 2012; CANADIAN HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY WORKING GROUP, 2014). De acordo com Di Marco et al. (2010), o repouso no leito é o tratamento mais prescrito para pacientes com hipertensão gestacional, porém o repouso absoluto não deve ser recomendado como rotina para hipertensão na gravidez, pois o repouso prolongado aumenta o risco de tromboembolismo nestas pacientes.

CATEGORIA 4: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) a terapia anti-hipertensiva deve ser adotada para pressão arterial sistólica igual a 160mmHg e/ou pressão diastólica persistente acima de 105mmHg. As medicações para o controle da hipertensão aguda são: Metildopa (250mg/4x ao dia via oral), Nifedipina (10mg por via oral, repetindo 10mg em 30 minutos, se necessário), Hidralazina (ampola de **20mg/1ml**, dilui-se com **9ml de água bidestilada**). Outra alternativa, administra-se em infusão contínua venosa (20 mg de hidralazina diluídos em 500 ml de soro glicosado a 5%, na velocidade que permita administração de 5 a 10 mg/h). Um cuidado importante a se tomar é verificar a PA de 5 em 5 minutos, por 20 minutos após a medicação e avaliar frequência cardio-fetal por pelo menos 20 minutos após a medicação, ou Nitroprussiato de Sódio (utilizado para hipertensão quando a pressão não responde a Nifedipina ou Hidralazina), se houver sinais de encefalopatia hipertensiva. Utiliza-se com uma taxa de 0,25 microgramas/kg/minuto até uma dose máxima de 4 microgramas/kg/minuto, e não usar por mais de 4 horas. O envenenamento cianídrico fetal pode ocorrer se usado por mais de 4 horas, sendo seu uso restrito as unidades de terapia intensiva. Atentar a menor suspeita de hipotensão rápida ou grave. Em geral a terapia anti-hipertensiva de controle em situações de emergências deve ser gradual até atingir níveis normais (130x80mmHg a 150x100mmHg).

Segundo *King Edward Memorial Hospital* (2014) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), as medicações anti-hipertensivas têm alguns efeitos colaterais que precisam ser monitorados; Nifedipina 10 mg via oral inicia a ação em 10 a 20 minutos, podendo ser repetida após 30 minutos, se a resposta for inadequada. Pode levar cefaléia associada com rubor e taquicardia e hipotensão, sobretudo se a mulher estiver fazendo uso de sulfato de magnésio (KACICA et al., 2013). A mulher pode sentir rubor, dor de cabeça e náusea e hipotensão. Em ambas as drogas são fundamentais controlar os sinais vitais de forma rigorosa. Terapia

hipertensiva no hospital deveria iniciar com nifedipina curta ação por cápsulas, hidralazina parenteral ou parenteral labetalol (forte evidência IA) (MAGEE et al., 2014).

Segundo Snyder (2014), a terapia anti-hipertensiva de primeira linha recomendada para hipertensão grave (pressão elevada de 140 a 160mmHg sistólica e 90 a 100mmHg diastólica) é: Labetalol e Hydralazine, porém Labetalol é contra-indicado caso a gestante tenha usado cocaína ou metanfetamina ou tem asma ou insuficiência cardíaca. Ressalta a importância de não baixar a pressão arterial ainda mais nestes casos, pois pode comprometer a perfusão placentária, acarretando efeitos adversos sobre o feto. Em contrapartida, O'Loughlin et al. (2013), diz que Labetalol é um medicamento de primeira escolha e produz uma redução significativa da pressão arterial materna sem quaisquer efeitos fetais pronunciados, sendo sua dosagem iniciada com 100mg duas a três vezes por dia via oral até uma dose máxima de 2,4g podendo ser repetida a cada trinta minutos se necessário, e relata que é contra-indicado quando a gestante apresenta asma. Tanure et al. (2014) ratifica como tratamento de crises hipertensivas na gestação o uso de: Labetalol, Nifedipina e Hidralazina. Orienta que o Labetalol pode ser administrado em bolus inicial de 20mg e repetido em vinte minutos, se necessário. Devido à ausência de taquicardia reflexa e baixo risco de hipotensão, indica o Labetalol como uma boa opção para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva e infarto agudo do miocárdio. Relata que estudos realizados com Labetalol demonstraram eficácia igual ou maior que a Hidralazina na redução dos valores pressóricos com menos efeitos adversos

Caso o Labetalol seja contra-indicado ou não controle a pressão, orienta-se como segunda escolha a Hidralazina, dada em bolus de 2,5mg ao longo de cinco minutos e realizando aferição da pressão arterial após cinco minutos para verificação da eficácia, e pode ser repetido a cada vinte minutos a uma dose máxima de 20mg (O'LOUGHLIN et al., 2013)

Tanure et al. (2014), O'Loughlin et al. (2013), Townsend e Drummond (2011) acrescentam também que a Nifedipina é uma opção interessante, porém na sua administração de liberação rápida, tanto por via oral como sublingual, é contra-indicada por seu alto potencial de produzir hipotensão grave, acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio. Desta forma, sua administração deve ser lenta de 30mg por via oral, podendo ser repetida em trinta minutos. Deve-se atentar também para interação desta medicação com sulfato de magnésio devido a possibilidade de hipotensão grave, depressão miocárdica e por poder

potencializar e prolongar o bloqueio neuromuscular do sulfato de magnésio.

Nos estudos de Barra et al. (2012), Gillon et al. (2014) e Kattah et al. (2013), o Labetalol, a Nifedipina e a Hidralazina são os fármacos recomendados para o tratamento da hipertensão gestacional grave, cujo objetivo visa atingir valores de PA menor que 160/110mmHg. O tratamento farmacológico utilizado para a hipertensão gestacional leve (PA= 140-159/90-109mmHg) visa obter valores de PA 130-155/80-105mmHg ou 130-139/80-89mmHg em gestantes com comorbidades nefrocardiológicas, sendo os fármacos utilizados: Metildopa, Labetalol, outros betabloqueantes (Metoprolol, Pindolol e Propanolol). O Atenolol não é recomendado por estar associado ao atraso do crescimento intrauterino. Usam-se os antagonistas dos canais de cálcio diidropirínicos, por via oral (preferencialmente a Nifedipina de liberação lenta). Relata também que o uso de diuréticos tiazídicos após o primeiro trimestre não se associou a eventos materno-fetais adversos, porém não demonstrou ajudar a prevenir a pressão arterial elevada ou hipertensão arterial grave.

Snydal (2014) relata que o único tratamento definitivo para a pré-eclampsia é o próprio nascimento, visto que os tratamentos, tais como, a administração de sulfato de magnésio para evitar convulsões e administração de anti-hipertensivos para o controle da pressão arterial visa reduzir o risco de complicações graves, mas o subjacente aos processos de inflamação e ativação endotelial continua a progredir.

Para Noronha Neto, Souza e Amorim (2010), ainda persistem algumas incertezas da melhor forma de tratar os casos de pré-eclampsia, porém é recomendada a droga que o clínico tenha maior familiaridade e relata que os medicamentos mais utilizados para o tratamento das SHEG: Sulfato de magnésio, usado para prevenção da crise convulsiva em gestantes com pré-eclampsia grave e eclampsia. Sendo administrada em dose de ataque IV de 4g, seguido de uma dose de manutenção variando de 1-2g/h em 24horas, devendo atentar-se aos reflexos profundos, frequência cardíaca e respiratória e diurese para nortear a manutenção da terapêutica), Hidralazina (5mg a cada dez minutos até uma dose máxima de 20mg IV), Labetalol (20-80mg a cada dez minutos até uma dose de 300mg IV), Metildopa (750mg/dia com dose máxima de 3g/dia). FEBRASGO (2011) aponta o sulfato de magnésio para profilaxia da eclampsia com conduta conservadora entre 24 e 36 semanas de gestação, podendo ser utilizado durante o trabalho de parto, parto, devendo ser mantido por 24 horas após o parto se iniciado antes do mesmo. Pode ser usado em dois sistemas terapêuticos: Esquema de

Richard e Esquema de Zupam. Aplicar a dose inicial de 4 g $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$, que equivale a 20 ml a 20% (8ml de $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ a 50% (4g) + 12 ml de soro fisiológico a 9%) por via intravenosa aplicada lentamente em 10 ou 20 minutos ou mais, associada a 10 ml (5g) de $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ a 50% aplicada por via intramuscular profundo no quadrante superior lateral da nádega, alternando as nádegas, com agulha calibre 20, (5g em cada glúteo). A manutenção é feita começando através de 1g/hora (10ml de $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ a 50% com 490ml de solução glicosada a 5% a 100ml/hora em bomba de infusão) ou 2g/hora (20ml de $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ a 50% com 480ml de solução glicosada a 5% a 100ml hora em bomba de infusão) ou através da administração de 5 g =10 ml ($\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ a 50%), a cada 4 horas, por 24 horas, também por via intramuscular (Esquema de Prichard). Paciente deve estar em decúbito lateral esquerdo. É administrada independente da função renal, porém a dose de manutenção requer uma avaliação criteriosa da diurese. Para FEBRASGO, vale lembrar as várias formas de sulfato $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ a 50% 1amp -10ml=5 g, $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ a 20% 1amp =10 ml=2g; $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ a 10% 1amp=10 ml=1g, para evitar erros na dosagem cabe ao profissional verificar a concentração antes de realizar qualquer diluição/administração. O Manual técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) adverte que a administração da dose de manutenção deve ser suspensa caso a paciente apresente frequência respiratória menor que 16 por minuto, sem reflexos patelares ou a diurese inferior a 100ml durante as 4 horas precedentes. Deve-se utilizar a técnica de ziguezague para a administração intramuscular. Caso ocorra uma parada respiratória deve-se aplicar o gluconato de cálcio a 10% como antídoto. Na ocorrência de convulsões utiliza-se mais 2g IV e aumenta-se a velocidade de infusão do sulfato de magnésio. Caso persista as crises pode optar pela fenil-hidantoina como dose de ataque: 250mg+ SG5% 250ml IV em gotejamento até completar a dose total de 750mg. Ou Dose de manutenção: 100mg 8/8h IV e, a seguir, 100mg 8/8h VO, até a alta.

Outro esquema é aplicar inicialmente a dose de ataque de 4 gramas de $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ (20 ml de sulfato a 20%) ou 8ml de $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ a 50% (4g) + 12 ml de soro fisiológico a 9% EV em 10 a 20 minutos, seguida de dose de manutenção também por via intravenosa de cerca de 5g (obtida com uma solução de SG 5% 490ml e 10 ml de sulfato de magnésio a 50% 5 g), velocidade de infusão de 16 gotas por minuto por bomba de infusão. Ou ainda dose inicial de $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ a 10% 40ml (4g) administrada lentamente de 10 a 20 minutos com dose de manutenção de $\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ a 10%, ou seja, 50 ml (5 g) em 450 ml

de soro fisiológico via EV por bomba de infusão (ESQUEMA DE ZUSPAM) (FEBRASGO, 2011).

Os seguintes cuidados devem ser sempre observados: aplicação da dose intravenosa deve ser efetuada lentamente (aproximadamente 15 minutos). Na aplicação intramuscular deve-se, primeiramente, realizar rigorosa antisepsia. A solução não deve ser totalmente aplicada no mesmo ponto: a agulha deve ser mobilizada de modo a espalhar o líquido em leque. Aplicação deve ser profunda e pode-se associar lidocaína para diminuir a dor. A administração da manutenção deverá ser suspensa caso a frequência respiratória tenha menos de 16 movimentos por minuto, os reflexos patelares estejam desaparecidos ou a diurese seja inferior a 100 ml durante as 4 horas precedentes (BRASIL, 2012). Deixar preparado o glucanato de cálcio a 10%, uma ampola de 10 ml para aplicação imediata no caso de parada respiratória (Antídoto do sulfato de magnésio) e administrar O₂. Manter material de intubação e de emergência a mão (FEBRASGO, 2011; BRASIL, 2012).

Di Marco et al. (2010) acrescenta que as drogas recomendadas para tratamento anti-hipertensivo para pressão arterial maior ou igual a 140/90mmHg ou menor ou igual a 155/105mmHg por via oral são: Metildopa (500-2000mg/dia), Labetalol (200-800mg/dia) e Nifedipina (10-40mg/dia). Já as drogas anti-hipertensivas por via Endovenosa e oral para tratamento de PA maior que 160x110mmHg são: Labetalol (20mg + 100ml de dextrose 5% com infusão lenta em dez minutos, apresentando efeitos a partir de cinco minutos e manter verificação para dez a quinze minutos, caso não reduzir, aumentar a dose para 40mg +100ml de dextrose 5% IV. Caso persista aumentar a dose para 80mg + 100ml de dextrose 5% IV. Com infusão lenta em bomba de 40ml = 10 ampolas de Labetalol em 160ml de dextrose a 5%, infundindo de 1 a 2ml/min. (1 a 2mg/min.), dose máxima IV= 220-300mg ou 80mg administrada em bolus), Hidralazina (20mg (1ml) + 9ml de dextrose 5% para percorrer 2,5ml (5mg) IV, em seguida continuar com 5 a 10mg a cada 20minutos até uma dose máxima de 40mg). Para tratamento anticonvulsivante usa-se o sulfato de magnésio administrado como dose de ataque (administração em bolus IV de 5g de sulfato de magnésio= 4 ampolas de 5ml ou 2 ampolas de 10ml, 25% em 10ml de dextrose 5% ou ringer IV em bolus lento de 15-20 minutos) e dose de manutenção (Administração IV de 20g de sulfato de magnésio em 500ml de dextrose 5% ou ringer, recomendado por questão de segurança ser administrado em bomba de infusão continua com 21 micro gotas/minuto durante 24horas, mas caso não tenha como usar a bomba de infusão, infundir a 7 gotas/por minuto com extremo cuidado, e se usada como tratamento

para eclampsia e convulsões repetidas recomenda-se dose IV de bolus de 2,5g a 5g de sulfato de magnésio diluído em 10ml de dextrose 5% ou ringer e continuando com dose de manutenção durante 24horas.

Estudos de O'Loughlin et al. (2013) ressaltam que para gestantes sem problemas médicos subjacentes (diabetes ou doença renal), a terapia anti-hipertensiva deve ser usada para manter a pressão arterial sistólica em 130-155mmHg e pressão arterial diastólica em 80-105mmHg, porém para gestantes com problemas médicos subjacentes evidencia s determinam que um controle mais rigoroso é benéfico e o tratamento deve visar manter a pressão arterial sistólica em 130-139mmHg e pressão arterial diastólica em 80-89mmHg.

Os estudos de Lowe et al. (2014) consideram que os fármacos para tratamento anti-hipertensivo de primeira linha incluem Metildopa (250-750mg), Labetalol (100-400mg) e Oxprenolol (20-160mg). Os fármacos de segunda linha incluem Hidralazina (25-50mg), Nifedipine (20-60mg de liberação lenta) e Prazosin (0,5-5mg). Já os medicamentos utilizados para hipertensão grave: Labetalol (20-80mg, máximo 80mg, endovenoso em bolus, repetir em cinco minutos), Nifedipina (10-20mg, Max 40mg, via oral, repetir em trinta a quarenta e cinco minutos), Hidralazina (10mg, Max 30mg, IV em bolus, repetir em vinte minutos), Diazóxido (15-45mg, Max 300mg, IV em bolus rápido, inicialmente repetir em 3-5 minutos e posteriormente a cada 5 minutos).

A terapia anticonvulsivante é indicada para prevenir convulsões recorrentes em mulheres com eclâmpsia, como também naquelas com pré-eclâmpsia grave em detrimento de outros anticonvulsivantes (WHO, 2014). O sulfato de magnésio é a droga de primeira escolha, utilizada em gestantes com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, profilaxia de eclâmpsia e nas situações que se considera a interrupção da gestação, bem nas mulheres sem pré-eclâmpsia severa, mas com hipertensão severa e sinais prodrômicos de eclâmpsia, alterações de enzimas hepáticas e plaquetas Grau de evidência forte- IA (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013; MAGEE et al., 2014). Segundo Oliveira e Lima (2014), a utilização de sulfato de magnésio para a profilaxia de convulsões é amplamente utilizada, contudo, doses, protocolos, via de administração e tempo de utilização ainda não apresentam uma uniformização, e relata ser utilizado também na pré-eclâmpsia leve como profilaxia de convulsões.

Nos estudos de Gülmezoglu et al. (2011), foram realizadas comparações entre os diversos fármacos anti-hipertensivos utilizados e admite-se que mediante a análise a hidralazina é a droga mais estudada e utilizada embora a nifedipina possua associação com a maior redução no

risco de pressão arterial alta persistente. E aponta o sulfato de magnésio como medicamento de primeira opção para prevenção de convulsões durante a pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia.

Contudo, é necessário um instrumento para a padronização das medicações para os casos de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG).

Dominar, especificar e descrever os fenômenos pertinentes à prática de enfermagem obstétrica e trazer o conhecimento teórico à tona possibilita maior visibilidade da responsabilidade dos enfermeiros por estes fenômenos que podem ser vivenciados pelas gestantes. Isso exige, deste profissional, conhecimento científico, julgamento crítico e experiência prática (PASCHOAL, 2006). Exige engajamento e disponibilidade para aprender a aprender e ter consciência que nunca sabe tudo e que o conhecimento é inacabado e precisa ser buscado, tendo por base sua realidade (FREIRE, 2011).

O enfermeiro precisa ser competente e, para tanto, é necessário fortalecer seus potenciais para saber ser e agir com segurança no seu cotidiano; saber aprender a aprender; saber fazer com conhecimento e ação, buscando soluções e transformações em suas condutas. É necessária reflexão crítica, curiosidade, investigação para saber e aprender mais por meio da educação permanente. É necessário investimento na pesquisa e qualificação profissional para desenvolver e ampliar sua capacidade técnica, crítica e interativa (PASCOAL, 2006; MULLER; ZAMPIERI, 2014).

A produção de conhecimentos contribui para a resolução de problemas da prática profissional, dando mais segurança ao profissional e fortalecendo a enfermagem como ciência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos artigos analisados na presente revisão de literatura, os brasileiros, na sua maioria descrevem alguns cuidados, mas não apontam as evidências para fundamentá-los. Os *guidelines* e artigos estrangeiros normalmente trazem este embasamento. Consta-se que os *guidelines* centram-se mais nos aspectos biológicos e técnicos e trazem poucos aspectos em relação a humanização e acolhimento, o que é mais evidente nos artigos brasileiros.

Há uma divergência de condutas entre os artigos e os *guidelines* em relação à posição para verificação da PA e repouso. Todos são unânimes em considerar que os cuidados são fundamentais para uma

boa evolução do quadro e para o bem-estar da mulher e bebê. Constatou-se também que há poucos artigos e *guidelines* que discutem os cuidados específicos de enfermagem, sendo que a maioria se referem às condutas médicas, evidenciando uma lacuna na literatura por falta de pesquisas qualitativas e sobretudo quantitativas na enfermagem.

A assistência de enfermagem é um serviço indispensável na vigilância e reconhecimento das características clínicas desta patologia, identificação de aspectos subjetivos inerentes a gestação e existência, vividos pela mulher. Sua prática realizada de forma adequada é capaz de reduzir os agravos e complicações geradas pela Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação.

Entendendo que o profissional de enfermagem desempenha função fundamental no atendimento ao ser humano em todas as dimensões 24 horas, fazem-se necessários que os serviços de saúde promovam a educação permanente para que estes se mantenham atualizados e capacitados sobre as enfermidades/cuidados/relações para atuar dentro de suas competências e responsabilidades. Neste processo, acolher, compartilhar informações e experiências, ouvir, sanar dúvidas, angústias, medos e estimular anseios e esperanças da gestante, a fim de diminuir a vulnerabilidade e aumentar a predisposição da paciente para a superação das dificuldades adquiridas e influenciáveis do seu estado de saúde, é importante.

É prioritária a realização de pesquisas voltadas para o cuidado da gestante com pré-eclâmpsia, a fim de que os profissionais da saúde, principalmente enfermeiros e técnicos de enfermagem, sintam-se mais preparados e tenham maior segurança para desenvolver suas práticas. Além disso, possam construir um plano de cuidados com padronização de cuidados adaptáveis as necessidades específicas das mulheres, atualizado e claro que contemple as boas práticas cientificamente aceitas e possíveis, para ser implementada na atenção à pré-eclâmpsia como norte das intervenções, quando forem necessárias, contemplando ambos o olhar clínico e humano, qualificando o cuidado. Este tema ainda precisa ser aprofundado, ainda se encontra inacabado, necessitando o desenvolvimento de novos estudos. Recomenda-se realizar pesquisas em outros cenários de atuação públicos como a atenção primária e secundária, em outros contextos públicos e privados com outros sujeitos acompanhantes, mulheres, gestores e os diferentes profissionais de saúde envolvidos a com a mulher nesta situação de saúde. Torna-se fundamental desenvolver novas revisões integrativas e sistemáticas sobre esta morbidade.

Esta revisão serve de subsídios para o cuidado à mulher com eclampsia. A produção de conhecimentos pela enfermagem possibilita a este profissional tomar decisões e fazer escolhas, fortalece o pensar e o fazer, dá visibilidade e segurança no exercício da profissão, subsidia e qualifica a assistência.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. I. F. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.11, n. 4, p.66-75, out/dez 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a07v11n4.pdf>. Acesso em: 20 maio 2016.

AMORIM, N. D. M. **Avaliação de implementação das ações de controle da gestação de alto risco**: Cuidados a gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceitos. 2010. 110p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <<http://migre.me/uHnwt>>. Acesso em: 20 maio 2016.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Weight gain during pregnancy. Committee Opinion n°. 548. American College of Obstetricians and Gynecologists. **Obstetrics and gynecology**, v. 121, p. 210-12, 2013.

BARRA, S. et al. Hipertensão arterial na grávida: o atual estado da arte. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 31, n. 6, p. 425-432, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/257264606_Hipertensao_artorial_na_gravida_o_atual_estado_da_arte>. Acesso em: 20 maio 2016.

BARRERA-CRUZ, A. et. al. Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia/eclampsia. **Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 21, n. 2, p. 91-104, 2013. Disponível em: <<http://migre.me/uHYqn>>. Acesso em: 20 maio 2016.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**. Brasília: Editora do

Ministério da Saúde, 2012. 302 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 20 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestantes de alto Risco**: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 2011 Jun 27; Seção 1. Disponível em: <<http://migre.me/uT1eG>>. Acesso em: 01 maio 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de informática do SUS. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 20 janeiro 2016.

CANADIAN HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY WORKING GROUP (Org.). Association of Ontario Midwives. **Hypertensive Disorders of Pregnancy**. Association of Ontario Midwives, 2012. Disponível em: <<http://migre.me/uLKDP>>. Acesso em: 20 maio 2016.

CARDIM, M. G.; et al. Educação em saúde: teoria e prática de alunos de graduação em Enfermagem. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, n. 1-2, p. 57-64, 1-2 sem. 2005.

CUNHA, K. J. B.; OLIVEIRA, J. O.; NERY, I. S. Assistência de Enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia. **Escola Anna Nery**, v. 11, n. 2, p. 254-260, 2007. Disponível em: <<http://migre.me/uLLxf>>. Acesso em: 26 agosto 2016.

DI MARCO, I. et al. Guia de practica clinica: Estados hipertensivos del embarazo 2010. **Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá**, v. 79, n. 4, 2011. p. 70-93. Disponível em: <<http://migre.me/uHnAH>>. Acesso em: 20 maio 2016.

DRUZIN, M. L.; et al. **Preeclampsia Toolkit**: Improving Health Care Response to Preeclampsia (California Maternal Quality Care

Collaborative Toolkit to Transform Maternity Care). Child and Adolescent Health Division, p. 91-32, 2013. Disponível em: <http://www.pqnc.org/documents/cmop/cmopresources/CMQCC_Preeclampsia_Toolkit_1.17.14.pdf>. Acesso em: 30 abril 2015.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia Gestação de Alto Risco. **Manual de Orientação Gestação de Alto Risco**. 2011. Disponível em: <<http://migre.me/uHYeD>>. Acesso em: 20 maio 2016.

FREIRES, M. B. et al. Percepção da gestante pré-eclâmpsica quanto a assistência de enfermagem durante o período de hospitalização. **Revista de psicologia**, ano 7, n. 19, 2013. Disponível em: <<http://idonline.emnuvens.com.br/id>>. Acesso em: 20 maio 2016.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREIRE. Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, Hoboken, v. 10, n. 1, 1987, p. 1-11.

GILLON, T. E. R. et al. Hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review of international clinical practice guidelines. **PLOS ONE**, v.9, n. 12, 2014. Disponível em: <<http://migre.me/uHotb>>. Acesso em: 20 maio 2016.

GOUVEIA, H. G.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 175-182, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 06 de janeiro 2013.

GÜLMEZOGLU, A. M. et al. **WHO Recommendations for Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia**. 2011. 38 p. Disponível em: <<http://migre.me/uSVmO>>. Acesso em: 20 maio 2016.

HDP CPG et al. **Clinical practice guideline: Hypertensive disorders of pregnancy.** Toronto, 2012.

HERCULANO, M. M. S. et al. Aplicação do processo de enfermagem a paciente com hipertensão gestacional fundamentada em Ordem. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 2, 401-8, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/171/0>>. Acesso em: 20 maio 2016.

INSTITUTE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS. **Clinical Practice Guideline: The Diagnosis and Management of Pré-eclampsia and eclampsia.** v. 1, n. 3, 2013.

KING EDWARD MEMORIAL HOSPITAL. **Women and newborn health service dpms obstetrics and midwifery guidelines clinical guidelines complications of pregnancy hypertension in pregnancy,** 2014. Disponível em: <http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guidelines/sectionb/2/5146.pdf>. Acesso em: 20 maio 2016.

KACICA, M. et al. **Hypertensive Disorders in Pregnancy**, New York State Department of Health, 2013 Disponível em: <<http://migre.me/uLKEz>>. Acesso em: 20 maio 2016.

KATTAH, A. G. et al. The Management of Hypertension in Pregnancy. **Advances in chronic kidney disease**, v. 20, n. 3, p. 229-39, 2013. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg107?unlid=715333182201621351854>>. Acesso em: 20 maio 2016.

LAMBERT, G. et al. Preeclampsia: an update. **Acta anaesthesiologica Belgica**, v. 65, n. 4, p. 137-49, 2014.

LEFEVRE, M. L. Low-Dose Aspirin to Prevent Morbidity and Mortality from Preeclampsia. **Annals of Internal Medicine**. United State, v. 161, n. 11, p. 819-827, Dec. 2014. Disponível: <<http://annals.org/article.aspx?articleid=1902275>>. Acesso em: 29 de abril 2014.

LOWE, S. A. et al. **The SOMANZ guideline for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2014.** Society of Obstetric

Medicine of Australia and New Zealand (SOMANZ), 2014. Disponível em: <www.somanz.org/>. Acesso em: 20 maio 2016.

MAGEE, L. A. et al. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, v. 36, n. 7, p. 575-576, 2014. Disponível em: <<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/7351><http://migre.me/uSZK0>>. Acesso em: 20 maio 2016.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MOREIRA, M. C.; SOUZA, S. R. **Procedimentos e protocolos**. v.1. Rio de Janeiro: LAB, 2006.

MORENO, E.; MONTEROS, L. G. **Cuidados de enfermagem em pacientes preeclámpticas atendidas em el hospital Isidro Ayora de Loja, septiembre 2010- abril 2011**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Carrera de Enfermería, Universidad Nacional de Loja, Ucuador. 2011. Disponível em: <<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/7351>>. Acesso em: 20 maio 2016.

MÜLLER, E. B.; ZAMPIERI, M. F. M. Prática educativa com enfermeiras visando o cuidado humanizado ao recém-nascido no centro obstétrico. **Texto & Contexto- Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 782-90, 2014. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2014/23782.php>>. Acesso em: 20 maio 2016.

MÜLLER, E. B. **Cuidados ao recém-nascido no Centro Obstétrico: uma proposta de enfermeiras com base nas boas práticas**. 2012. 209 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2012.

NOGUEIRA, I. A. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **Enfermagem**. Boletim INFOSAÚDE. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1. 2004.

NORONHA NETO, C.; SOUZA, A. S. R. de; AMORIM, M. M. R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, v. 32, n. 9, p. 459-68, 2010. Disponível em: <<http://migre.me/uUeLo>>. Acesso em: 05 setembro 2016.

NOUR, G. F. A et al. Mulheres com síndrome hipertensiva específica da gravidez: Evidências para o cuidado de enfermagem. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/620>>. Acesso em: 20 maio 2016.

O'LOUGHLIN, C. et al. **The Diagnosis and Management of Pré-eclampsia and eclampsia**. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Clinical Strategy and Programmer Directorate, Health Service Executive. v.1, n3, September, 2013. Disponível em: <<http://migre.me/uSVEE>>. Acesso em: 20 maio 2016.

OLIVEIRA, G. A. G; LIMA, S. M. R. **Ações do enfermeiro no atendimento da paciente na pré-eclampsia**. Especialização. Enfermagem em Emergência, Salvador, 2014. Disponível em: <<http://migre.me/uT0IK>>. Acesso em: 20 maio 2016.

PASCHOAL A. S, MANTOVANI M. F., LACERDA, M. R. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 336, 2006. Disponível em: <<http://migre.me/uLKF6>>. Acesso em: 20 maio 2016.

PEDREIRA, M. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.1, p.880, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/07.pdf>>. Acesso em: 05 setembro 2016.

PEIXOTO, M. V.; MARTINEZ, M. D.; VALLE, N. S. B. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem. **Rev. Edu., Meio Amb. e Saúde [Internet]**, v. 3, n. 1, p. 208-22, 2008. Disponível em: <<http://migre.me/uHnPG>>. Acesso em: 20 maio 2016.

PEREIRA, M. L. L. **Saúde da mulher**: boas práticas e autonomia após a alta clínica. 116f. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, 2013.

RAMOS, C. C. S. Monitorização hemodinâmica invasiva a beira do leito: avaliação e protocolo de cuidados de enfermagem.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, n. 3, set.2008. Disponível em: <<http://migre.me/uLM2c>> Acesso em: 06 de janeiro 2013.

ROCHA, C. R; QUARESMA, M. L. J. Percepção das gestantes especiais: bases para o cuidado de enfermagem. **Rev. de Pesq. Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 132-143, set-dez. 2009. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/327>>. Acesso em: 10 maio 2015.

SAMPAIO, T. A. F. et al. Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. **Revista Saúde Física & Mental**, v. 2, n. 1, p. 36-45, 2013 Disponível em: <<http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/SFM/article/view/791>>. Acesso em: 20 maio 2016.

SNYDAL, S. Major changes in diagnosis and management of preeclampsia. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 59, n. 6, p. 596-605, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25377651>>. Acesso em: 20 maio 2016.

SOUZA, N. L; ARAUJO, A.C.P.F; COSTA, I.C.C. Significados atribuídos por puérperas as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1285-92, abr. 2011.

TANURE, L. M. et al. Manejo da crise hipertensiva em gestantes. **Femina**, v. 42, n. 4, 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n4/a4589.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2016.

TOWNSEND, N. S.; DRUMMOND, S. B. Preeclampsia: Pathophysiology and implications for care. **The Journal of perinatal &**

neonatal nursing, v. 25, n. 3, p. 245-252, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21825914>>. Acesso em: 20 maio 2016.

VÁSQUEZ, C. L.; ACUÑA, G. P. P. La vivencia de la pre-eclampsia: una dura travesía para la cual no se está preparada. **Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud**, v. 46, n. 2, p. 159-168, 2014. Disponível em: <<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/4365>>. Acesso em: 20 maio 2016.

VIEIRA, M. R. **Avaliação das medidas de pressão arterial em gestantes com doença hipertensiva gestacional**. Tese. (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/7930>>. Acesso em: 20 maio 2016.

XAVIER, R. B. et al. Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1109-20, 2015. Disponível em: <<http://migre.me/uSW0o>>. Acesso em: 20 maio 2016.

World Health Organization (WHO). **Cause-specific, mortality and morbidity**: Maternal mortality ratio by country. Global Health Observatory Data Repository. World Health Organization, Geneva. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.15>>. Acesso em: 20 maio 2016.

WALL, M. L. **Tecnologias educativas**: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB editora, 2001.

ZAMPIERI, M. F. M. Cuidados de enfermagem na gestação de alto risco. In: **PROENF**. Programas de atualização em Enfermagem. Saúde materna e Neonatal. Porto Alegre: ARTMED, 2011

3 MARCO CONCEITUAL

Trata-se de um conjunto de elaborações mentais sobre aspectos relacionados ao objetos em estudo, constituindo-se conceitos, uma construção logicamente organizada, que serve para direcionar o processo de investigação e da ação (NEVES, 2006)

O marco conceitual permite ao investigador projetar sua estratégia de maneira conjunta com os demais saberes e em ordem coerente, tornando-se um instrumento importante e necessário para o entendimento do conhecimento, como também contribui para com o avanço da construção do saber. (FAVERO, WALL, LACERDA, 2013)

Consiste de uma ferramenta importante para o planejamento de uma determinada ação, e na análise de documentos/discursos, a fim de tornar adequado e coeso para transmitir o conhecimento neles contidos, para melhor visualização do contexto. Segue uma ordem, dando sentido ao que é mostrado, sendo um recurso de aprendizagem coerente para um bom entendimento, para integrar, reconciliar e diferenciar conceitos. (MOREIRA, 2010)

Para embasar teoricamente este estudo, a coleta e a análise dos dados, utilizaram-se alguns conceitos, com base em ideias próprias e de Freire, a saber: ser humano, gestante de alto risco, equipe de enfermagem, gestação, cuidados de enfermagem, ambiente, boas práticas, plano de cuidados e percepção.

SER HUMANO: O ser humano é um ser histórico, complexo e inacabado, um ser em construção, que nasce com capacidades para aprender, ensinar e “ser mais”. Ser no mundo, comprometido com a busca permanente de aprimoramento, capaz de intervir neste mundo e na sua vida para ser, estar e fazer melhor. Através de suas vivências é capaz de sonhar, refletir, criar, recriar, agir, com vistas a transformar a si próprio e à realidade (FREIRE, 2009). Têm potenciais e conhecimentos que podem ser utilizados para aperfeiçoar as atividades laborais que desenvolve no seu cotidiano e prol dos outros seres humanos com quem e para quem atua. Neste estudo, são seres humanos, tanto os membros da equipe de enfermagem que prestam o cuidado, como a gestante com pré-eclampsia que recebe este cuidado e seus familiares, sobretudo o acompanhante.

EQUIPE DE ENFERMAGEM: grupo de profissionais constituídos: pela enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem que prestam cuidados as mulheres que internam no Centro obstétrico para conduzirem o processo de parturição, bem como as mulheres que

necessitam cuidados especiais, as denominadas gestantes de alto risco. São seres humanos comprometidos e responsáveis com a realidade. Estão inseridos e atuam em uma instituição de saúde pública, apresentam conhecimentos e práticas que podem contribuir para aperfeiçoar, qualificar, humanizar e transformar os cuidados direcionados às gestantes e parturientes, internadas no CO. Os profissionais de enfermagem atuam em equipe, acompanham o processo de cuidado e cuidam durante toda a internação da gestante com pré-eclâmpsia, buscando promover a melhor e mais rápida recuperação da gestante durante a internação no CO, evitando intervenções desnecessárias, em consonância as melhores evidências científicas. Neste processo, o acolhimento, o apoio e os cuidados oferecidos pela enfermagem são essenciais ao bem-estar da gestante internada no CO, portadora de pré-eclâmpsia e seu acompanhante. Os membros da equipe de enfermagem são profissionais ativos, seres no mundo; críticos, reflexivos, providos de preparo técnico, responsáveis, criativos, que dialogam, interagem, criam e recriam. Apresentam potencialidades, curiosidade e inquietação. Buscam refletir sobre a realidade em que atuam e sobre suas ações, procuram ir além, aprendendo e ensinando nas relações com seus pares e outros profissionais. Buscam inovações, aprimoramentos de suas práticas, especializarem-se, aperfeiçoar-se, por meio da leitura de *experts* na área, da reflexão e do diálogo. Podem refletir sobre a sua prática com o intuito de desvelá-la e conhecê-la, mas também para superar divergências existentes na forma de conduzir e realizar os cuidados (adaptado de MÜLLER, 2012). Assim, no cotidiano do trabalho, a enfermeira e demais membros da equipe de enfermagem/saúde devem estar atentos a prática diária refletir sobre a mesma e buscar qualificá-la, centrando-a no ser humano, na atenção integral as suas necessidades, nos seus conhecimentos prévios e nas evidências científicas.

GESTAÇÃO: A gestação é um período complexo, individual e social, de intensas transformações no âmbito psicológico, sociocultural e físico e no ritmo de vida da mulher, companheiro e família. Normalmente evolui sem complicações e intercorrências, dentro da normalidade e de forma saudável. Contudo, algumas mulheres têm maior probabilidade de apresentarem agravos, aumentando o risco de uma evolução adversa tanto para ela quanto para o feto, sendo denominadas de gestantes especiais ou de alto risco, dentro do enfoque de risco, estabelecido epidemiologicamente.

GESTANTE DE ALTO RISCO: A gestante de alto risco é uma mulher que está acompanhada por sua família que é presença no mundo,

com o mundo e com os outros. Passa por três situações, a existencial, inerente a qualquer ser humano, a gestação/maternidade e as transformações delas decorrentes, e os medos e riscos da patologia, etapas críticas em sua vida que geram fragilidade emocional e sobrecarga psíquica e física. Vivência sentimentos contraditórios de medo por sua sobrevivência e do bebê, tristeza e culpa por achar que não conduziu a gravidez como devia e pelo distanciamento dos familiares e de outros filhos; ansiedade diante do repouso e necessidade de internação, confiança e esperança que os cuidados prestados possam culminar com um desfecho favorável e o nascimento de um bebê hígido e sem complicações (OLIVEIRA; ZAMPIERI; BRUGGEMANN,2001). Na gestação, uma complicação que tem probabilidade de acontecer é a síndrome hipertensiva, em especial a pré-eclâmpsia, que pode gerar agravos para a mãe e seu filho. A gestante internada portadora de pré-eclâmpsia merece uma atenção especializada dos profissionais de saúde, necessita de cuidados específicos de enfermagem de acordo com o quadro clínico, que levem em consideração a multidimensionalidade do ser humano e suas demandas, fundamentados nas melhores evidências científicas possíveis, que a auxiliem a superar os problemas e tratar os agravos, oriundos do seu quadro clínico e também fortaleçam suas capacidades para se cuidar e aumentar sua autoestima. Neste estudo, ela não é uma participante direta, contudo os resultados deste estudo podem contribuir para melhorar a sua saúde e para o seu emponderamento para fazer escolhas.

CUIDADOS: Os cuidados às gestantes internadas com pré-eclâmpsia no CO são ações desenvolvidas pelos profissionais que visam o bem-estar e o ficar melhor, tanto da gestante quanto de sua família. São cuidados complexos e não simplesmente técnicas de aferição de pressão arterial e de proteinúria ou realização de procedimentos. Inclui as boas práticas em obstetrícia. Envolve atenção personalizada, humanizada integral e interdisciplinar. O cuidado de enfermagem à gestante com pré-eclâmpsia é uma ferramenta fundamental para que se possa mudar a realidade brasileira em relação à morbimortalidade materna e neonatal.

BOAS PRÁTICAS: Cuidados embasados nas melhores evidências científicas direcionados à gestante com pré-eclâmpsia internada no CO. São ações de saúde seguras, respeitadas, éticas, personalizadas, integrais, humanizadas e qualificadas, baseadas em fundamentos científicos atualizados e disponíveis, encontrados na literatura, centradas na gestante e suas necessidades, respeitando individualidades e contextos, que buscam promover a saúde e a

qualidade do cuidado, prevenir complicações, propiciam mais e melhor saúde para a população que é cuidada, evitando intervenções desnecessárias. São denominadas de boas práticas na área obstétrica e neonatal (MÜLLER, 2012; PEDREIRA, 2009). As boas práticas são desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem/saúde, sobretudo, enfermeiros e técnicos de enfermagem, buscando evitar danos, atender as necessidades e garantir a segurança do binômio, a satisfação, participação e o protagonismo dos envolvidos e, melhorar os resultados de saúde materna e neonatal.

AMBIENTE: O contexto deste estudo e da prática de cuidados é o centro obstétrico. O Centro obstétrico é espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. No caso da gestante que vivencia uma gravidez de alto risco, especificamente a pré-eclampsia, necessita-se um ambiente tranquilo, com poucos estímulos sonoros e luminosos e que facilite o repouso. Um ambiente que permita a presença e a inserção do acompanhante, pessoa da escolha e da referência da mulher, com os equipamentos necessários para prestar uma atenção especializada à mulher. Ademais, um ambiente, que no caso de repouso relativo, possibilite a mulher ter acesso alguma atividade ocupacional e comunicação com os membros da família, contribuindo para diminuir sua ociosidade e ansiedade decorrente da internação e distanciamento dos familiares.

PLANO DE CUIDADOS: O plano de cuidados é constituído dos cuidados, com base nas evidências científicas que poderá ser utilizado pela equipe de enfermagem, permitindo uma assistência de qualidade. É tentativa de sistematizar, atualizar e padronizar a prática de enfermagem, agregando o conhecimento científico atual, advindos da pesquisa e troca de conhecimentos e experiências dos profissionais, a partir das necessidades dos indivíduos, e da coletividade, condições essenciais para a mudança social, podendo ser determinante no processo de transformação da prática (NOGUEIRA, 2004; RAMOS, 2008). Neste pesquisa, o plano de cuidados é o produto final que contempla os cuidados para mulher com eclampsia, baseado em evidências científicas

PERCEPÇÃO: A percepção é um fenômeno complexo, que resulta de um conjunto de processamentos psicológicos humanos que envolvem sensações, memórias, associações e comparações. Tal complexidade é explicada pelo fato de implicar em cresças, sentimentos, reações mentais que se desencadeiam e se processam. Comumente é utilizado o termo percepção para se referir principalmente a opinião ou atitudes, e não se baseia em uma visão superficial do objeto, pois

envolve experiências vividas e que refletem a suposição do real, sendo o real aquilo que é percebido e interpretado de formas diferentes para cada indivíduo. A percepção está organizada em formas e estruturas dotadas de sentido, sendo baseada na relação do sujeito com o mundo exterior, no qual o sujeito dá sentido e valores às coisas percebidas, pois suas experiências são partes de sua vida em sua interação com o mundo, envolvendo toda a sua personalidade, história pessoal, afetividade, desejos e paixões. (CHAUI, 2000).

Neste estudo se refere às diferentes abstrações, distintas interpretações impressões sensoriais, ou seja, o que observam e sentem os membros da equipe de enfermagem em relação aos cuidados prestados às mulheres com pré-eclâmpsia.

4 MÉTODO

A pesquisa envolve diversos passos para estabelecer os parâmetros para formalizar a proposta de cuidados.

Entendemos por método o que direciona e o que instrumentaliza a própria abordagem da realidade. O processo de desenvolvimento das coisas torna-se o próprio método. Ele inclui a abordagem e suas as concepções teóricas, como também o conjunto de técnicas que ajudam na apreensão da realidade, possibilitando a expressão da criatividade do pesquisador e o seu o potencial (MINAYO, 2010).

As etapas propostas foram descritas nos itens subsequentes e para isso utilizaremos os pressupostos de Minayo (2010) que remete à “relação existente entre a teoria, resultados e a prática”. De acordo com a proposta de Minayo, a metodologia compreende as seguintes etapas: tipo de pesquisa, contexto do estudo, sujeitos envolvidos, coleta de dados, registro e organizações das informações e será descrita nos tópicos a seguir.

4.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratório-descritiva. Segundo Polit e Beck (2011), a pesquisa é uma atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. Assim, a pesquisa procura vincular o pensamento e a ação. Tem por objetivo responder e solucionar problemas relevantes na área de saúde, e em especial na enfermagem.

A pesquisa de caráter qualitativo trata de práticas e interações dos sujeitos na vida cotidiana, não reduzidas a simples variáveis, mas tratadas em sua totalidade (FLICK, 2009). Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo, pois buscam estudar e compreender mais amplamente possível os fenômenos em seus cenários naturais, tentando estudá-los, interpretá-los, compreender os significados que as pessoas a eles conferem. Não são medidos ou examinados experimentalmente em termos de quantidade, volume, intensidade e frequência (DENZIN; LINCOLN, 2007).

O método qualitativo é aquele que se aplica ao estudo de história, das relações, representações, percepções, opiniões, significados, produtos de interpretações dos seres humanos, relativos ao modo como

vivem, sentem, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos. Este tipo de pesquisa que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos individuais e sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos/segmentos particulares e delimitados, propicia a construção de novas abordagens, revisão e construção de novos conceitos e categorias de investigação (MINAYO, 2010).

A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema (explicitá-o), visto que este ainda é pouco conhecido, pouco explorado. Tem o objetivo de explicitar o fenômeno melhor. Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso (GIL, 2008).

A Pesquisa descritiva permite descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Busca proporcionar ruma nova visão sobre esta realidade já existente (GIL, 2008).

4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada no Centro Obstétrico (CO) da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), por ser o lugar de trabalho da pesquisadora. Este espaço é favorável para compartilhar os problemas e identificar soluções observadas durante as internações das gestantes com pré-eclâmpsia e problematizar a questão, trazendo à tona evidências científica.

O Hospital Universitário (HU) está vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e foi inaugurado no ano de 1980. Pertencente ao município de Florianópolis, e mantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), realiza atendimentos à comunidade local e a todo o Estado de Santa Catarina. Além de ser um hospital-escola, que tem como objetivo o ensino, a pesquisa e a extensão, prestando assistência no âmbito terciário, através de clínicas e emergências, e secundário, por meio da atenção ambulatorial.

Entre as diversas especialidades do HU temos a obstetria. A Maternidade foi inaugurada em 23 de outubro de 1995, sendo constituída dos seguintes setores: Emergência Obstétrica e Ginecológica (EOG), Centro Obstétrico (CO), Alojamento Conjunto (AC) dividido em 16 leitos (12 para puerpério e 4 para gestante de alto risco), Neonatologia (NEO), que também tem o serviço do Método Mãe-

Canguru (MMC) e Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM) e Ambulatório de atendimento à gestante, que é referência em atendimento para gestantes com gestação de alto risco.

A Maternidade direciona seu atendimento para a humanização, através de uma filosofia própria. O atendimento é realizado por uma equipe interdisciplinar que envolve o atendimento à mulher, recém-nascido e família. Um diferencial da maternidade é a valorização do acompanhante desde o início da sua implantação, muito antes de ser uma lei, sendo esta prática um estímulo para a criação da legislação.

A Maternidade do HU recebeu alguns títulos pela excelência no cuidado prestado: o primeiro foi o título de *Hospital Amigo da Criança* (IHAC) em 17 dezembro de 1997. Este tem por objetivos: promover, proteger e apoiar o aleitamento materno através da mobilização da equipe de saúde, mediante a adoção dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. A nova portaria nº 1.151, de 22 de maio de 2014 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, busca promover o cuidado amigo da mulher; visa também estimular as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, recomendado pela Organização Mundial da Saúde, previsto pela *Rede Cegonha*, Programa do Ministério da Saúde, voltadas a qualificação do atendimento de mães e bebês no Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede Cegonha concretiza um modelo de atenção com base no pioneirismo e na experiência de trabalhadores da saúde, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, mulheres ativistas e instituições de saúde e entre muitos outros. Consiste em uma estratégia para garantir o acesso e melhoria da qualidade da assistência do pré-natal: vincula a gestante à unidade de referência para o parto; incorpora as boas práticas para reduzir os riscos e o direito ao acompanhamento de livre escolha da mulher, durante o trabalho de parto e nascimento, parto e puerpério, e garantia de seguimento da puérpera e da criança até o segundo ano de vida. Além disso, proporciona segurança, dignidade e o respeito pelos serviços de saúde frente as dimensões sociais, afetivas e sexuais do parto e nascimento e as singularidades culturais, étnicas e raciais.

O segundo recebido foi o prêmio Galba de Araújo, em julho de 2000, outorgado às instituições que se destacaram pelo cuidado humanizado ao nascimento. É centro referência no Método Canguru desde 2000.

O Centro Obstétrico, local do estudo, está dividido entre área semirestrita e área restrita. Em dezembro de 2015 teve uma reforma do espaço físico para melhorar o atendimento as gestantes, Um quarto de

pré-parto e uma sala ampla de recuperação, para quartos PPP, sala de parto para sala de recuperação. Atualmente o espaço físico ficou:

Área semi-restrita: ficam dois leitos de pré-parto, três quartos PPP. Além disso, temos um corredor externo, onde circulam as parturientes e os acompanhantes que dão entrada no CO, uma sala de repouso para os médicos, um expurgo, dois banheiros dos pacientes e acompanhantes, um posto de enfermagem, uma sala de preparo de medicação, um corredor de circulação interna, uma sala de observação com um leito, sendo este destinado às gestantes de alto risco e no caso deste estudo é um dos locais para internação das gestantes com pré-eclampsia procedentes da Emergência Obstétrica ou do Alojamento Conjunto, pois dependendo do nível de gravidade, esta pode ser transferida para a área restrita na sala de recuperação pós-parto por ser mais bem equipada e, um vestiário masculino e um feminino, um local para lanche dos funcionários e uma sala da chefia de enfermagem (MÜLLER, 2012, p.60).

Área Restrita: uma sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), com dois leitos e com respectivos berços aquecidos destinados aos RNs, um expurgo, duas salas de parto sendo, uma para parto normal, onde a cadeira possibilita o parto vertical (cócoras) ou semi-sentada, e outra sala cirúrgica para realização de cesarianas, analgesia de parto, partos, curetagens e outros procedimentos. Uma sala de atendimento e reanimação do RN, uma sala de estoque de material estéril e de consumo, área de lavabos, uma sala de repouso da enfermagem e corredores internos e externos.

Compondo a equipe de saúde, temos em torno de 71 profissionais, destes, 26 são médicos e os demais da enfermagem, num total de 45. Destes, 11 são enfermeiros (Dez assistenciais e uma chefia, porém três enfermeiros assistenciais estão afastados) 34 técnico-auxiliares de enfermagem (sendo que 5 técnicos estão afastados) e duas escriturárias e uma bolsista na escrituração. Dentre estes, ainda temos em cada plantão diurno e noturno, um médico neonatologia que fica no setor de neonatologia, que é chamado no momento do parto, um anestesista, três residentes de medicina de obstetrícia e de neonatologia, um residente de enfermagem da saúde da mulher e da criança, profissionais estes que assistem a parturiente/RN/família.

A equipe de enfermagem é dividida por turnos, plantão 12 e 6 horas diárias, que é dividida por áreas de acordo com os períodos

clínicos do parto. Em cada plantão tem um enfermeiro responsável. Também recebemos os acadêmicos de medicina, enfermagem e psicologia.

Todos os profissionais da enfermagem atuam em todos os setores, e prestam cuidados integrais e também auxiliam os demais membros da equipe no que for necessário, cujo maior objetivo é sempre o atendimento humanizado.

O cuidado à gestante com pré-eclâmpsia é prestado por todos os membros da equipe de saúde (médico, enfermeira, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, residentes de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, acadêmicos de medicina e de enfermagem), cada um de acordo com a sua especificidade e especialidade, mas todos procuram atuar de forma integrada, procurando respeitar a filosofia da maternidade (ANEXO A) que busca a humanização do atendimento.

Entre o período de junho de 2015 a junho de 2016 deram entrada no centro obstétrico 2308 gestantes, sendo que dessas gestantes, 186 foram diagnosticadas com pré-eclâmpsia, totalizando a incidência de 8% da patologia no hospital.

Quando uma gestante com pré-eclâmpsia evolui seu quadro clínico para a indução do trabalho de parto ou para o parto normal/cirúrgico, estas mulheres passam a integrar a dinâmica do atendimento no CO, no qual, o controle do trabalho de parto e o parto podem ser assistidos por médicos (as) obstetras, residentes de obstetrícia, enfermeiras obstetras e acadêmicos de medicina que sempre são acompanhados e supervisionados pelo obstetra, residente, ou da enfermeira obstetra. A equipe de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem é supervisionada pela enfermeira obstetra de plantão. Estes prestam cuidados de higiene e conforto, auxiliam na utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, controle de sinais vitais, administram medicação quando necessário, assim como também dão suporte emocional à clientela, seguindo a prescrição médica e de enfermagem.

A puérpera, ao término do parto é encaminhada à Sala de Recuperação pós-anestésica (SRPA), para receber cuidados específicos a cada caso (pós-parto normal ou cesárea). Destaco que quando uma puérpera apresenta pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, esta permanece por 24 horas no CO recebendo sulfato de magnésio e todos os cuidados e controles são intensivos. Somente após este período e se estiver em boas condições de saúde terá alta para o alojamento conjunto. Ao chegar no alojamento conjunto segue a rotina de cuidados daquela unidade, não tendo mais contato com o centro obstétrico.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes que fizeram parte deste estudo foram 11 profissionais, dentre eles cinco técnicos de enfermagem e seis enfermeiras (3 enfermeiras obstetras, 2 enfermeiras generalistas, e 1 enfermeira residente da saúde da mulher e da criança). Dos técnicos de enfermagem quatro são mulheres e um homem. Destes técnicos, três possuem nível superior e dentre os entrevistados a idade variou de 32 a 63 anos, todos fazem parte do quadro do Centro Obstétrico do HU/UFSC.

A pesquisa foi realizada individualmente com cada participante. Foi enviado um convite para todas as enfermeiras do Centro Obstétrico, e não foi estabelecido, a priori, o número de participantes. Mediante o aceite, concordância explícita em participar da entrevista, e somente após a assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICE B), as enfermeiras e os técnicos de enfermagem foram inseridas no estudo como participantes da pesquisa. Foram excluídas as enfermeiras e as técnicas de enfermagem que estavam afastadas por licença de saúde. A coleta dos dados foi feita até a saturação dos mesmos, quando houve repetição dos dados e os objetivos tinham sido alcançados. Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), a amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diversas áreas da saúde. Quando ocorre a saturação dos dados das amostras teóricas é feito o fechamento e definido a suspensão de inclusão de novos participantes, por apresentar repetição dos dados, não sendo considerado relevante persistir com a coleta destes. Denota que as informações já obtidas são suficientes e significantes para o aperfeiçoamento da reflexão teórica através dos dados já coletados.

4.4 COLETA DE DADOS

A investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais, a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação entre investigadora e os atores sociais envolvidos. Os instrumentos para coleta de dados costumam ser corrigidos e readaptados durante o processo de coleta, de acordo com as finalidades da pesquisa, sendo estes flexíveis. Um deles é a entrevista. A entrevista é a conversa com propósitos definidos, já que por meio dela se obtêm informes contidos na fala dos

atores sociais, não sendo esta despreziosa ou neutra, podendo-se desvelar dados objetivos e subjetivos. A entrevista semiestruturada permite que o entrevistado aborde livremente o tema exposto, de forma informal, dando a ele a oportunidade de aprofundar e ampliar a abordagem sobre o tema. Pode-se usar um roteiro (lembretes e questões amplas) que serve de guia e orientação para o andamento da interlocução, dando flexibilidade nas conversas e provocando narrativas das vivências que o entrevistado vai avaliar interpretações que o entrevistado emite sobre elas e a visão que eles têm das relações sociais (MINAYO, 2010). Não se configura como um instrumento pré-elaborado, por ser um diálogo informal, que podem não ter início e fim definidos a priori, podendo ocorrer em diferentes momentos, captando informações fidedignas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2004).

4.4.1 Entrevistas

No presente estudo, para coleta de dados utilizamos como instrumentos a entrevista semiestruturada composta de duas partes: a primeira abordou as características dos participantes e a segunda as questões que responderão os objetivos propostos.

As entrevistas com os membros da equipe de enfermagem, participantes do estudo foram individuais, seguindo um roteiro norteador semiestruturado (APÊNDICE C), contendo perguntas abertas relacionadas aos cuidados prestados às gestantes com pré-eclâmpsia no CO/HU/UFSC, com enfoque nas limitações, dificuldades e divergências nos cuidados realizados. Esse tipo de entrevista requer a elaboração de questionamentos básicos, apoiado nas questões e teorias descritas no estudo de forma a oferecer um amplo campo de interrogativas, que surgem à medida que se recebe as informações do sujeito da pesquisa. O entrevistador tem a liberdade de acrescentar novas perguntas ao roteiro para aprofundar e esclarecer pontos que considere relevantes aos objetivos do estudo (HANDDEM et al., 2008).

A entrevista parte de tópicos e de questões relacionadas ao tema da pesquisa; sendo que à medida que acontece a interação entre entrevistado e entrevistador, pode surgir a oportunidade de aprofundar e focalizar sobre o assunto pesquisado, o que originará novos questionamentos (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2004).

As entrevistas com as enfermeiras e técnicos ocorreram em local privativo, em horários, escolhidos pelas entrevistadas. Nas entrevistas,

foram levantados dados que compuseram o perfil das participantes e após feitas questões sobre a temática: cuidados de enfermagem às gestantes com pré-eclâmpsia, internadas no CO.

As entrevistas foram analisadas de forma conjunta com a coleta de dados. Inicialmente foram realizadas com os enfermeiros, porém sentindo-se necessidade de aprofundar o tema foram incluídos os técnicos de enfermagem. O levantamento dos dados das entrevistas e as melhores evidências científicas de cuidados à gestante com pré-eclâmpsia para compensação de seu quadro clínico com base na revisão integrativa, constituíram-se nos fundamentos que subsidiaram a elaboração do plano de cuidados.

4.5 REGISTRO E ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Para o registro das principais atividades, informações, observações, expressões não-verbais e percepções de si mesmo e do grupo, a pesquisadora no momento das entrevistas realizou anotações de forma rudimentar, sob a forma de notas de campo, e também utilizou um gravador. Integralmente as entrevistas, as notas de campo e gravações foram utilizadas para expandir o registro. Os depoimentos oriundos das entrevistas que foram gravadas e das oficinas foram posteriormente transcritos e organizados pela pesquisadora em seu computador pessoal.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio da análise temática proposta por Minayo (2010). Desenvolver a análise temática significa descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação ou fala ou texto expresso pelo entrevistado. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e comportamentos presentes nos discursos dos participantes da pesquisa que são os temas. A análise temática é dividida em três etapas:

- **Pré-análise:** Inicialmente é feita uma leitura flutuante dos documentos, oriundos neste trabalho das entrevistas, em que o pesquisador entra em contato direto com o material e deixa-se impregnar pelo seu conteúdo. Além disso, formação do

corpus, que diz respeito ao universo estudado, devendo responder às normas de validade da pesquisa qualitativa: exaustividade, os dados contemplem tudo sobre o proposto no roteiro dos instrumentos de coleta; representatividade, ou seja, contenha as características essenciais do universo pretendidas; homogeneidade, obedeça a critérios precisos quanto aos temas, técnicas empregadas e atributos dos interlocutores e; pertinência, o material seja adequado para responder as perguntas de pesquisa e atender os objetivos. Nesta fase ainda são determinadas as unidades de registro (palavras chaves ou frases), a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos gerais que orientarão a análise.

- **Exploração de material:** operação classificatória que visa identificar os núcleos de compreensão do texto. As unidades de registro (palavras ou frases), entendidos como temas que foram agrupados por similaridade de ideias, originando as categorias temáticas.
- **Tratamento dos resultados e interpretação dos dados-** As categorias encontradas e seus conteúdos foram interpretados à luz da fundamentação teórica com base nas evidências científicas e experts da área.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Segundo Monticelli (2003), as questões éticas devem permear todo o trabalho e não apenas um momento em particular, devendo-se seguir os princípios éticos desde os primeiros contatos e realização das entrevistas. Nesta percepção, o estudo procurou respeitar as questões éticas, seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, preconizadas na Resolução 466/12 respeitando os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia (BRASIL, 2012).

O princípio da autonomia é a capacidade de agir de acordo com a vontade. Decidir por si mesmo nas questões que dizem respeito a si próprios, ou seja, é fazer a sua escolha consciente. De acordo com Ramos, Verdi e Kleba (1999), a vida e a saúde são bens confiados à pessoa: cada qual tem o direito e dever de observar com responsabilidade esses bens.

Segundo Beauchamp e Childress (1994), o princípio da beneficência é fazer o bem e não causar dano ao outro. É a ação feita no benefício do outro. O princípio da não maleficência diz respeito à obrigação de não infligir dano intencional (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994).

O princípio da justiça diz que ela deve ser justa, equitativa e apropriada na sociedade, de acordo com normas que estruturam os termos da cooperação social, e deve haver minimização das desigualdades e discriminação, a maximização do bem-estar dos desfavorecidos e de pessoas vulneráveis, sendo que qualquer desigualdade deve ser especialmente justificada (RAWLS, 2003).

A partir dos pressupostos acima apresentados a fim de garantir os preceitos éticos, o projeto foi encaminhado inicialmente para a direção da instituição a fim de obter autorização formal para o desenvolvimento da pesquisa e após foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina para análise e aprovação.

Buscando garantir o respeito ético foi elaborado um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias, que foi assinado e rubricado pelas participantes antes de iniciar as entrevistas, após serem informadas sobre o estudo, sendo que uma das vias ficou na posse da entrevistada. Versou sobre as seguintes questões:

- a) Os objetivos da pesquisa, os temas que foram trabalhados e as etapas do estudo;
- b) Garantia de evitar risco à participante. Garantiu-se que no caso de qualquer constrangimento ou problemas de ordem social ou psicológica, já que o estudo tratou de questões laborais, a entrevistada tinha apoio psicológico junto à instituição, o que não foi necessário fazer uso. Neste processo, a entrevistadora deu todo o suporte e acolheu os participantes em suas necessidades. O estudo se conformou como uma oportunidade para reflexão da prática, momento de tirar dúvidas e trocar ideias, o que pôde contribuir para a satisfação e ampliação dos conhecimentos dos participantes na sua área de atuação. Os depoimentos e literatura pesquisada após analisados subsidiaram a construção de um plano de cuidados, buscando unificar condutas na prestação de cuidados, organizar o serviço e melhorar o cuidado de enfermagem à gestante com pré-eclampsia internada no CO.
- c) Garantia de manter o anonimato e de que as informações seriam usadas somente para este estudo, respeitando a forma de pensar e o sigilo das informações fornecidas;

- d) Esclarecimento sobre a participação do sujeito no estudo por meio da entrevista, que seria gravada, com o consentimento do participante
- e) Garantia que não haveria nenhum ônus ao integrante da pesquisa e que a participação seria completamente voluntária, sem qualquer tipo de coação, podendo o participante desistir em qualquer momento do estudo;
- f) Garantias que o material coletado seria guardado pelos pesquisadores por cinco anos e que após este período serão descartados
- g) Fornecimento do contato telefônico dos pesquisadores para o participante se comunicasse, no caso de dúvida em relação à pesquisa, ou para informar a sua desistência a qualquer momento do estudo, se desejar.

A pesquisadora ficou disponível aos sujeitos da pesquisa, para o esclarecimento de dúvidas que surgissem no decorrer de todo o trabalho.

Com a finalidade de garantir o anonimato dos participantes, estes foram identificados através da letra “T” para técnico de enfermagem e “E” para enfermeira, referente ao participante, seguindo após um número sequencial correspondente.

5 RESULTADOS

Os resultados serão expressos por meio de um manuscrito e um plano de cuidados. O manuscrito foi intitulado “Cuidados de enfermagem a gestante internada com pré-eclâmpsia na percepção da equipe de enfermagem”, com base neste estudo foi construído um plano de cuidados, abordando os seguintes cuidados: Percepção das síndromes hipertensivas e da pré-eclâmpsia, percepção dos cuidados na pré-eclâmpsia, cuidados de enfermagem, limitações no cuidado e estratégias no cuidar.

5.2 MANUSCRITO 2: CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GESTANTE INTERNADA COM PRÉ-ECLÂMPسيا NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Sonia Gonçalves Costa Saldias Palacios⁴
Maria de Fátima Mota Zampieri⁵

RESUMO

Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, que objetivou conhecer a percepção das enfermeiras e técnicos de enfermagem sobre os cuidados prestados às gestantes com pré-eclâmpsia. MÉTODO: Foram coletados dados em 2015 e 2016, através de entrevista semi-estruturada com seis enfermeiras obstétricas, uma residente de enfermagem e cinco técnicos de enfermagem, lotados no Centro Obstétrico de uma maternidade pública do sul do país, gravados e transcritos pela pesquisadora. Para análise foi utilizada a análise temática de Minayo, com as etapas: pré-análise, exploração de material, tratamento dos resultados e interpretação dos dados, seguindo os princípios éticos. RESULTADOS:

⁴ Enfermeira mestranda do curso de mestrado profissional da UFSC, enfermeira coordenadora do serviço de Enfermagem do centro obstétrico do HU/UFSC. E-mail:sonia2719@hotmail.com

⁵ Professora, doutora em Enfermagem pela Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialista em Enfermagem Obstétrica, Perinatal e Social. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa da Mulher e do Recém-Nascido GRUPESMUR Social. E-mail: fatimazampieri@gmail.com ou fatima.zampieri@ufsc.br

Da análise surgiram cinco categorias: **Percepção das síndromes hipertensivas e da pré-eclâmpsia, percepção dos cuidados na pré-eclâmpsia, cuidados de enfermagem, limitações no cuidado, estratégias no cuidar.** Estudo reforça a importância de abordar a pré-eclâmpsia e cuidados em função da gravidade e vulnerabilidade a que estão expostos a mãe e bebê, revela preocupação e comprometimento da equipe, aponta divergências na compreensão das síndromes hipertensivas e na realização de cuidados pela equipe de enfermagem, sobretudo relativos à verificação dos sinais vitais e repouso; necessidades de mudanças estruturais no Centro obstétrico e, falta de recursos materiais e de pessoal. Como estratégias para melhorar o atendimento citaram: capacitação dos profissionais, concretização do sistema de referência e construção de um plano de cuidados. Para os participantes, a padronização dos cuidados de enfermagem, com possibilidade para adaptar as especificidades da mulher, facilita a realização do trabalho e a tomada de decisões em casos de urgência, proporcionando maior segurança e qualificação do cuidado prestado. A educação permanente, coletiva, com base na realidade e evidências é um instrumento fundamental para um cuidado eficaz, resolutivo, seguro, humanizado e responsável. **CONCLUSÃO:** Estudo reforça a importância da padronização dos cuidados realizados pela equipe de enfermagem; necessidade de capacitação dos profissionais por simulações e oficinas educativas com base nos problemas da realidade, visando uma atenção mais centrada na mulher e suas necessidades e menos mecanizada e técnica, qualificando a assistência.

Palavras-chave: Hipertensão gestacional. Cuidados de enfermagem. Enfermagem obstétrica, Pré-eclâmpsia, Enfermagem baseada em evidências.

INTRODUÇÃO

A gestação é um evento fisiológico que deve ser encarado pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência normal e saudável na vida de uma mulher, envolvendo mudanças físicas, socioculturais e emocionais, bem como alterações de ritmo de vida e de papéis sociais. No entanto, algumas gestações apresentam probabilidade de apresentarem agravos ou intercorrências que podem interromper o curso normal da gestação e gerar riscos à vida da mãe e/ou feto. Características particulares ou fatores de risco da gestação e/ou gestante

pode resultar em uma evolução desfavorável, caracterizando a “gestação de alto risco” (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e Kacica et al. (2013), diversos fatores podem estar relacionados ao aumento dos riscos durante a gestação, podendo gerar complicações leves, graves e/ou fatais, dentre eles, fatores biológicos como a idade, etnia, estado nutricional, enfermidades pré-existentes (diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, hemopatias insuficiência renal crônica, doenças infecciosas), intercorrências obstétricas ou clínicas anteriores e atuais, fatores socioeconômicos e ambientais, acessibilidade aos serviços de saúde e, também a qualidade do serviço prestado à gestante

Para a Organização Mundial de Saúde, em 2003, aproximadamente 529 mil mulheres morreriam a cada ano por causas relacionadas as complicações gravidez, parto e pós-parto em idade reprodutiva, 99% em países de baixa ou média renda (DULEY, 2009; SOARES, 2009). Novas estimativas foram publicadas em setembro de 2011, projetando a ocorrência para próximo de 273 mil mortes em todo o mundo. Estes óbitos evitáveis em mais de 90% dos casos, constituem-se uma grave violação dos direitos humanos (SOARES, 2009). Em torno de 10% das mulheres tem hipertensão na gravidez. A pré-eclâmpsia pode gerar complicações em 2 a 8% das gravidezes, podendo atingir os sistemas renais, hepáticos, nervoso ou de coagulação. Os riscos para o bebê incluem a prematuridade, o retardo de crescimento e a mortalidade neonatal/perinatal, sendo maior nos locais com limitado acesso aos serviços de tratamento intensivo. Em geral 10 a 15 % das mortes maternas estão associadas a pré-eclâmpsia e, sobretudo, a eclâmpsia (DULEY, 2009). É estimado que as síndromes hipertensivas na gravidez causem 50.000 mortes maternas (MD) anualmente no mundo, a maioria em países de baixa e média renda, além de aumentarem de 3 a 25 vezes o risco de complicações graves (ZANETTE, 2014).

Entre 2003 e 2009, a hemorragia, as síndromes hipertensivas e a septicemia foram responsáveis por metade das mortes maternas (SAY et al., 2014). No Brasil, em 2002, as mortes obstétricas diretas corresponderam a 67,1% e as indiretas 25,4% (BRASIL, 2006), sendo que 37% das mortes obstétricas diretas decorreram de síndrome hipertensiva, 17% de abortamentos, 13% de hemorragias, e 15% por complicações do parto (BRASIL, 2006) assim, estas patologias devem ser consideradas prioritárias nas políticas e programas para a redução da mortalidade materna em nível mundial e alvo de estudos (SAY et al., 2014).

Estudo prospectivo com 9555 mulheres de 27 maternidades de cinco regiões brasileiras apontou que 70% das admissões das morbidades na gravidez eram de síndromes hipertensivas severas (6706) (pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, hipertensão arterial grave e síndrome HELLP), taxa de 81,6 de hipertensão severa por 1000 nascidos vivos, implicando em leitos ocupados, maior tempo de internação em função das complicações. Destas, 94% estavam potencialmente em condição ameaçadora da vida e tratamento (6655 gestantes), 349 com disfunção ou falência (near miss) e 42 com morte materna. Foi identificada a prevalência de 4,2 casos NM (near miss- disfunção ou falência) devido à severa síndrome hipertensiva por 1000 nascidos vivos e a taxa de caso fatalidade foi de 8,3 casos para uma morte (ZANETTE, 2014).

Freires et al. (2013) relatam que cerca de 30% das desordens hipertensivas são decorrentes da hipertensão crônica e 70% são devidos a pré-eclâmpsia. Na instituição contexto deste estudo a incidência desta patologia também é maior que as demais síndromes hipertensivas, motivo da escolha desta temática.

Segundo estudo, a gestação pode ser acometida por complicações agravantes a partir da vigésima semana de gestação, caracterizada pela síndrome hipertensiva específica da gestação que durante o seu processo eleva a pressão arterial da gestante em picos agressivos a sua saúde e a de seu filho (LOWE et al., 2014).

A etiologia da síndrome hipertensiva específica da gravidez ainda é desconhecida, porém há uma das teorias está relacionada a má adaptação placentária com falha da remodelação e da infiltração de células trofoblásticas nas arteríolas espiraladas e subsequente hipoperfusão do leito placentar, sendo a consequência a isquemia da circulação uteroplacentária que acaba promovendo o dano endotelial. Devido à lesão no endotélio há o desencadeamento de agregação plaquetária, ativação do sistema de coagulação, aumento da permeabilidade da parede do vaso, aumento da reatividade e do tônus do músculo liso vascular. Como consequência final, ocorre o vaso espasmo arteriolar generalizado, desencadeando mudanças funcionais e morfológicas em vários órgãos, resultando na manifestação clínica chamada pré-eclâmpsia (DI MARCO et al., 2010; NORONHA NETO, SOUZA; AMORIM, 2010; BARRA et al., 2012; BARRERA-CRUZ et al., 2013;).

Em se tratando da pré-eclâmpsia é fundamental que se estabeleça precocemente o diagnóstico para efetuar suas devidas intervenções, a fim de estar proporcionando uma gestação com menos riscos para o binômio mãe e filho, sendo que para realizar o diagnóstico de pré-

eclâmpsia é preciso identificar a existência da síndrome hipertensiva na paciente e classificar a intensidade do agravamento hipertensivo. Segundo estudos de Amorim et al. (2010), classificam a síndrome hipertensiva específica da gestação em duas formas: pré-eclâmpsia (forma não convulsiva marcada pela hipertensão aguda após a vigésima semana de gestação), e eclampsia (episódios convulsivos consequentes a efeitos cerebrais profundos da pré-eclâmpsia). Além de caracterizar como eventos convulsivos ou não, estudos de Aguiar et al. (2010) descrevem que a síndrome pode subdividir-se em duas formas de pré-eclâmpsia: leve à grave, e a eclampsia que é a evolução das manifestações da pré-eclâmpsia grave; (DI MARCO et al., 2010; BRASIL, 2012; BARRERA-CRUZ et al., 2013; FREIRES et al., 2013) e em uma pré-eclâmpsia leve a gestante pode apresentar os seguintes critérios: aumento súbito de peso (maior ou igual a 500g/semana), seguido de edema generalizado, aferição da pressão sanguínea apresentando níveis pressóricos de 140x90mmHg (obtidas em 2 amostras espaçadas de pelo menos 4 horas após a vigésima semana de gestação), níveis de *proteinúria* na urina maior ou igual a 300mg/24h e menor que 5g/24h, obtidas em 2 amostras espaçadas de 6 horas). No caso de pré-eclâmpsia grave a gestante deve apresentar os seguintes critérios: aferições da pressão arterial apresentando níveis pressóricos maior ou igual a 160x110mmHg em 2 ocasiões espaçadas de 6 horas, *proteinúria* maior ou igual a 5g/24h, oligúria (menos que 500ml/24h), dor epigástrica, dificuldade de respiração e distúrbios visuais (TOWNSEND; DRUMMOND, 2011; BRASIL, 2012; BARRERA-CRUZ et al., 2013). Segundo Vasquez e Acuña (2014) acrescentam ainda alteração hepatocelular, trombocitopenia e coagulopatia. Contudo para eles, apenas a alteração dos níveis pressóricos iguais ou maiores que 160x110mmHg basta para efetuar o diagnóstico de pré-eclâmpsia grave.

Kacica et al. (2013) ressaltam a importância de uma estratificada avaliação clínica e laboratorial, incluindo hemograma completo e diferenciado, contagem de plaquetas, coagulograma, creatinina sérica, glicose, enzima hepáticas, albumina sérica e ácido úrico, devido a uma associação de complicações perinatais.

Esta situação de saúde merece uma atenção especializada e cuidado intensivo dos profissionais de saúde, sendo tema relevante das políticas públicas obstétricas e neonatais. Necessita intervenção precisa, precoce e humanizada para evitar a morbidade grave, morte materna, neonatal ou perinatal. Para tanto, a equipe de saúde deve estar preparada tecnicamente e nas questões relações (ZAMPIERI, 2011) para enfrentar

quaisquer fatores ou eventualidades que possam afetar adversamente a gravidez, no âmbito clínico, obstétrico, psicológico ou social, para identificar as necessidades e determinar prioridades nos cuidados prestados à gestante a fim de padronizar ações apropriadas de enfermagem, com vistas a promoção de uma assistência de enfermagem qualificada, de qualidade e humana (AGUIAR, 2010). Deve estar capacitada para compartilhar informações com as gestantes e familiares sobre o andamento da gestação, comportamentos e atitudes que podem assumir para melhorar sua saúde.

As pesquisas brasileiras, contudo, centram-se na sua maioria em condutas médicas, na patologia e seus tratamentos farmacológicos, havendo poucos estudos relacionados ao cuidado de enfermagem nas percepções das mulheres e da equipe de enfermagem. Tais questões geraram inquietações, emergindo a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as percepções da equipe de enfermagem para cuidar da mulher com pré-eclâmpsia? Quais os cuidados necessários para uma atenção à mulher com esta síndrome hipertensiva e que possam constituir diretrizes para direcionar o cuidado? Em busca de resposta a essas questões, foi estabelecido o seguinte objetivo do estudo: conhecer a percepção das enfermeiras e técnicos de enfermagem sobre os cuidados prestados às gestantes com pré-eclâmpsia.

As percepções que estes profissionais apresentam sobre os cuidados prestados a paciente com pré-eclâmpsia, expressando lacunas, limitações e facilidades durante o processo, podem ser usados como subsídios para que estes profissionais reflitam sobre suas práticas e revejam suas condutas, fortalecendo-as ou mudando-as.

A sistematização e a organização do atendimento de enfermagem são fundamentais para uma assistência de qualidade. Porém, o cuidado à mulheres com pré-eclâmpsia constitui-se um desafio, pois é necessário prestar auxílio as demandas de autocuidado da paciente, limitadas por déficits inerentes a gravidade do quadro clínico (HERCULANO et al, 2011).

O enfermeiro e toda a equipe de Enfermagem estão na linha de frente do sistema de cuidados da saúde e permanecem 24 horas ao lado da gestante. Encontram-se em posição estratégica para contribuir na melhora do estado de saúde das mulheres com pré-eclâmpsia, cabendo a eles conhecerem os cuidados, refletirem sobre suas práticas, reciclarem seus conhecimentos, realizarem estudos e avaliações para atuarem de forma eficaz como cuidadores, advogados e educadores das gestantes (TOWNSEND; DRUMMOND, 2011).

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratório-descritiva. O local para o desenvolvimento da pesquisa foi o Centro Obstétrico (CO) da maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal Santa Catarina, cujo atendimento à saúde é 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS), local onde as gestantes com pré-eclâmpsia ficam em observação para compensar o quadro hipertensivo e serem encaminhadas para o setor de alto risco. Atualmente o hospital passa por uma reestruturação administrativa, sendo incorporado pela EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), pois em 2015, devido ao déficit de recursos de pessoal e material foi necessário fechamento de 40 leitos. Na data de 1º dezembro do mesmo ano o Conselho Universitário aprovou a adesão da EBSEH para dar suporte no dimensionamento dos serviços assistenciais.

No período de junho de 2015 a junho de 2016 deram entrada no centro obstétrico 2308 gestantes sendo que dessas gestantes, 186 foram diagnosticadas com pré-eclâmpsia, totalizando a incidência de 8% da patologia no hospital.

Participaram do estudo seis enfermeiras (três enfermeiras obstetras, duas generalistas e uma residente da Saúde da mulher e da criança) e cinco técnicos de enfermagem que exercem suas atividades profissionais na Unidade de Centro Obstétrico da instituição e estão envolvidos diretamente no cuidado à mulher com pré-eclâmpsia e com a presença do acompanhante. No decorrer do estudo, preservando o anonimato, as participantes foram identificadas pela letra E (Enfermeiras), T (Técnicos de enfermagem) com respectivos números. A coleta iniciou no mês de novembro de 2015 e finalizou em março de 2016 e deu-se por meio de entrevistas individuais semiestruturadas que foram gravadas e transcritas pela autora. A coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e da concordância da Direção, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), seguindo os princípios éticos, sob o número do parecer do comitê de ética 062549/2015.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma via com o participante e outra com a pesquisadora. Os dados das entrevistas foram analisados pela análise temática de Minayo que consiste nas três etapas: pré-análise, exploração dos dados, tratamento dos resultados e interpretação.

Pré-análise: Inicialmente foi feita uma leitura fluante dos documentos oriundos das entrevistas e discursos a pesquisador (a) entrou em contato direto com o material e deixou-se impregnar pelo seu conteúdo. Então, formou-se o corpus, que diz respeito ao universo de dados estudados, respondendo os critérios de validade de uma pesquisa qualitativa que são: exaustividade, os dados contemplam tudo o proposto no roteiro dos instrumentos de coleta; representatividade, ou seja, contém as características essenciais do universo pretendido; homogeneidade obedece a critérios precisos quanto aos temas, técnicas empregadas e atributos dos interlocutores e; pertinência, o material é adequado para responder as perguntas de pesquisa e atender os objetivos. Nesta fase, também foram determinadas as unidades de registro (palavras chave ou frases), a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos gerais que orientaram a análise.

Exploração de material: Operação classificatória que visou identificar os núcleos de compreensão do texto. Após leitura minuciosa, as unidades de registro (palavras ou frases), entendidos e com o tema foram agrupados pela similaridade de ideias ou informações, dando origem as categorias temáticas, sendo analisadas posteriormente.

Tratamento dos resultados e interpretação dos dados: As categorias encontradas e seus conteúdos foram interpretados à luz da fundamentação teórica, ampliando conhecimentos sobre o fenômeno em estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de dados oportunizou conhecer a percepção dos participantes do estudo sobre o cuidado direcionado às gestantes atendidas no centro obstétrico com síndrome hipertensiva da gestação, especificamente as com pré-eclâmpsia.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES:

Os entrevistados possuem vínculo com a instituição que varia de vinte e quatro meses a vinte e três anos, a experiência na área obstétrica deles oscilou de três meses a vinte anos. Das enfermeiras entrevistadas, uma possui o título de doutorado e especialização obstétrica, outra possui apenas o título de mestrado e uma de especialização. Dos técnicos de enfermagem que participaram da entrevista, apenas dois tem

o curso de nível superior e os demais de nível médio, trabalham na instituição entre 5 e 15 anos, e possuem idade entre 32 e 57 anos.

A análise aprofundada dos dados deu origem às categorias: percepção das síndromes hipertensivas e da pré-eclâmpsia, percepção dos cuidados na pré-eclâmpsia, cuidados de enfermagem, limitações no cuidado, estratégias no cuidar.

Categoria 1- Percepção das Síndromes Hipertensivas e da pré-eclâmpsia

A maioria dos participantes relacionou hipertensão as síndromes Hipertensivas e a pré-eclâmpsia com a hipertensão. Enquanto alguns percebem como sinônimo de pré-eclâmpsia com os seus sinais e sintomas.

Duas delas tiveram a percepção das síndromes hipertensivas gestacionais como doenças que têm a hipertensão como principal sintoma, atingindo vários órgãos, ocorridas após a vigésima semana da gestação até 12 semanas no puerpério, acompanhada ou não de proteinúria, incluindo a hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclampsia e síndrome de HELLP. Consideraram como a primeira causa de morbimortalidade materna e neonatal brasileira, havendo necessidade de repensar o cuidado e ter uma educação continuada sobre a temática. Alguns confundiram pré-eclâmpsia com eclampsia e apontaram que poderia ocorrer no primeiro trimestre da gestação. A maioria associou a pré-eclâmpsia como aparecimento da tríade edema, proteinúria e hipertensão após a vigésima semana da gestação até 12 semanas de puerpério, com proteinúria ou não, ou presença de sinais premonitórios de eclampsia.

Para os participantes as síndromes hipertensivas são:

“Associação de edema, hipertensão e proteinúria, uma condição que requer cuidados imediatos [...] com possibilidades de interrupção da gestação em casos em que as medidas de controle não responda ao tratamento” (E2).

“Eu entendo que seria a pré-eclâmpsia ou a eclampsia, dependendo de exames para confirmar eu acredito que essa paciente possa ficar só na pré-eclâmpsia e a eclampsia chega a ser mais séria, a paciente já convulsiona” (T4).

“São doenças que ocasionam a elevação da pressão arterial principalmente na gestante. Ocorre a partir da vigésima semana de gestação, acima de quatorze por nove mais ou

menos, a pressão começa a elevar [...] levando a uma síndrome hipertensiva específica da gravidez que pode ser pré-eclâmpsia ou eclampsia” (E4).

“Pra mim é um conjunto de sintomas: a cefaleia, dor epigástrica durante a gestação [...] quando a paciente engorda demais, começa a elevar os níveis pressóricos [...]” (T1).

“É o fato da hipertensão da paciente onde tem edema generalizado, baixa diurese e índice de proteína ele aumenta, [...], e a SHEG entendo como pré-eclâmpsia, eclampsia e síndrome de Help” (T3).

“Conjunto de patologias que possuem como núcleo a presença de hipertensão arterial como sintoma a semana de gestação, acompanhada ou não de proteinúria e que desaparece após doze semanas de pós-parto” (E6).

Já pré-eclâmpsia para as participantes do estudo é:

“São os sintomas, os sinais: a cefaleia, dor epigástrica, visão turva, escotomas” (T1).

“Pré-eclâmpsia é uma doença gravíssima, pode levar a mãe e o bebê a morte, pode convulsionar, e é caso de emergência urgente” (T2).

“Quando apresenta todos os sintomas, alterações nos exames, porém não convulsiona” (E1).

“[...] é uma doença que se origina em geral a partir da vigésima semana de gestação com elevação da pressão arterial que pode ficar mais grave ficando então ao desenvolvimento da eclampsia [...]” (E4).

“Pré-eclâmpsia na mulher, ela apresenta pressão arterial elevada, exames laboratoriais alterados: proteinúria e também apresenta edema, e tem que ter muito cuidado, porque de uma pré-eclâmpsia ela pode passar para eclampsia, ter convulsão [...]” (E5).

“É especificamente a presença de pressão arterial após 20 semanas de gestação, acompanhada ou não de proteinúria, podendo ser classificada como moderada ou grave [...]” (E6).

Alguns achados não são congruentes com a literatura. As síndromes hipertensivas, PA sistólica superior a 140 e diastólica superior a 90 mmHg (Korotkoff 5) são classificadas em hipertensão crônica; pré-eclâmpsia/eclampsia; pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e hipertensão gestacional (sem proteinúria).

A hipertensão crônica observada antes da gravidez, ou antes, de 20 semanas de gestação sem saber a causa, persiste além das 12 semanas

do pós-parto. A pré-eclâmpsia/eclampsia envolve alterações em um ou mais órgãos maternos ou feto; hipertensão ocorre após 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidrôpsia fetal) acompanhada ou não de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento, sendo denominada eclampsia quando ocorre episódios convulsivos, consequentes aos efeitos cerebrais profundos da pré-eclâmpsia (AGUIAR et al., 2010; HERCULANO et al., 2011; BRASIL, 2012).

Na ausência de proteinúria, a suspeita de pré-eclâmpsia e eclampsia se fortalece quando apresentam sinais premonitórios de eclampsia, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas (BRASIL, 2012) irritação hepática com dor no quadrante direito, edema pulmonar com dispneia, vômito e dor no peito (KACICA et al., 2013). É considerada pré-eclâmpsia grave: pressão sistólica de 160 mmHg e/ou diastólica 110 mmHg associada a proteinúria; hipertensão associada a proteinúria grave (igual ou superior a 3,0 g nas 24 h); hipertensão associada ao comprometimento de múltiplos órgãos (edema pulmonar e oligúria - < 500 ml/dia); associada a sintomas persistentes (visuais, cerebrais e dor epigástrica ou no quadrante superior direito persistentes) ou exames laboratoriais alterados (plaquetopenia - < 100.000 por μ L e enzimas hepáticas). A pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica é a ocorrência de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal após a vigésima semana de gravidez. Já a hipertensão gestacional (sem proteinúria ou outros fatores de pré-eclâmpsia) é a que ocorre após 20 semanas gestacionais. Inclui a hipertensão transitória da gravidez que retorna ao normal até 12 semanas após o parto ou hipertensão crônica persistente além deste período (BRASIL, 2012; KACICA et al., 2013; LOWE et al., 2014).

O diagnóstico diferencial das síndromes hipertensivas da gravidez e, conseqüentemente, os cuidados, se baseiam na classificação. Assim, constata-se a necessidade de a equipe ampliar e atualizar seus conhecimentos para prestar os cuidados necessários para atender às gestantes nesta situação de saúde.

As ações de educação permanente devem ser disponibilizadas para todos os envolvidos na produção de saúde, professores, equipe de enfermagem e saúde, acadêmicos, gestores, com o envolvimento dos usuários. A utilização de espaços coletivos para refletir/compartilhar informações e as práticas cotidianas do trabalho constituem alternativas para a construção do conhecimento (SILVA, 2013). Contudo, apontam

Jesus et al. (2011), mesmo com a motivação dos profissionais, há dificuldades administrativas na realização das atividades educativas e na aplicação do que se aprende. Assim, as ações de educação permanente devem estar articuladas com os dispositivos de mudanças organizacionais, principalmente com os novos estilos de gestão de pessoas. Na organização dos projetos sobre educação na enfermagem devem-se considerar prioritários os programas de inclusão, atualização pós-graduação, pesquisa, eventos, produção, gerência e integração docência-assistência, todos conduzidos e fundamentados no cuidado humano e no cuidado profissional da enfermagem. A educação deve estar direcionada para o desenvolvimento global de seus integrantes e da profissão, com vistas à qualidade da assistência de enfermagem. Essa tarefa vai além de ensinar, inclui desenvolver a consciência crítica e a percepção de que todos são capazes de aprender a aprender sempre e buscar na vida profissional, situações de ensino-aprendizagem.

A educação permanente, mais do que atualização, treinamento ou reciclagem é um compromisso pessoal que precisa ser aprendido, conquistado com as mudanças de atitudes que emergem das experiências vividas no cotidiano da vida e do trabalho e nas relações com outros (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006).

Categoria 2- Percepção dos cuidados na pré-eclâmpsia

A maioria dos participantes considerou as síndromes, sobretudo a pré-eclâmpsia, como sendo situações de risco com gravidade para a mulher e feto, necessitando de cuidado imediato, intensivo, especializado e vigilância constante, devendo ser conduzido da forma correta, não podendo ser negligenciado para evitar evolução do quadro e complicações para o binômio mãe e bebê, ou interrupção da gravidez. Neste processo é importante que a equipe tenha conhecimento sobre a patologia, riscos e cuidados, sendo evidenciado o conhecimento nas seguintes falas:

“[...] é uma doença que tem cuidados específicos, que tem características específicas e que é de importância profissional saber manejar para tratar de forma correta” (E4).

“Muito importante, até porque a gente precisa de atualização, porque sempre tem alguma coisa nova para aprender ou aperfeiçoar o conhecimento, e como acontece frequentemente, precisamos trabalhar a temática” (T1).

“É importante que todos estejam cientes da gravidade e dos riscos para oferecer o tratamento adequado e em tempo hábil, na tentativa de evitar as complicações” (E2).

“É grande, pois é a síndrome responsável por grande parte da morbimortalidade materna e neonatal [...] nos faz repensar e mudar o cuidado, fator que contribui para a educação continuada” (E6).

“A paciente é atendida com agilidade, competência, respeito. A paciente é orientada sobre os procedimentos feitos e sobre os sinais e sintomas da doença [...]” (E1).

Autores ratificam o exposto. A incidência da pré-eclâmpsia ocorre em cerca de 6 a 10% das gestantes primíparas, sendo de grande relevância a identificação dos sinais e sintomas e atuação da equipe de saúde, visando à prevenção de complicações, morbimortalidade materna e perinatal. Ocupa o primeiro lugar dentre as afecções próprias do ciclo grávido-puerperal, sendo a primeira causa de morte materna (AGUIAR et al., 2010). Estas mortes, segundo Barrera-Cruz et al. (2013), decorrentes de processos de gravidez, parto, pós-parto e cuidados, são evitáveis na sua maioria dado os recursos da medicina atual. De tal modo, os profissionais de enfermagem têm o desafio de planejar um novo modelo de cuidado responsável e humanista que promova a saúde desta população. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) ratifica a necessidade do preparo do profissional de saúde para atender a gestação de alto risco que requer um cuidado especializado, personalizado, integral e intensivo.

Os dados obtidos através das entrevistas revelaram preocupação, habilidades, e preparo dos profissionais de enfermagem para atender esta clientela. Apontam, contudo que em determinados momentos a equipe é reduzida para atender a demanda. Reforçam a gravidade e vulnerabilidade que estão expostos a mulher e o feto na ocorrência da pré-eclâmpsia, necessitando vigilância, cuidado intensivo que não pode ser negligenciado em função do agravamento do quadro a qualquer momento neste processo. Foram considerados como boas práticas: prestar cuidados de enfermagem humanizada e embasada em evidência científica, proporcionar ambiente seguro e transmitir segurança à mulher e acompanhante, prestar orientações para paciente e acompanhante, estimulando a sua participação e; intervir quando necessário. Para tanto, reforçaram a necessidade de capacitações periódicas para a equipe de enfermagem e saúde, qualificando a assistência.

Nas linhas e entrelinhas, os depoimentos revelaram o cuidado ainda centrado nas técnicas, fragmentado e mecanizado entre as diversas categorias de enfermagem, conforme fragmentos das falas a seguir:

“Manter repouso em decúbito lateral esquerdo, Observar PA de 15 em 15 minutos até estabilizar, depois aumentar o espaçamento para de hora em hora, manter acesso venoso calibroso pérvio, observar sinais de perigo: escotomas, distúrbios visuais, cefaleia, epigastralgia, dores abdominais, sangramentos, náuseas e vômitos, aumento da PA; administrar medicamentos prescritos e observar melhora ou não dos sinais e sintomas, controlar diurese, orientar a coleta de proteinúria, Dar ou auxiliar no banho e higiene oral. Dar apoio emocional à gestante e família, orientar importância da adesão ao tratamento, preparar para cesariana em caso de indicação. Orientar sobre a cirurgia e cuidados que serão prestados ao RN, inclusive falando sobre a possibilidade de este ser encaminhado a neonatologia. Ouvir com atenção as dúvidas e receios da gestante e acompanhante procurando esclarecê-los e tranquilizá-los” (E2).

“Podem ser vistos dependendo de como a mulher está, pode ser visto com ela sentada, ou deitada, se a pressão deu alterada a gente pede pra ela deitar em decúbito lateral esquerdo se ela não esteve deitada ainda, pra ver se a pressão melhora depois dela deitar em decúbito lateral esquerdo, não sei quanto tempo assim, mas geralmente depois de uns 5 a 10 minutos verifica de novo, se estiver alta ainda, mesmo em decúbito lateral esquerdo é comunicado ao médico, a gente coloca ela na posição e se a pressão continuar alta a gente faz a medicação prescrita, geralmente é feita hidralazina, ai depois de vinte minutos que é administrado a hidralazina é verificado a pressão de novo, se continuar alta é feito hidralazina de novo até três vezes, se não melhora a gente sempre vai comunicando o médico” (E5).

“A verificação dos sinais vitais é feita em decúbito lateral esquerdo e verificado no braço esquerdo, e geralmente verifico tudo no mesmo braço, não vejo muita diferença do pulso e temperatura também, a gente punciona e a rotina é pegar o membro esquerdo e instalar fluido” (T5).

Ainda hoje a enfermagem é influenciada pela visão cartesiana, caracterizada pela separação entre corpo e alma, e pelo modelo biologicista, adotando uma prática rotineira, mecanicista centrada na técnica e no biológico que fragmenta o indivíduo.

A assistência é fragmentada, a responsabilidade pelo planejamento e gerenciamento do cuidado é do enfermeiro e a execução dos procedimentos é realizada pelos técnicos e auxiliares. A divisão técnica é uma característica do processo de trabalho na enfermagem, no qual a prática é parcelada em tarefas, procedimentos e responsabilidades, entre seus agentes, repercutindo na qualificação da assistência (PASCHOAL; MANTOVANI; LACERDA, 2006).

Categoria 3 - Cuidados de Enfermagem

No que se referem aos cuidados de enfermagem todos os participantes enfatizaram como prioridades: o acolhimento para alguns, entendido como triagem e encaminhamento ao local mais propício de acordo com a gravidade, recepção, medidas de conforto, segurança e tranquilidade, apresentação do profissional e do setor/rotinas quando quadro estabilizado; o controle de sinais vitais e da diurese; o repouso em ambiente adequado, posição no leito, sobretudo em decúbito lateral esquerdo, via de acesso pérvia e calibrosa para administração de medicamentos, as orientações à mulher e ao acompanhante sobre a patologia, os cuidados prestados e evolução; atenção aos sinais premonitórios de eclampsia e complicações. Além destes cuidados foram elencados por alguns participantes: a escuta atenta às necessidades da mulher; o apoio emocional em ambiente respeitoso e tranquilo; a inclusão do acompanhante nos cuidados e orientações; avaliação do bem estar fetal (dinâmica uterina, batimentos cardíacos e movimentos) e cuidados de higiene (banho de leito e higiene oral no repouso absoluto e banho de aspersão quando estabilizada); cuidados na administração dos medicamentos, em especial o sulfato de magnésio e a hidralazina: as certezas, o controle e avaliação dos efeitos colaterais; cuidados com o edema, encaminhamentos para o psicólogo, serviço social (questões emocionais e sociais decorrentes do repouso, internação, medos, culpas e afastamento da família e trabalho), encaminhamento para a nutricionista e avaliação da dieta, atividades lúdicas e de lazer quando em repouso relativo, realizar mudanças de decúbito, exames laboratoriais e cuidados necessários, e registro da atenção prestada, sendo descritos nas seguintes falas:

“[...] então, a enfermeira ao fazer a recepção, faz o acolhimento, dá as orientações adequadas e realiza as

técnicas mais complexas como sondagem vesical de demora, entre outras que se fizer necessária”(E6).

“Me apresento para a paciente, apresento o centro obstétrico, quando vou verificar a pressão verifico em decúbito lateral esquerdo em todos os sinais, mas nunca vejo quando ela vem caminhando porque mesmo estando em decúbito lateral esquerdo, compreendo que naquele exato momento a pressão vai estar alterada[...] Então espero uns 10 minutos para verificar a pressão, orientações”(T1).

“[...] Colocar a gestante em repouso, e em decúbito lateral esquerdo, puncionar acesso venoso, administrar solução anti-hipertensiva prescrita, tranquilizar a gestante e seu acompanhante, aferir a pressão arterial, observar presença de dor (cefaleia, epigastralgia, dor em flanco direito), observar presença de náusea e vômitos, escotomas, sangramentos [...] Manter o ambiente calmo para o repouso e fazer relatório da evolução de enfermagem” (E2).

“[...] acolher esta paciente, colocar em um local confortável, primeiramente com bastante silêncio, observar esta paciente e verificar os sinais vitais e ficar atento aos medicamentos o que tem que ser feito” (T4).

”acalmar a mulher e a família, dizendo que vai dar tudo certo, que vai ser bem acompanhada, orientar sobre a doença, complicações, sinais, sintomas e evoluções” (E1).

O principal aspecto da política de humanização é o acolhimento e este implica na recepção da mulher, desde sua chegada à unidade e de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, preocupações e angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência. De tal forma, o acolhimento deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde, com postura ética e solidária (BRASIL, 2012).

É importante que o profissional de enfermagem disponha não somente de recursos técnicos como também realize um cuidado humanizado, sendo indispensável o diálogo para proporcionar o bem-estar da gestante, auxiliando-a e a seus familiares, na prevenção e no enfrentamento da patologia e do sofrimento (HERCULANO et al., 2011).

Os depoimentos, além de enfatizarem mais as questões técnicas e ligadas à mulher, apontaram divergências na forma de realizar o cuidado entre os profissionais de enfermagem, sendo este embasado em conhecimentos pessoais e de acordo com os plantões, sem haver uma uniformidade de cuidados. Isto também aconteceu com as condutas

médicas, sobretudo em relação a verificação dos sinais vitais (intervalo de tempo para verificação, posição corporal e braço) repouso e dieta. Sendo expostas as falas nos seguintes fragmentos:

“[...] muitas vezes, um fala uma coisa e outro fala outra, e, assim, eles ficam muito perdidos. Isso já é uma zona de conflito, essa quantidade de informações e eles estão naquela, querendo correr, querendo saber o que vai acontecer, se vai acontecer algo”(T3).

“[...] muitas vezes, uma equipe cuida de um jeito, tem uma conduta e em outra equipe é outra conduta [...]”(E5).

“Tem médico que até sulfatando, fala para levantar, e a gente se sente: como assim? Você faz um cuidado que você é orientada a deixar a paciente em repouso [...]os sinais vitais é rotina... serem feitas de uma em uma hora, durante a noite, se a paciente está com a pressão normal e ela está dormindo e não é uma paciente que está induzindo, a gente pergunta para o médico que diz que não precisa verificar de uma em uma hora, que pode verificar de duas em duas para deixar a paciente repousar [...] claro que há casos e casos, se é uma paciente que está com a pressão alta, eu acho que não é nem de uma em uma hora, é a cada quinze minutos, a cada trinta minutos. A gente verifica até estabilizar, e se está normalizada, eu acho que não precisa estar de quinze em quinze ou de trinta em trinta”(T1).

“Com relação à verificação de sinais nem sempre o profissional orienta a ficar na posição correta. Isso é uma questão bem comum que nesse curto tempo eu consegui identificar. A assiduidade da verificação desse sinal também existe controvérsias entre algumas condutas. Até tem uns protocolos que trazem que não precisa ser visto esses sinais de hora em hora, mas de duas em duas horas, e tem algumas divergências de condutas entre uma equipe e outra, com relação a isso [...]”(E4).

Em relação aos procedimentos verificação da PA e repouso também há divergências na literatura internacional e brasileira. As evidências científicas apontam condutas diferenciadas sobre o repouso, dietas e sinais vitais.

Aguiar et al., (2010) trazem como cuidados de enfermagem à mulher com pré-eclâmpsia: aferição dos níveis pressóricos quatro vezes ao dia, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo, repouso no leito nesta mesma posição, medição diária de peso, avaliação cotidiana da

proteinúria, controle da diurese nas 24 horas, orientações para verificação materna diária dos movimentos fetais e observação dos sinais e sintomas clínicos da SHEG. Di marco et al. (2010), Moreno, Monteros (2011), Sampaio et al. (2013), Snydal (2014) e Vieira (2015) ainda acrescentam: verificação de peso em jejum, ausculta BCF de quatro em quatro horas, avaliar ingesta hídrica e a eliminação urinária (balanço hídrico), dieta hipossódica e rica em proteínas, investigar sinais premonitórios de eclampsia e de parto, cuidados com proteinúria, informações sobre procedimentos ao paciente e familiar, ambiente de repouso e tranquilidade, mudanças de decúbito, membros inferiores elevados, identificação de sintomas subjetivos e fatores de riscos potenciais.

Estudo de Sampaio et al. (2013) ressalta além do exposto orientações e acompanhamento clínico rigoroso por profissionais da saúde.

Já a literatura internacional refere a técnica para verificar a pressão arterial deve ser adequada e padronizada para identificar e monitorar a hipertensão. A cafeína e o cigarro devem ser evitados durante pelo menos 30 minutos antes da verificação, a bexiga de preferência deve estar vazia, o paciente necessita ficar em repouso cinco minutos em ambiente calmo e após atividade aguardar 20 minutos. Nem a paciente nem o observador treinado devem falar durante a própria medida. A pressão arterial deve ser verificada com a mulher sentada em uma cadeira com os pés apoiados no chão, com o braço apoiado em nível do coração. Se postura sentada ereta não for possível, a pressão arterial deve ser medida no DLE, e deve-se reconhecer que a pressão arterial será reduzida em alguns mmHg. A braçadeira de pressão sanguínea deve ser apropriada em tamanho de modo que a bexiga inflável cobre 75% -100% da circunferência da parte superior do braço. A pressão arterial deve ser medida nos dois braços na primeira vez. Idealmente, usar o braço com o maior valor registrado para todas as determinações subsequentes. Esfigmomanômetros de mercúrio continuam a ser o padrão ouro para medição da pressão arterial durante a gravidez. Os aparelhos aneróides devem ser calibrados a cada 2 anos, tendo como parâmetros os valores aferidos em um esfigmomanômetro de mercúrio. Korotkoff fase V (desaparecimento do som) deve preferencialmente ser utilizado para verificar a PA diastólica, porém se aceita ambos Korotkoff fase IV (abafamento) e V (desaparecimento) (CANADIAN HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY WORKING GROUP, 2012; KACICA et al., 2013; INSTITUTE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS DE IRELAND, 2013;

MAGEE et al., 2014; KING EDWARD MEMORIAL HOSPITAL, 2014). Segundo estudos de Vieira (2015), seu principal resultado refere-se ao tempo em que a medida da pressão arterial se associa ao momento de estabilização para diagnóstico da síndrome hipertensiva específica da gestação. Após a análise dos dados da pesquisa, recomenda-se a observação de um tempo de 3h para determinação diagnóstica e condutas associadas. Em contrapartida, sua revisão baseada em diretrizes de referências, observou-se que o tempo recomendado é de 4 ou 6 horas, contudo este não é consenso para os demais protocolos revisados.

Em se tratando da pré-eclampsia é fundamental que se estabeleça precocemente o diagnóstico para efetuar suas devidas intervenções, a fim de estar proporcionando uma gestação com menos riscos para o binômio mãe e filho. Sendo que para realizar o diagnóstico de pré-eclampsia é preciso identificar a existência da síndrome hipertensiva na paciente e classificar a intensidade do agravamento hipertensivo. Estudo de Amorim et al. (2010), classifica a síndrome hipertensiva específica da gestação em duas formas: pre-eclampsia (forma não convulsiva marcada pela hipertensão aguda após a vigésima semana de gestação), e eclampsia (episódios convulsivos consequentes a efeitos cerebrais profundos da pré-eclampsia). Além de caracterizar como eventos convulsivos ou não, estudo de Aguiar et al. (2010) descrevem que síndrome pode subdividir-se em duas formas de pré-eclampsia: leve à grave, e a eclampsia que é a evolução das manifestações da pré-eclampsia grave; (DI MARCO et al., 2010; BRASIL, 2012; BARRERA-CRUZ et al., 2013; FREIRES et al., 2013). Em uma pré-eclâmpsia leve a gestante pode apresentar os seguintes critérios: aumento súbito de peso (maior ou igual a 500g/semana), seguido de edema generalizado, aferição da pressão sanguínea apresentando níveis pressóricos de 140x90mmHg (obtidas em 2 amostras espaçadas de pelo menos 4 horas após a vigésima semana de gestação), níveis de *proteinúria* na urina maior ou igual a 300mg/24h e menor que 5g/24h, obtidas em 2 amostras espaçadas de 6 horas). No caso de pré-eclâmpsia grave a gestante deve apresentar os seguintes critérios: aferições da pressão arterial apresentando níveis pressóricos maior ou igual a 160x110mmHg em 2 ocasiões espaçadas de 6 horas, *proteinúria* maior ou igual a 5g/24h, oligúria (menos que 500ml/24h), dor epigástrica, dificuldade de respiração e distúrbios visuais (TOWNSEND; DRUMMOND, 2011; BRASIL, 2012; BARRERA-CRUZ et al., 2013). Vasquez e Acuña (2014) acrescentam ainda alteração hepatocelular, trombocitopenia e coagulopatia. Contudo para estes autores, apenas a

alteração dos níveis pressóricos iguais ou maiores que 160x110mmHg basta para efetuar o diagnóstico de pré-eclâmpsia grave.

Kacica et al. (2013) ressaltam a importância de uma estratificada avaliação clínica e laboratorial, incluindo hemograma completo e diferenciado, contagem de plaquetas, coagulograma, creatinina sérica, glicose, enzima hepáticas, albumina sérica e ácido úrico, devido a uma associação de complicações perinatais.

Para as mulheres com hipertensão gestacional (sem pré-eclâmpsia), repouso relativo no leito no hospital (atividade irrestrita em casa) pode ser útil para diminuir a hipertensão grave e trabalho de parto prematuro. (Nível de evidência I-B). Para as mulheres com pré-eclâmpsia que estão hospitalizadas, sem características graves, (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013; MAGEE et al., 2014) o repouso absoluto não é recomendado. (Nível de evidência I A). Contudo, segundo Kacica et al. (2013), o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2013) e WHO (2011) se faz necessário realizar mais pesquisas neste sentido e esta conduta pode ser adotada de forma personalizada para algumas mulheres.

Segundo o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2013), a recomendação não cobre atividade física geral ou trabalho manual ou no escritório. Para todas as outras mulheres com HDP, a evidência é insuficiente para fazer uma recomendação de repouso no leito como rotina, contudo, podem ser aconselhadas de acordo com sua situação de saúde, ou seja, de forma individual para algumas mulheres com base nas considerações da prática. (Nível de evidência III-C). Tais recomendações se aplicam a mulheres com hipertensão gestacional ou pré-existente (CANADIAN HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY WORKING GROUP, 2012; MAGEE et al., 2014).

Não há evidência suficiente para recomendar uma dieta com restrição severa de sal em qualquer síndrome hipertensiva, contudo a restrição de sal em curso (dieta hipossódica) entre as mulheres com hipertensão pré-existente, dieta saudável para cardíacos e para mulheres com obesidade (CANADIAN HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY WORKING GROUP, 2012; MAGEE et al., 2014.). A dieta não deve ter quantidade excessiva de sal para todas as pessoas e não restritas a mulher com hipertensão (WHO, 2011).

Categoria 4 – Limitações no cuidado

As participantes apontaram como limitações para o desenvolvimento do cuidado, fatores estruturais, administrativos e assistenciais. Em relação às questões estruturais, levantou-se a necessidade de reforma no CO, já que a superlotação determina o local de internação, podendo uma mulher com pré-eclâmpsia moderada ou grave ser alocada na sala de recuperação junto com puérperas. O ambiente não ser privativo, inadequado, sem banheiro, com ruídos, luminosidade e com fluxo de pessoas, bem como a inexistência de uma UTI obstétrica, constituem-se outras dificuldades. No que tange as questões administrativas: inexistência de aparelhos de pressão calibrados em número adequado e com aferições confiáveis e de mais sonares em funcionamento adequado, de poltrona para o acompanhante e mulher, de uma cadeira para o banho e de carrinho de emergência. Ainda são fatores dificultadores, a falta de um funcionário fixo e habilitado para exercer os controles e disponível 24 horas para atenção e vigilância à mulher, o que compromete a assistência. Além disso, um plano de capacitação para os funcionários nestas situações, o que não vem acontecendo em função dos problemas administrativos, em especial da falta de profissionais. No que se refere às questões assistenciais destacaram: 1-Divergências relativas: ao período de intervalo para a verificação da PA (de 15 em 15 minutos até estabilizar, de hora em hora ou de 4 em 4 horas), posição corporal para verificação e braço de escolha; relacionadas ao repouso absoluto ou relativo e também da dieta, dependente da percepção dos profissionais ou prescrição médica. Necessidade de estabelecer os mesmos horários para a realização dos sinais vitais e avaliação do bem estar do bebê (BCF e movimentos) 2-Inexistência de um plano de cuidados de enfermagem em relação a questão do uso do sulfato e cuidados (controles respiratório, neurológico e da diurese, cuidados higiene e eliminações no leito ou não) e dos demais medicamentos utilizados na pré-eclâmpsia (cuidados diante dos efeitos colaterais), da verificação de PA, do repouso, das dietas, da diurese e demais cuidados ficando alguns na dependência do médico; 3-Demora para estabelecer um diagnóstico da situação da mulher porque a atenção é realizada por alunos, residentes e doutorandos, até chegar um diagnóstico pelo STAFF; 4- Falta de atuação do serviço de nutrição, especificamente dentro CO, e de cardápios com dieta específica, necessidades e preferências da mulher, sobretudo à noite (suco ou lanche), e falta do serviço social e do psicólogo atuando integralmente no CO. 5- Não ser uma prática de todos estimular atividade lúdica

quando a mulher está com o quadro instável (televisão, livros, artesanato) para reduzir a ansiedade e ociosidade, sendo as limitações evidenciadas nas seguintes falas:

“Existem dificuldades porque o ambiente não é adequado, o fluxo de pessoas não é adequado, e muitas vezes, o número de pessoas também não é [...] não é área arejada, é uma sala fechada, e a nossa sala de recuperação também não é um ambiente adequado [...]” (E6).

“[...] aqui no centro obstétrico a gente não cuida da questão de proporcionar uma atividade lúdica criativa para que a mulher passe esse tempo ocioso, que a mulher não ficasse o tempo todo só ouvindo coisas[...] interagir com outros serviços que poderiam estar vindo aqui e fazer atividades para essas pessoas: lúdicas, pinturas, outras coisas, para que esse tempo fosse mais bem ocupado e essa mulher não ficasse tão estressada [...]” (E6).

“Eles verificam em qualquer membro [...] cada equipe que chega, não existe padrão, sempre verificam a pressão em decúbito, no membro superior esquerdo. Muitas vezes, esse está muito edemaciado, então, vamos ao membro inferior esquerdo ou direito. Assim, se tivesse uma padronização para toda equipe escrita para que sempre se verificasse no mesmo local do mesmo jeito, para que o resultado seja fiel” (E6).

“A única maneira de estar melhorando esse cuidado, é reciclando, fazendo reciclagem, fazendo um oficina teórico/prática, não é só teoria, teria que fazer tipo um teatro, de repente um teatro onde primeiro as pessoas fossem representar um atendimento com paciente com pré eclampsia [...]faria uma reflexão sobre, que condutas foram adequadas, que condutas precisam ser melhoradas, que condutas foram inadequadas e ai sim, joga o científico atualizado. [...] cada um vai refletir sobre a sua conduta, porque você como enfermeira, fez isso? Porque você, como técnico, fez aquilo? Porque você verificou de tanto em tanto tempo? Tenta fazer pelo menos a prescrição básica padronizada para uma mulher com doença hipertensiva” (E6).

“Gluconato de cálcio que é o antídoto do sulfato. A gente usa solução de hidralazina que é muito utilizada para baixar a pressão arterial e que ela é considerada a menos tóxica para o bebê e ela pode ser repetida a cada 20 minutos até que a pressão fique estável. Outras medicações nifedipina [...], mas as medicações para hipertensão vão ser essas, na verdade, o sulfato de magnésio não é anti-hipertensivo é

anticonvulsivante é só pra diminuir a sensibilidade do cérebro a convulsão ali até que se possa deixar em um nível adequado para que ela possa estar em condições de ter esse bebê. Então, o sulfato... Existe todo um cuidado, que ele pode fazer impregnação, pode fazer parada respiratória, parada cardíaca. Então, ele exige controle de diurese, controle de P.A., controle de respiração, de reflexo patelar. Então, esses reflexos esse controle não é feito pelo técnico de enfermagem, é pela enfermeira ou pelo médico. Os reflexos e faz o controle da P.A., a respiração e os reflexos é o enfermeiro e a diurese é feito pelo técnico. A gente vai avaliando de quanto em quanto tempo tem que ser feito, o que tem que verificar ou se vai ser suspenso ou o que o médico vai fazer em relação ao sulfato, se vai diminuir a dose ou vai aumentar a dose”(E6).

“Creio que devemos ter um local adequado para atender pacientes com pré-eclâmpsia, um ambiente mais calmo, escuro e sem muito barulho” (E1).

“Mesmo leito, deveria ter um quarto separado, mais tranquilo [...] Às vezes está faltando aparelho e tenho que ficar pedindo emprestado. O aparelho não invasivo deveria ficar com a paciente com pré-eclâmpsia em vez de ficar tirando e colocando toda vez que for verificar a pressão” (T4).

“[...] os sinais vitais [...] eu vejo com ela deitada em decúbito esquerdo, no membro esquerdo e se a pressão estiver muito alta ela vai ser medicada e dentro de trinta minutos eu vou verificar ela de novo e depois que normalizou daqui a uma hora”(T4).

“Precisamos de um ambiente tranquilo, pouca luminosidade, arejado, que ela se sinta segura, ter alguém que possa cuidar dela com paciência e que responda suas perguntas. Poderia ser mudado o local onde elas ficam. O uso de música para acalmar, uma TV para distrair, uma revista, um livro, algo para distrair, seria interessante usar algo educativo sobre gestação, bebe, como lidar” (T4).

“Muitas vezes uma paciente entra no setor e fica muito à deriva até chegar um diagnóstico porque muitas vezes fica na mão dos alunos, residentes e doutorandos, até chegar um diagnóstico no staff [...] estabilizar um paciente desses as vezes demora”(T3).

“Um espaço físico adequado, seria excelente, [...] depois o aparelho de pressão [...] uma boa cama, uma poltrona do lado, [...] um pop desse segmento. Esse negócio da nutrição é uma coisa fácil porque com certeza a nutricionista poderia elaborar um cardápio pré-elaborado” (T3).

“Hidralazina, sulfato de magnésio, metildopa, às vezes captopril dependendo do paciente, principalmente a hidralazina” (T3).

“É mais pelos aparelhos, que não tem aparelhos de pressão arterial suficiente” (T5).

“A dificuldade que eu percebo é, sempre que chega uma mulher com pré-eclâmpsia, a gente tem que estar perguntando para o médico, se é repouso absoluto, se não é repouso absoluto [...] Não tem uma rotina padronizada escrita, então, fica tudo muito confuso [...] Com relação da verificação da pressão arterial, o que eu percebo é que o pessoal verifica corretamente, mas as vezes falta aparelho de pressão”(E5).

“Ter um ambiente adequado para essa mulher que tem pressão alta porque ela geralmente fica entre as mulheres que estão em trabalho de parto. Aí tem grito, tem choro...O que torna o ambiente estressante para ela também” (E5).

“Podem ser vistos dependendo de como a mulher está. Pode ser visto com ela sentada ou deitada. Se a pressão deu alterada, a gente pede para ela deitar em decúbito lateral esquerdo. Se ela não esteve deitada ainda, para ver se a pressão melhora depois dela deitar em decúbito lateral esquerdo. Não sei quanto tempo assim, mas geralmente depois de uns 5 a 10 minutos, verifica-se de novo. Se estiver alta ainda, mesmo em decúbito lateral esquerdo, é comunicado ao médico. A gente coloca ela na posição e se a pressão continuar alta a gente faz a medicação prescrita. Geralmente é feita hidralazina, ai depois de vinte minutos que é administrado a hidralazina é verificado a pressão de novo, se continuar alta é feito hidralazina de novo até três vezes,[...] a gente coloca a mulher em decúbito lateral esquerdo e ai verifica, no direito. Mas tem que verificar no esquerdo, de preferência no esquerdo, algumas pessoas verificam nos dois [...]”(E5).

“[...] quando a mulher precisa de um sulfato de magnésio por exemplo, Sempre tem as dúvidas, a medicação que é feita em bomba de infusão, mas sempre tem uma confusão até com relação ao tempo de verificar uma pressão e outra. O sulfato de magnésio, para alguns, fazem 24h a partir do horário que começa; outros 24h depois do nascimento. As vezes, tiram uma hora antes; dose de ataque também, a gente aprendeu de um jeito, aqui tem médicos fazem de outro, não é assim uma rotina”(E5).

“Acho que a maior dificuldade está no local onde as gestantes ficam. Não é privativo, fica em área que não

favorece o repouso, sem banheiro no quarto, local apertado para o atendimento em casos grave como uma crise convulsiva [...]” (E2).

”[...] não temos o serviço de nutrição no C.O., seria interessante uma nutricionista para disponibilizar algo que ela goste e que ela precise receber, porque muitas vezes chega a dieta e a paciente não come porque não gosta de nada que tem servido”(T4).

“[...]o local não é adequado, porque ela fica em um cantinho. Não imagino um ambiente melhor, que fosse o ideal, e li não é tranquilo, e nem arejado, não tem nem janela [...]” (E3).

“Com relação à verificação de sinais nem sempre o profissional orienta a ficar na posição correta. Isso é uma questão bem comum que nesse curto tempo eu consegui identificar, a assiduidade da verificação desse sinal também existe controvérsias [...] até tem uns protocolos que trazem que não precisa ser visto esses sinais de hora em hora, mas de duas em duas horas, mas que não precisa ser de uma em uma hora, e tem algumas divergências de condutas entre uma equipe e outra, com relação a isso. [...] às vezes é possível que entre uma equipe e outra tenham uma conduta diferente” (E4).

“[...] a gente tem restrições estruturais do setor porque a gente só tem dois banheiros ali dentro, e a questão de privacidade também... Essa mulher está fazendo rotina de exames laboratoriais para confirmar o diagnóstico da doença e a gente não tem, às vezes, essa privacidade para ela fazer uma coleta de urina, ou para ela ir até o banheiro, porque a gente só tem dois e às vezes estão ocupados A gente tem diminuição de recursos humanos dentro da equipe, às vezes está restrita. Então, essa verificação precisa ser sistemática e precisa. Às vezes podem ter uma falha e outra e acaba passando um sintoma que a gente poderia estar identificando a tempo[...]com relação a assistência em si, aparelho em geral de verificação de pressão e para ausculta de BCF.... estão um pouco danificados... Pode ter uma diferença de valores que pode também dar um valor falso, não tão fidedigno desses sinais, aferição inadequada. A gente até tenta promover um ambiente mais tranquilo, mas ela normalmente não fica em um ambiente sozinha” (E4).

“Com relação ao sulfato, verificar dosagem, as dez certezas que agora a gente não tem... São dez certezas para a administração de medicações, a questão da via exclusiva para a administração da medicação, principalmente falando de sulfato [...] recomendação que a gente tem visto recentemente

é a administração em acesso venoso exclusivo para esse tipo de medicação [...] a instalação desse sistema, programação de uma bomba de infusão de forma correta, verificar se tem alguma reação para estar então intervindo com o antídoto no caso da mulher ter alguma reação, a gestante reagir à infusão do sulfato que eles usam outra medicação de antídoto o gluconato de cálcio [...] o tempo de infusão dessa medicação porque normalmente as mulheres ficam suportando por 24h e da hidralazina tem que atentar para a miligrama correta da medicação, os horários corretos. Estar verificando a eficácia da medicação, se realmente ela está intervindo na pressão, se está fazendo efeito. Eu acho que, em geral é isso, as dez certezas e verificar a cada 20 minutos a pressão para ver se está tendo algum efeito da medicação”(E1).

“Deveria ter mais aparelho de pressão, aparelhos confiáveis. Acho necessário padronizar o posicionamento da paciente e membro adequado durante as aferições”(E1).

“[...] se ela vem andando, espero 10 minutos para estabilizar a pressão e verificar, oriento sobre os exercícios, o chuveiro, a dieta, perguntando o que ela gosta de comer, a rotina do setor, ofereço revista porque as mulheres que entram ali não é para ter um parto normal? Um parto humanizado? Porque elas não podem ver um vídeo ou se distrair. Claro que se o som tá alto..., acho que é questão de bom senso e que cada caso é um caso, é questão de avaliar, mas se é normal, porque a gente não pode facilitar e proporcionar mais conforto, mais bem estar [...] no CO a gente segue as rotinas mas uma coisa que eu vejo, eu sempre tento me colocar no lugar da paciente, independente se tem pré-eclâmpsia ou não. Se fosse eu, se fosse minha filha ou minha mãe, eu tento tratar como gostaria de ser tratada ou tratassem alguém da minha família [...]”(T1).

“Hidralazina, às vezes o médico prescreve metildopa. Quando a paciente não responde bem ao tratamento da hidralazina, eles optam por sulfatar a paciente, deixa ela um pouco parada, sonda a paciente, ter um controle rigoroso dos sinais vitais, de diurese, de hora em hora, reflexo patelar que não é junto que faz, mas é feito pelo obstetra”(T1).

Para os profissionais existe motivação para se capacitar e fortalecer competências, mas existem fatores estruturais/administrativos que interferem na realização de práticas educativas e ao mesmo tempo impedem a realização de ações para melhorar o processo de trabalho e qualificar a assistência. Assim, todas as ações educativas devem estar

articuladas com os dispositivos de mudanças organizacionais e novo estilo de gerir pessoas, sempre integradas a toda a rede de saúde e políticas do Sistema Único de saúde (SUS). A transformação do processo de trabalho e da assistência implica no levantamento das necessidades, expectativas, problematização da realidade e suporte técnico e relacional para que os profissionais conscientes do seu compromisso e responsabilidade com o usuário percebam limitações e potencialidades de suas práticas, podendo revê-las e, se necessário, mudá-las ou ampliá-las (JESUS et al., 2010; ZAMPIERI, 2011).

Uma equipe multiprofissional capacitada, a disponibilidade da equipe, de equipamentos e infraestrutura são essenciais no atendimento à mulher com pré-eclâmpsia (SOARES et al., 2009).

Categoria 5 - Estratégias no Cuidar

Quatro aspectos foram relatados pelas participantes como estratégias para qualificar o cuidado prestado à mulher com pré-eclâmpsia. Foi unânime a necessidade de construir um plano de cuidados de enfermagem para superar as limitações apontadas, padronizar a realização dos cuidados com base em evidências científicas, com possibilidade de flexibilizar de acordo com as necessidades individuais de cada mulher. Sugeriu-se construí-lo ou, na impossibilidade, validá-lo coletivamente para maior adesão. Outra estratégia seria o encaminhamento dos problemas estruturais e administrativos para os setores competentes. As participantes destacaram como fundamental a capacitação dos membros da equipe de enfermagem sobre o cuidado à mulher com pré-eclâmpsia, com base nas necessidades emergidas no trabalho e fundamentos científicos. Sugeriram simulações, problematização da realidade e oficinas.

O resgate da humanização da assistência e sensibilização da equipe foi trazido por uma participante e de forma velada por todos ao se referirem ao acolhimento, necessidade de centrar a atenção na mulher e no bebê, valorizar suas colocações e respeitá-la, personalizar o atendimento, e de incluir o acompanhante/família, estimulando a participação.

Finalmente, uma das participantes trouxe uma estratégia tão importante como as demais, o diálogo com a atenção primária e fortalecimento do sistema de referência e contra referência. Reforçou a necessidade de acolhimento e resolutividade com acompanhamento das gestantes inclusive no domicílio, no primeiro nível de complexidade do

SUS, que reduziria as internações em nível terciário. Da mesma forma, a qualificação da assistência no âmbito hospitalar e uma contra referência adequada.

“[...] padronizar conduta. Eu sempre acreditei em normas de rotina, em procedimentos operacionais. Isso eu acho que é importante. Penso que o profissional precisa de um subsídio de consulta, amparado em evidências científicas, para que a gente possa estar uniformizando essas assistências, a fim de que a paciente possa ser assistida de forma adequada”(E4).

“Uma rotina escrita, mas pensando em cada mulher individualmente. Ter mais recursos materiais, ambiente adequado [...]” (E5).

“Um pop específico para essas pacientes, porque se você tem um pop você tem algo a seguir [...]” (T3).

“[...] A gente precisa de atualização, porque sempre tem alguma coisa nova para se aprender ou aperfeiçoar o conhecimento [...]” (T1).

“Ter um pop para todos seguirem um mesmo padrão [...] porque um faz de um jeito e outro faz de outro” (E2).

“Deveriam ser acolhidas de maneira tranquila, oferecendo um cuidado competente e gentil, respeitando o ambiente em que se encontram e tentando amenizar suas dúvidas e medos” (E2).

“Dar apoio emocional à gestante e família, orientar importância da adesão ao tratamento, preparar para cesariana em caso de indicação. Orientar sobre a cirurgia e cuidados que serão prestados ao RN, inclusive falando sobre a possibilidade deste ser encaminhado a neonatologia. Ouvir com atenção as dúvidas e receios da gestante e acompanhante procurando esclarecê-los e tranquilizá-los”(E2).

“[...] precisamos reforçar com a equipe técnica a etiologia, os riscos e gravidade da pré-eclâmpsia, para que todos se conscientizem de seu papel na promoção do conforto e da segurança da paciente” (E2).

“[...] De repente um outro local, um quarto mais longe do barulho que ela fique sozinha, sem outra paciente, a fim de que possa ficar tranquila”(T4).

“Acalmar a mulher e a família, dizendo que vai dar tudo certo, que vai ser bem acompanhada, orientar sobre a doença, complicações, sinais, sintomas e evoluções”(E1).

“Deveria ter mais aparelho de pressão, aparelhos confiáveis, acho necessário padronizar posicionamento da paciente [...]” (E1).

“O local deveria ser adequado, e um remanejamento de equipe devido a demanda. Um psicólogo para não acumular ainda mais as tarefas que já efetuamos” (E1).

“Poderia ter um acordo com a nutrição, para ela faz um cardápio específico para elas, ou até mesmo que a nutricionista ver a preferência dela, para tentar fazer ela comer, porque, muitas vezes, vem a dieta e as pacientes acabam não comendo”(T4).

“Uma situação emocional que esteja acarretando essas alterações. A gente como equipe multiprofissional, temos o dever de estar identificando essas lacunas, essas causas, e estar direcionando para um profissional capacitado para que ele possa estar fazendo essa abordagem, mas é claro que a escuta ativa e toda aquela assistência que faz parte inerente do ser humano [...] assistência humanizada, a gente tem que ter em todo momento a qualquer hora e em qualquer coisa que a gente for fazer”(E4).

“O que poderia melhorar o cuidado a estas mulheres seria a realização de capacitação técnica (medicações utilizadas, reações que podem ocorrer, quais os cuidados; o porquê do silêncio, do repouso, de manter o quarto mais na penumbra; entre outros) e oficinas de sensibilização e de resgate da humanização. Porque humanizar é se preocupar e cuidar com amor” (E5).

De acordo com Oliveira e Lima (2014), os protocolos devem ser baseados em critérios clínicos e realizados com linguagem universal como ferramenta de apoio com o propósito de identificar o paciente crítico ou mais grave, ordenando toda a demanda de assistência priorizando um atendimento rápido e seguro. Moreira e Souza (2006) revelam que para maior eficácia e efetividade dos cuidados é preciso estabelecer plano de cuidados e procedimentos confiáveis, com base em pesquisas, em evidências clínicas e na prática assistencial. É necessário que estes sejam construídos e planejados de maneira prática e objetiva, com base na realidade e nas necessidades dos clientes, devendo ser de fácil acesso e utilização, e com linguagem apropriada e utilização. Publicações reconhecidas somados a expertise dos profissionais (vivência, interpretação da evidência e aplicação dos cuidados necessários aquele que procura o serviço, levando em conta os valores, crenças e preferências deste), evitam danos e qualificam a assistência.

A educação permanente não é reduzida a um grupo específico, mas é um compromisso de todos os envolvidos no processo, um compromisso social. É fundamental criar espaços de para problematizar

as situações do cotidiano do trabalho, dominar as tecnologias e saberes atuais, de forma que lhes possibilite pensar e buscar soluções criativas para os problemas e gerar transformações sociais, pessoais e profissionais (JESUS et al., 2011). A educação é o caminho permanente para desenvolver a capacidade crítico-reflexiva dos sujeitos e, para a construção coletiva de conhecimentos, fundamentado na realidade. Propicia reflexão compartilhada, participação ativa dos profissionais, problematização da realidade; fortalece a autonomia e as competências profissionais, gera produção de novos saberes e transformações no trabalho, sendo fundamental a continuidade do processo (MÜLLER; ZAMPIERI, 2014).

Segundo estudo de Vieira (2015), seu principal resultado refere-se ao tempo em que a medida da pressão arterial se associa ao momento de estabilização para diagnóstico da síndrome hipertensiva específica da gestação. Após a análise dos dados da pesquisa, recomenda-se a observação de um tempo de 3h para determinação diagnóstica e condutas associadas. Em contrapartida, sua revisão baseada em diretrizes de referências, observou-se que o tempo recomendado é de 4 ou 6 horas, contudo este não é consenso para os demais protocolos revisados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como principais resultados o estudo revela que há preocupação e empenho da equipe de enfermagem para prestar um cuidado qualificado à gestante com pré-eclâmpsia, situação de saúde de grande risco, vulnerabilidade que merece atenção especial, vigilância intensiva e especializada.

Desvela que há divergências na realização dos cuidados, sobretudo na verificação dos sinais vitais, repouso e dieta e há insuficientes informações sobre as síndromes hipertensivas e cuidados, denotando e ratificando a necessidade de problematizar esta temática e propiciar a capacitação da equipe de enfermagem.

Aponta que a atenção, por vezes, é centrada na técnica, mecanizada e biológica, necessitando rever o modelo de assistência prestado com vistas a atender a mulher com pré-eclâmpsia em sua integralidade e multidimensionalidade, resgatar a humanização do cuidado para qualificar o atendimento. Traz limitações administrativas e estruturais, sendo as mais importantes, o reduzido número de aparelhos para verificar a pressão e carro de emergência, ambiente inadequado e a

falta de recursos humanos, que podem ser superados com o apoio da gestão da instituição e com a criatividade da equipe, e não impedem o desenvolvimento de ações que visem melhorar as limitações assistenciais.

Destaca que as poucas referências brasileiras existentes, na sua maioria, abordam de forma incipiente os cuidados de enfermagem e quando o fazem trazem informações que contradizem evidências científicas em publicações internacionais recentes. As estratégias para ampliar as qualidades levantadas incluem: articulação entre a atenção primária e terciária, facilitando a referência e contra referência: construção de um plano de cuidados e a possibilidade de educação permanente para sensibilizar a equipe para a humanização do cuidado, para ampliar e atualizar conhecimentos técnicos e comportamentais.

Revela que a assistência de enfermagem é um serviço indispensável na vigilância e reconhecimento das características clínicas e fatores de risco, sendo que a prática de enfermagem realizada de forma adequada é capaz de reduzir os agravos e complicações geradas pela pré-eclâmpsia.

O cuidado prestado, qualificado, holístico, padronizado e personalizado para com as gestantes de risco, sobretudo aquelas com pré-eclâmpsia, centrando-se na mulher em sua integralidade e não apenas na patologia, deve ser garantido pelos serviços de saúde públicos e privado, sendo fator primordial de redução de morbimortalidade maternas e fetais.

Para direcionar os cuidados, estabelecer condutas uniformes da equipe, com a possibilidade de adaptá-las as necessidades de cada gestante, a construção de um plano de cuidados com base na experiência dos profissionais e evidências científicas é fundamental. Os planos de cuidados são criações que buscam sistematizar, atualizar e padronizar a prática de enfermagem. Eles agregam conhecimento atual, experiências profissionais aos advindos da pesquisa, incluem as boas práticas, aquelas que garantem maior efetividade e impedem intervenções desnecessárias, diminuem custos com a internação, melhoram o estado de saúde de quem é cuidada, qualificam o cuidado, promovem segurança e a satisfação dos usuários que procuram os serviços e profissionais de enfermagem/saúde, podendo ser decisivo no processo de transformação e qualificação da prática cotidiana nas instituições hospitalares.

Para que profissional de enfermagem possa atuar dentro de suas competências para o atendimento à mulher e acompanhante em todas as dimensões, faz-se necessário que os serviços de saúde empreendam uma

política de educação permanente a partir da realidade, de preferência de forma coletiva, partindo da prática e a ela retornando através de soluções para os problemas encontrados, fortalecendo a tomada de decisões dos profissionais. Além disso, sensibilizar os membros da equipe a importância do acolhimento/assistência humanizada, reforçando a troca de informações, a escuta atenta e minimização de dúvidas, medos, anseios e estímulo as esperanças da gestante, a fim de diminuir a vulnerabilidade e aumentar a predisposição da mulher para o enfrentamento das dificuldades diante seu estado de saúde.

O estudo trouxe maior visibilidade ao trabalho desenvolvido pela enfermagem, ampliou a produção de conhecimento na área e forneceu subsídios para a equipe de enfermagem refletir e rever sua atuação à mulher com pré-eclâmpsia.

Este tema é abrangente e ainda inacabado, sendo necessários novos aprofundamentos outros âmbitos públicos e privados. Recomenda-se realizar estudos na percepção das mulheres com pré-eclâmpsia, gestores, outros profissionais da área de saúde, na atenção básica e hospitalar, bem como novas revisões que em abordem esta situação de saúde.

São necessárias novas pesquisas voltadas ao cuidado de mulheres com pré-eclâmpsia com enfoque nos cuidados de enfermagem a fim de que todo e qualquer profissional da saúde, principalmente enfermeiros e técnicos de enfermagem, sintam-se mais preparados e amparados e possam padronizar cuidados e atualizá-los em prol de assistência resolutiva, eficaz, competente e responsável.

REFERÊNCIAS

AMORIM, N. D. M. **Avaliação de implementação das ações de controle da gestação de alto risco:** cuidados a gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceitos. 2010. 110p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <<http://migre.me/uHnwt>>. Acesso em: 20 maio 2016.

AGUIAR, M. I. F. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.11, n. 4, p.66-75, out/dez 2010. Disponível em: <

http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a07v11n4.pdf>. Acesso em: 20 maio 2016.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Weight gain during pregnancy. Committee Opinion n°. 548. American College of Obstetricians and Gynecologists. **Obstetrics and gynecology**, v. 121, p. 210-12, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**: relatório final. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 20 maio 2016.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. New York: Oxford University Press, 1994.

BARRA, S. et al. Hipertensão arterial na grávida: o atual estado da arte. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 31, n. 6, p. 425-432, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/257264606_Hipertensao_arterial_na_gravida_o_atual_estado_da_arte>. Acesso em: 20 maio 2016.

BARRERA-CRUZ, A. et. al. Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia/eclampsia. **Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 21, n. 2, p. 91-104, 2013. Disponível em: <<http://migre.me/uHYqn>>. Acesso em: 20 maio 2016.

CHAUI, M. Convite à filosofia, São Paulo Ática, 2000, 12 ed.

CANADIAN HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY WORKING GROUP (Org.). Association of Ontario Midwives. **Hypertensive Disorders of Pregnancy**. Association of Ontario Midwives, 2012. Disponível em: <<http://migre.me/uLKDP>>. Acesso em: 20 maio 2016.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007

DULEY, L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. In: **Seminars in perinatology**. WB Saunders, 2009. p. 130-137. Disponível em: <<http://migre.me/uHYfy>>. Acesso em 20 maio 2016.

DI MARCO, I. et al. Guia de practica clinica: Estados hipertensivos del embarazo 2010. **Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá**, v. 79, n. 4, 2011. p. 70-93. Disponível em: <<http://migre.me/uHnAH>>. Acesso em: 20 maio 2016

FAVERO, L; WALL, M. L.; LACERDA, M. R. Diferenças conceituais em termos utilizados na produção científica da enfermagem brasileira. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 534-42.

FREIRE. Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

FREIRES, M. B. et al. Percepção da gestante pré-eclamptica quanto a assistência de enfermagem durante o período de hospitalização. **Revista de psicologia**, ano 7, n 19, 2013. Disponível em: <<http://idonline.emnuvens.com.br/id>>. Acesso em: 20 maio 2016.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**, 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HANDEM, P.C; et. al. **Metodologia: interpretando autores**. 3 ed. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis Editora, 2008.

HERCULANO, M. M. S. et al. Aplicação do processo de enfermagem a paciente com hipertensão gestacional fundamentada em Ordem. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 2, 401-8,

2011. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/171/0>>. Acesso em: 20 maio 2016

INSTITUTE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS. **Clinical practice guideline: The Diagnosis and Management of Pré-eclampsia and eclampsia.** v. 1, n. 3, 2013.

JESUS, M. C. P. et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1229-1236, 2011 Disponível em: <<http://migre.me/uHYgH>>. Acesso em: 26 jul 2016.

KACICA, M. et al. **Hypertensive Disorders in Pregnancy**, New York State Department of Health, 2013 Disponível em: <<http://migre.me/uLKEz>>. Acesso em: 20 maio 2016.

KING EDWARD MEMORIAL HOSPITAL. **Women and newborn health service dpms obstetrics and midwifery guidelines clinical guidelines complications of pregnancy hypertension in pregnancy**, 2014. Disponível em: <http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guide_lines/sectionb/2/5146.pdf>. Acesso em: 20 maio 2016.

LOWE, S. A. et al. **The SOMANZ guideline for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2014**. Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand (SOMANZ), 2014. Disponível em: <www.somanz.org/>. Acesso em: 20 maio 2016.

Moreira, M.A.. Mapas conceituais e aprendizagem significativa. São Paulo: Centauro Editora.2010, p.1-44

MÜLLER, E. B. **Cuidados ao recém-nascido no Centro Obstétrico: uma proposta de enfermeiras com base nas boas práticas.** 2012. 209 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto.** Florianópolis, 2003. 472 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2003.

MORENO, E.; MONTEROS, L. G. **Cuidados de enfermagem em pacientes preeclámpticas atendidas em el hospital Isidro Ayora de Loja, septiembre 2010- abril 2011.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Carrera de Enfermería, Universidad Nacional de Loja, Ucuador. 2011. Disponível em: <<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/7351>>. Acesso em: 20 maio 2016.

MAGEE, L. A. et al. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 36, n. 7, p. 575-576, 2014. Disponível em: <<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/7351><http://migre.me/uSZK0>>. Acesso em: 20 maio 2016.

MOREIRA, M C.; SOUZA, S. R. **Procedimentos e protocolos.** v.1. Rio de Janeiro: LAB, 2006.

Neves RS. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. *Rev Bras Enferm* 2006 jul-ago; 59(4): 556-9.

NOGUEIRA, I. A. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **Enfermagem.** Boletim INFOSAÚDE. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1. 2004.

NORONHA NETO, C.; SOUZA, A. S. R. de; AMORIM, M. M. R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, v. 32, n. 9, p. 459-68, 2010. Disponível em: <<http://migre.me/uUeLo>>. Acesso em: 05 setembro 2016.

OLIVEIRA, G. A. G; LIMA, S. M. R. **Ações do enfermeiro no atendimento da paciente na pré-eclâmpsia.** Especialização. Enfermagem em Emergência, Salvador, 2014. Disponível em: <<http://migre.me/uT0IK>>. Acesso em: 20 maio 2016.

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F.; BRUGGEMANN, O. M. Humanizar é preciso: escute o som desta melodia. In: **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

PEDREIRA, M. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.1, p.880, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/07.pdf>>. Acesso em: 05 setembro 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PASCHOAL A. S, MANTOVANI M. F., LACERDA, M. R. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 336, 2006. Disponível em: <<http://migre.me/uLKF6>>. Acesso em: 20 maio 2016.

RAMOS, C. C. S. Monitorização hemodinâmica invasiva a beira do leito: avaliação e protocolo de cuidados de enfermagem.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, n. 3, set.2008. Disponível em: <<http://migre.me/uLM2c>> Acesso em: 06 de janeiro 2013.

RAMOS, F.R.S.; VERDI, M. M.; KLEBA, M. E. **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem**. Florianópolis: Ed. da UFSC (Serie Enfermagem Repensul), 1999.

RAWLS, J. **Justiça como Equidade: uma reformulação**. São Paulo: Martins, 2003

SILVA, U. G. **Educação permanente em saúde: Práticas humanizadas no CO de um Hospital Universitário**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINUS, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://migre.me/uSZOf>>. Acesso em: 20 maio 2016.

SOARES, V. M. N. et al. Mortalidade materna por pré-eclampsia/eclampsia em um estado do Sul do Brasil. **Revista brasileira de ginecologia & obstetria**, v.31, n.11, p. 566-573, 2009. Disponível em: <<http://migre.me/uT1Ee>>. Acesso em: 01 maio 2015.

SAY, D. C. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, v. 2, n. 6, p. e323-e333, 2014.. Disponível em: <<http://migre.me/uSZN8>>. Acesso em: 20 maio 2016.

SAMPAIO, T. A. F. et al. Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. **Revista Saúde Física & Mental**, v. 2, n. 1, p. 36-45, 2013 Disponível em:<<http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/SFM/article/view/791>>. Acesso em: 20 maio 2016.

SNYDAL, S. Major changes in diagnosis and management of preeclampsia. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 59, n. 6, p. 596-605, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25377651>>. Acesso em: 20 maio 2016.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. Florianópolis: Insular, 2004.

TOWNSEND, N. S.; DRUMMOND, S. B. Preeclampsia: Pathophysiology and implications for care. **The Journal of perinatal & neonatal nursing**, v. 25, n. 3, p. 245-252, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21825914>>. Acesso em: 20 maio 2016.

VÁSQUEZ, C. L.; ACUÑA, G. P. P. La vivencia de la pre-eclampsia: una dura travesía para la cual no se está preparada. **Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud**, v. 46, n. 2, p. 159-168, 2014. Disponível em: <<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/4365>>. Acesso em: 20 maio 2016.

VIEIRA, M. R. **Avaliação das medidas de pressão arterial em gestantes com doença hipertensiva gestacional**. Tese. (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de

Medicina, Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/7930>>. Acesso em: 20 maio 2016.

WALL, M. L. **Tecnologias educativas:** subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB editora, 2001.

ZANETTE, E. et al. Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: a Brazilian multicenter surveillance study. *Reproductive health*, v. 11, n. 1, p. 1, 2014 Disponível em: <<http://migre.me/uSZSX>>. Acesso em: 20 maio 2016.

5.2 PROPOSTA DE UM PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GESTANTE INTERNADA COM PRÉ-ECLÂMPSIA, NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

A construção desta proposta de cuidados teve como subsídios as informações advindas da entrevista semiestruturada com os membros da equipe de enfermagem enfermeiros, residente de enfermagem e técnicos de enfermagem lotados no centro obstétrico (CO) do Hospital Universitário e também da revisão integrativa em artigos, dissertações, teses e *guidelines*. Posteriormente, será debatida e validada pelo grupo, outros profissionais no setor e com os demais setores envolvidos para implantação dos cuidados. Esta consiste de uma definição da gestação de alto risco, com enfoque na pré-eclâmpsia e cuidados relativos a esta situação de saúde.

GESTAÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico especial para a gestante e o acompanhante, que envolve mudanças físicas, sociais e emocionais. Trata-se de um evento natural, uma experiência normal e saudável, sendo que na maioria das vezes sua evolução transcorre sem grandes problemas, intercorrências ou complicações. Porém, dependendo de características particulares da gestação ou da gestante pode ocorrer uma evolução desfavorável que coloca em risco a vida da mãe e do bebê, caracterizando-se o que denominamos de uma gestação de alto risco. Dentre as complicações, as síndromes hipertensivas da gestação, sobretudo a pré-eclâmpsia destacam-se por ocasionar uns dos maiores índices de morbimortalidade materna e fetal

De forma geral, a síndrome hipertensiva específica da gestação se manifesta no fim do 2º trimestre da gravidez e evolui durante a gestação, e essa condição clínica é responsável por índices significantes e são frequentemente associada a alterações em órgãos vitais como sistema nervoso central, fígado e rins (NOUR et al., 2015), que pode apresentar manifestações em todos os sistemas do binômio mãe e filho, caracterizada por hipoperfusão tecidual generalizada, aumento da resistência vascular periférica, dano endotelial, alterações metabólicas, o consumo de plaquetas, aumento da resposta inflamatória, ativação do sistema de coagulação e uma resposta vascular anormal da placenta. (BARRERA-CRUZ et al., 2013). Acompanhada de *proteinúria*, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Na ausência de *proteinúria* a

suspeita deve ser fortalecida quando o aumento da pressão arterial aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas (BRASIL, 2012).

Devido ao seu desenvolvimento gradual e nocivo, é fundamental que se estabeleça precocemente o diagnóstico para que possam ser realizadas as devidas intervenções, proporcionando uma gestação com menos riscos para a mãe e filho. Para efetuar o diagnóstico de pré-eclâmpsia, além de identificar a existência da síndrome hipertensiva na gestante, é importante classificar a intensidade do agravamento hipertensivo e ter o cálculo acurado da idade gestacional (BRASIL, 2012; LOWE et al., 2014). Segundo estudo de Amorim et al. (2010), é classificado em duas formas: pré-eclâmpsia (forma não convulsiva marcada pela hipertensão aguda após a vigésima semana de gestação), e eclampsia (episódios convulsivos consequentes a efeitos cerebrais profundos da pré-eclâmpsia). Além de caracterizar como eventos convulsivos ou não, estudo de Aguiar et al. (2010) descreve que síndrome pode subdividir-se em duas formas de pré-eclâmpsia: leve à grave, e a eclampsia que é a evolução das manifestações da pré-eclâmpsia grave; (DI MARCO et al., 2010; BRASIL, 2012; BARRERA-CRUZ et al., 2013; FREIRES et al., 2013) e em uma pré-eclâmpsia leve a gestante pode apresentar os seguintes sintomas: aumento súbito de peso (maior ou igual a 500g/semana), seguido de edema generalizado, aferição da pressão sanguínea apresentando níveis pressóricos de 140x90mmHg (obtidas em 2 amostras espaçadas de pelo menos 4 horas após a vigésima semana de gestação), níveis de *proteinúria* na urina maior ou igual a 300mg/24h e menor que 5g/24h, obtidas em 2 amostras espaçadas de 6 horas). No caso de pré-eclâmpsia grave a gestante deve apresentar os seguintes critérios: aferições da pressão arterial apresentando níveis pressóricos maior ou igual a 160x110mmHg em 2 ocasiões espaçadas de 6 horas, *proteinúria* maior ou igual a 5g/24h, oligúria (menos que 500ml/24h), dor epigástrica, dificuldade de respiração e distúrbios visuais (TOWNSEND; DRUMMOND, 2011; BRASIL, 2012; BARRERA-CRUZ et al., 2013). Vasquez e Acuña (2014) acrescentam ainda alteração hepatocelular, trombocitopenia e coagulopatia. Contudo para eles, apenas a alteração dos níveis pressóricos iguais ou maiores que 160x110mmHg basta para efetuar o diagnóstico de pré-eclâmpsia grave.

Kacica et al., (2013) ressaltam a importância de uma estratificada avaliação clínica e laboratorial, incluindo hemograma completo e diferenciado, contagem de plaquetas, coagulograma, creatinina sérica,

glicose, enzima hepáticas, albumina sérica e ácido úrico, devido a uma associação de complicações perinatais.

As síndromes hipertensivas são situações de risco de grande relevância para a obstetria. O atendimento e os cuidados à gestante internada com pré-eclâmpsia devem ser realizados, observando-se as limitações e potencialidades que a mulher e acompanhante apresentam. Devem-se fortalecer as capacidades das gestantes, compartilhando conhecimentos e experiências, para que elas possam fazer escolhas e decidir sobre sua saúde e participar dos seus cuidados, o que permitirá superar suas dificuldades.

A gestante merece um cuidado humanizado e uma assistência especializada com ações direcionadas para a patologia, baseadas em recomendações com fundamentos científicos atualizados. A equipe de enfermagem tem um papel relevante no cuidado a mulher com pré-eclâmpsia, acompanhante e família nas 24 horas que permanece prestando assistência. Faz-se necessário uma atenção integral e personalizada, estabelecendo-se cuidados específicos para cada caso, visando à manutenção da gestação e o bem-estar da gestante, feto e de sua família.

Alguns cuidados foram elencados como prioritários para a mulher com pré-eclâmpsia entre eles: a) Acolhimento, b) Repouso; c) Verificação da pressão arterial; d) Controle de diurese; e) Controle de peso; f) Alimentação; g) Higiene, h) Administração de medicamentos: h.1) Sulfato de magnésio; h.2) Gluconato de cálcio; h.3) Hidralazina; h.4) Metildopa; i) Controle bem-estar fetal.

a) Acolhimento

Para acolher devidamente faz-se necessário o uso de uma abordagem integral às mulheres que preconiza o manejo adequado de situações de vulnerabilidade relacionadas ao processo saúde-doença, sejam elas individuais sociais e/ou programáticas. A interdependência entre vulnerabilidade programática e a gestação de alto risco envolve o acesso aos serviços de saúde e a oportunidade de informações advindas de profissionais da área, sendo que a partir da entrada é que a intervenção começa, fator que implica ao profissional desenvolver: A prática da escuta, compreensão despida de julgamentos, oferecer informações pertinentes a sua situação de saúde, de possíveis ocorrências, de qualquer procedimento a ser realizado para seu consentimento, transmitir segurança, apoio emocional, zelo, amparo,

identificar fatores de riscos e estar prestando uma assistência de forma humanizada e individualizada (OLIVEIRA et al., 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), 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.

O acolhimento da gestante pela equipe de saúde, despido de julgamentos, com postura ética e solidária, além de qualificar a assistência, possibilitará o estabelecimento de vínculos, maior responsabilização pelo processo de cuidado, e o manejo sobre situações de vulnerabilidade relacionadas ao processo saúde-doença, sejam elas individuais ou sociais. Também poderá, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) propiciar a atenção resolutiva e o trabalho em rede, articulando-se com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência.

A gestante e seu acompanhante são recebidos no centro obstétrico, encaminhados da triagem obstétrica pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem. Logo ao receber a mulher, o profissional se identifica pelo nome, função, e faz o encaminhamento da paciente e do acompanhante para a sala de observação onde ela vai receber um cuidado mais intensivo.

Quando estabilizada, o enfermeiro/ Técnico de enfermagem pode apresentar o setor. Na sala de observação, são dadas as informações sobre a sua patologia, sobre os sinais prodômicos de eclampsia (Cefaleia, distúrbios visuais, dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, cianose, oligúria confusão, convulsão e edema generalizado), e cuidados: importância sobre o repouso, a posição no leito, a alimentação, a verificação da pressão arterial, administração de medicação e controles, higiene e outros cuidados.

Estabelecimento de ambiente adequado é essencial para exercer os cuidados para esse tipo de paciente específico, sendo que a mesma deve esteja locada em ambiente calmo e com pouco estímulo, em quarto silencioso e tranquilo, com o objetivo da manutenção do equilíbrio de funcionamento dos sistemas orgânicos da mulher. Proporcionar um ambiente que seja menos estressante possível, pois o agente estressor e estimulador pode deflagrar aumento da pressão arterial e iniciar crises convulsivas (FERREIRA; CAMPANA, 2004). O profissional de enfermagem deve manter o local arejado, com baixa luminosidade,

essencial para realizar os cuidados, manter ambiente silencioso e sem que se estimule o estado de alerta.

O profissional da enfermagem deve se colocar no lugar da mulher numa escuta atenta, com postura ética e solidária, dar oportunidade para a mulher expressar suas dúvidas, anseios e medos, valorizar suas queixas e preocupações, procurar atender suas necessidades e estimular a sua participação nos cuidados. Ademais, identificar possíveis fatores de riscos e procurar sanar dúvidas, além de oferecer outros serviços da equipe multidisciplinar como psicologia e serviço social, caso seja necessário.

O profissional de enfermagem deve garantir atenção resolutiva e deve articular-se com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência. De tal forma, o acolhimento deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde.

Fluxo de Cuidados

- Receber a gestante e o acompanhante no centro obstétrico.
- Apresentar-se.
- Encaminhar para a sala de observação.
- Acomodar a gestante no leito, orientando-a a permanecer em decúbito lateral esquerdo e explicar a importância desta posição. Orientar a alternar os lados, mas permanecer maior tempo em DLE. Não ficar em posição supina.
- Se o quadro estiver instável (hipertensão grave), o cuidado deve ser intensivo, com controle da pressão arterial e vigilância neurológica, controle de diurese, controle respiratório.
- Se estabilizada, apresentar o setor a ela e ao acompanhante, e orientar sobre as rotinas.
- Orientar à mulher e acompanhante sobre o seu estado, possíveis sinais e sintomas.
- Orientar sobre os cuidados que poderão ser feitos por ela e acompanhante e procedimentos/cuidados prestados pela enfermagem.
- Escutar a gestante com respeito, interesse e disponibilidade. Investigar fatores de riscos estressantes (ex: deixou o filho pequeno em casa).
- Atender as necessidades da gestante, possibilitar e estimular a expressão de medos e ansiedades, sanar suas dúvidas.

- Identificar as necessidades alimentares da mulher e orientar sobre a alimentação. Oferecer um cardápio a mulher sobre sua alimentação, fornecido pela nutrição.
- Oferecer os serviços de psicologia e serviço social.
- Registrar as atividades.
- Proporcionar ambiente tranquilo, confortável e com pouca luminosidade.
- Estabelecer ambiente aconchegante, arejado, limpo, organizado, silencioso ou com música leve e relaxante, temperatura agradável (em torno de 26°C) e com pouca luminosidade, livre de ruídos, risadas e movimentação excessiva.
- Buscar minimizar os ruídos que possam interferir no repouso da gestante.

b) Repouso

A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011) sobre evidências, citando ensaios publicados por *cockrane*, relacionadas ao efeito do descanso ou redução da atividade física para a prevenção da pré-eclâmpsia e suas complicações, com uma amostra de 449 mulheres, dois deles com 145 mulheres, comparando o respeito absoluto e o repouso relativo no hospital e outros dois ensaios, comparando repouso relativo no hospital com atividade de rotina em casa para a hipertensão não proteinúrica, apontam que não existe diferença estatisticamente significativa para os resultados da pré-eclâmpsia, mortes perinatais e admissão em unidade intensiva de cuidado de enfermagem. Desta forma, a organização Mundial de Saúde (mesmo com evidência fraca, em função do número reduzido dos participantes) aconselha que repouso absoluto não seja recomendado para melhorar os resultados na gravidez de mulheres com hipertensão. Existem situações que diferentes níveis de repouso, em casa ou no hospital, podem ser indicados para determinadas pacientes. As mulheres podem ser hospitalizadas por outras razões do que o repouso, tais como a vigilância materna e fetal, sendo um recurso intensivo que precisa ser pesquisado futuramente.

Segundo Lowe et al. (2014) A história natural da pré-eclâmpsia é a progressão a um ritmo imprevisível, portanto todas as gestantes acometidas pela patologia devem ser cuidadosamente monitoradas, e acrescentam que os estudos controlados de repouso para pacientes com pré-eclâmpsia não mostraram nenhum benefício materno ou fetal

significativo, porém a internação permite a estreita supervisão da mãe e do feto devido a imprevisibilidade da patologia.

O processo de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil ainda está em evolução, Aguiar et al. (2010) traz como cuidados de enfermagem à mulher com pré-eclâmpsia: aferição dos níveis pressóricos quatro vezes ao dia, com intervalo de 4 horas, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo, repouso no leito nesta mesma posição, medição diária de peso, avaliação cotidiana da proteinúria, controle da diurese nas 24 horas, orientações para verificação materna diária dos movimentos fetais e observação dos sinais e sintomas clínicos da SHEG.

Já em contrapartida, segundo estudos (NORONHA NETO, SOUZA, AMORIM, 2010; AGUIAR et al., 2010; SAMPAIO et al., 2013), o controle da pressão arterial é um ponto a se considerar quando se trata de uma paciente com SHEG, e para contribuir no tratamento a restrição da atividade física durante a gravidez é tradicionalmente recomendada em diversos contextos para prevenção e tratamento da hipertensão. A qualidade do repouso e do padrão de sono pode estar relacionado a ansiedade que conseqüentemente contribui para elevação da pressão arterial, fatores identificados como possíveis agravantes da patologia. Para aperfeiçoar o repouso, sugere-se colocar a paciente em decúbito lateral esquerdo a fim de melhorar o fluxo sanguíneo pela descompressão da veia cava e minimizar o desconforto controlando a dor e o ambiente que a cerca. O repouso, contudo, o não deve ser absoluto, cabendo ao profissional permitir que a gestante deambule pelo setor, porém que permaneça em regime sedentário visando a baixa atividade física.

Fluxo de Cuidados

- Manter a paciente em decúbito lateral esquerdo no leito, informando a importância da posição.
- Estimular repouso no período noturno e proporcionar repouso no período diurno de pelo menos 1 hora.
- Após estabilização da pressão arterial, favorecer a deambulação pelo setor
- Oferecer materiais para leitura, atividades lúdicas e manuais do interesse da mulher, programas de televisão para preencher o tempo que estiver acordada.

c) Verificação da pressão arterial

Os distúrbios hipertensivos da gestação variam conforme a gravidade do estado clínico, torna-se necessária a avaliação constante para manter o controle das condições pressóricas da gestante e promover um processo de gestação saudável (FERREIRA; CAMPANA, 2004; TOWNSEND; DRUMMOND, 2011; BRASIL, 2012; KACICA et al., 2013; SAMPAIO et al., 2013)

É de suma importância de que seja realizada uma medição precisa da pressão arterial, pois devido ao nível da pressão arterial pode resultar em mudanças de manejo clínico. Segundo Lowe et al. (2014) e Kacica et al. (2013) para realizar a aferição da pressão arterial, a mulher deve estar sentada confortavelmente com as pernas descansando sobre uma superfície plana e com seu braço apoiado no nível do coração. Já quando a mulher está hospitalizada e não havendo a possibilidade de verificar sentada, a pressão arterial pode ser medida em decúbito lateral esquerdo, sendo que a variação da pressão dos braços nessa posição geralmente varia menos de 10mmHg. Como 8% e 2% das gestantes tem diferença de pressão sistólica e diastólica do sangue entre um braço e outro de pelo menos 10mmHg, deve-se utilizar para verificação da PA, o braço cujo o valor da pressão arterial é maior, para este ser utilizado como base para todas as determinações subsequentes.

A pressão arterial sistólica é aceita como o primeiro som ouvido, e a pressão diastólica como o desaparecimento dos sons completamente. A utilização do manguito de tamanho correto é importante para uma aferição precisa, isso ajuda a minimizar o excesso de diagnóstico de hipertensão durante a gravidez. Portanto o manguito com uma bexiga inflável deve cobrir 80% da circunferência do braço, sendo utilizado se a circunferência do braço for maior que 33 cm, mas menor que 44 cm e um manguito de coxa deve ser usado se a circunferência do braço for maior do que 44 cm, sendo que a taxa de deflação do manguito deve ser menor ou igual a 2mm por segundo para evitar subestimação da pressão arterial sistólica (LOWE et al., 2014).

Antes de qualquer medição da pressão arterial a paciente deve estar em repouso durante pelo menos 5 minutos e após atividade aguardar 20 minutos, o profissional deve manter o ambiente silencioso ou realizar em uma sala silenciosa se possível, a cafeína e tabaco devem ser evitados durante pelo menos 30 minutos antes da verificação, nem o paciente ou profissional deve falar durante o procedimento, após definir o braço adequado verificar a pressão arterial sempre no mesmo membro e na mesma posição e, se possível com o mesmo aparelho, verificar a

pressão arterial da paciente a cada 4 horas em período de vigília ou se necessário, num intervalo menor de 20 minutos a uma hora, mediante a administração de medicamento anti-hipertensivo para monitorar eficácia e estabilização da pressão arterial dependendo de cada fármaco em particular, e acrescentam que esfigmomanômetros de mercúrio continuam sendo o padrão ouro para a realização de aferições durante o período gestacional (BARRA et al., 2012). Di Marco et al. (2010) ressalta que durante a aferição o manguito deve ser colocado de dois a três centímetros acima do cotovelo e o estetoscópio deve ser colocado onde a artéria braquial é sentida, seguida de uma insuflação da pêra do esfigmomanômetro até parar de ouvir o pulso e continuar a encher mais 30mmHg, após deve ser liberada lentamente a válvula, e se auscultará a pressão sistólica e diastólica. O braço deve estar apoiado para que os músculos fiquem relaxados e não levem a uma leitura errônea embora os dispositivos automatizados possam oferecer valores da pressão arterial semelhantes.

Todavia, pode haver erro em cada situação individual e a sua precisão pode ser comprometida em gestantes acometidas por pré-eclâmpsia. Para fazer uso contínuo dos dispositivos automatizados se faz necessária uma validação periódica comparando com dispositivos de mercúrio, visto que podem variar e subestimar a pressão arterial durante a pré-eclâmpsia. Contudo, deve-se buscar dar preferência aos aparelhos de coluna de mercúrio, aneroides calibrados e aparelhos de pressão não invasiva (BRASIL, 2012).

Fluxo de cuidados:

- Garantir que os dispositivos para aferição da pressão arterial estejam devidamente validados e mantidos regularmente recalibrados de acordo com as instruções do fabricante, comparando-se com um aparelho de coluna de mercúrio.
- Solicitar para a paciente urinar antes de verificar a PA e registrar se isto ocorreu.
- Na primeira verificação de PA, medir nos dois braços e manter a verificação no braço em que a medida for maior em todas as verificações subsequentes. Para tanto, fazer o registro do braço com maior medida.
- Certificar que a gestante esta em repouso pelo menos cinco minutos em ambiente calmo e após atividade aguardar 20 minutos.

- Realizar a aferição garantindo silêncio do paciente e do profissional e repetir em 15 minutos após a primeira aferição, ou conforme prescrição médica.
- Colocar a mulher sentada e com o braço esquerdo apoiado, com almofada ou braçadeira, no nível do coração. Verificar a pressão nesta posição ao menos duas vezes durante o dia e uma vez a noite.
- Verificar a pressão arterial com a mulher deitada em decúbito lateral esquerdo caso não consiga ficar sentada, sendo aferidos os dois braços, a fim de estabelecer parâmetros da pressão arterial, porém, uma vez por semana deverá ser verificado sentada e com os pés apoiados.
- Utilizar manguito inflável, cobrindo 80% da circunferência do braço, de preferência utilizar aparelhos manuais e/ou não invasivos.
- O manguito deve ser colocado de dois a três centímetros acima do cotovelo
- O estetoscópio deve ser colocado onde a artéria braquial é sentida, sendo realizada a insuflação da pêra do esfigmomanômetro até parar de ouvir o pulso e continuar a encher mais 30mmHg.
- A taxa de esvaziamento do balonete deve ser menor ou igual a 2 mm por segundo para evitar subestimar a pressão arterial sistólica.

d) Controle de diurese

Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand (LOWE et al., 2014 p.26) em suas diretrizes ressaltam que embora o volume plasmático materno geralmente seja reduzido durante a pré-eclâmpsia, não há benefício materno ou fetal para o uso da fluidoterapia de manutenção. A administração de fluídos numa taxa maior do que os requisitos normais só devem ser considerados para mulheres com pré-eclâmpsia grave, devendo ser administrado antes da hidralazina parenteral, anestesia regional ou parto imediato, bem como no manejo inicial em mulheres com oligúria, onde existe um suspeito ou confirmado déficit de volume intravascular (300 ml), repetindo uma avaliação cuidadosa. A amostra urinária ao longo de 24 horas pode quantificar a perda urinária de proteínas ao longo do dia, sendo um indicativo da severidade da pré-eclâmpsia.

Acrescentam também que a permeabilidade vascular em gestantes com pré-eclâmpsia é aumentada e a administração de grandes volumes de fluidos intravenosos antes ou após o parto pode causar edema pulmonar e piorar o edema periférico. Esta tendência é ainda agravada pela hipoalbuminemia. A apropriada substituição do produto do sangue é necessária quando houver hemorragia, como nos casos de deslocamento prematuro da placenta. Também relata que a monitorização em uma unidade de alta dependência de cuidado é o ideal para o caso de administração de fluidos devido ao risco de edema pulmonar, sendo a monitorização invasiva só deve ser considerada quando há desenvolvimento de insuficiência renal ou edema pulmonar. Visto que o volume plasmático é reduzido em gestantes acometidas por pré-eclâmpsia, não se devem utilizar diuréticos na ausência de edema pulmonar.

Segundo estudos de Nogueira, Reis e Reis (2001), algumas controvérsias existem a respeito da fluidoterapia na DHEG; pois ao mesmo tempo em que as pacientes apresentam depleção do volume intravascular a reposição volêmica pode ser difícil devido à redução da pressão coloidosmótica plasmática e ao aumento da permeabilidade capilar, que poderia levar a edema cerebral secundário, à infusão de cristalóides. No período pós-parto imediato, existe risco de edema agudo pulmonar em função da redução na pressão coloidosmótica do plasma que acontece durante o trabalho de parto e o aumento no volume de sangue central com as contrações uterinas. De tal forma a monitorização hemodinâmica invasiva está indicada na presença de hipertensão severa, refratária à terapêutica convencional, edema pulmonar, oligúria e intervenções cirúrgicas.

O manejo envolve as medidas habituais para crises convulsivas, tratamento da DHEG, terapêutica anticonvulsivante, e parto. E ressalta que edema cerebral isolado é raro na DHEG, porém é causa importante de mortalidade. Acreditam que tal edema aconteça de forma secundária à hipoxia resultante da hipertensão severa, mas a excessiva reposição hídrica para tratar oligúria e a redução da pressão coloidosmótica são fatores que podem contribuir com o edema.

Febrasgo (1997) ressalta que a reposição de líquidos é frequentemente utilizada nos casos de pré-eclâmpsia grave. A oligúria (débito urinário menor que 25 ml/hora), é uma ocorrência comum na pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, associada ao conhecimento de que essas gestantes apresentam o volume plasmático reduzido, refere transformar essas pacientes em alvos irresistíveis para reposição volêmicas generosas pelos profissionais. Salaria que essas mulheres

apresentam quantidade excessiva de líquido extracelular que está inapropriadamente distribuído entre o espaço intravascular e extravascular de líquidos. A falta de atenção a esses cuidados terapêuticos agrava a má-distribuição e predis põe ao aparecimento de edema cerebral e pulmonar.

Na pré-eclâmpsia a presença dos sinais premonitórios como cefaleia, distúrbios visuais (diplopia, visão turva, escotomas cintilantes) e/ou epigastria ou dor no quadrante superior direito do abdômen, evidencia elevação dos níveis pressóricos cabendo a equipe medica e de enfermagem, uma atenção rigorosa e monitoramento constante no controle dos sinais e sintomas da patologia.

Fluxo de cuidados

- Fazer controle de diurese durante 24 horas com frasco medidor, realizando o balanço hídrico no final de cada plantão.
- Observar e registrar aspecto da urina (cor, presença de sangue, muco ou outros)
- Registrar ingesta hídrica.
- Manter acesso venoso periférico em membro superior esquerdo. (Na presença de sinais premonitórios).

e) Controle de peso

Segundo estudos de *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2013), sobre o ganho de peso gestacional deve ser determinado mediante ao índice de massa corporal, devendo ser aconselhada sobre os benefícios do ganho de peso adequado para atingir melhores resultados durante a gravidez. O ganho de peso durante a gravidez pode afetar a saúde da gestante e do seu bebe e a gestação está incluída na lista de fatores clássicos desencadeadores da obesidade. Durante a gravidez o ganho de peso ocorre devido ao aumento de tecidos maternos (volume sanguíneo, líquido extravascular, crescimento do útero, volume das mamas, deposito de tecido adiposo) e dos produtos da concepção (Feto, líquido amniótico e placenta) como também associado a nutrição. Porém, o aumento de peso também pode ser visto como sinal de retenção de fluidos e pode ser considerado como evidência de pré-eclâmpsia, sendo de vital importância monitorar esta questão.

Fluxo de Cuidados

- Pesar a gestante uma vez ao dia, preferencialmente pela manhã em jejum.
- Registrar o peso e presença edema, através da verificação do cacifo, que se baseia a partir a pressão exercida pelos dedos sobre os tecidos contra a estrutura óssea. Quanto mais profundo o cacifo (depressão) maior o número de cruces: 0/4+ (sem edema), 1+/4+ (leve cacifo). 2+/4+ (cacifo menor que 5mm), pés e pernas com contornos definidos; 3+/4+ (cacifo entre 5 e 10mm), acompanhado por pé e perna edemaciados; 4+/4+ (cacifo maior que 1 cm acompanhado por edema severo da perna e pé.
- **Observação:** Avaliação do cacifo não se aplica em caso de edema duro (linfedema)

f) Alimentação

É importante salientar a necessidade de uma dieta baseada nas necessidades da gestante com pré-eclâmpsia, sendo esta patologia associada à hipertensão arterial e aos níveis de *proteinúria* na urina é necessária a reposição de elementos essenciais, como também evitar alimentos que influenciem a elevação da pressão arterial e retenção de líquidos. Kacica et al. (2013) relatam que muitos suplementos têm sido investigados para potencial benefício para com a redução do risco da síndrome hipertensiva da gestação, como por exemplo, o uso do cálcio na dieta. Por ser um benefício geral para as mulheres grávidas, estudos foram realizados a respeito do benefício da suplementação de cálcio para reduzir o risco de pré-eclâmpsia, evidenciando uma pequena diminuição na incidência de pré-eclâmpsia. Segundo estudos de Di Marco et al. (2010) a suplementação oral de cálcio de pelo menos 1g por dia reduziu o risco de pré-eclâmpsia em 78% em pacientes de alto risco e 32% em mulheres com baixo risco, todavia a suplementação de cálcio é recomendada em mulheres com baixa ingestão em sua dieta (menos que 600mg por dia). Quanto a suplementação de magnésio não há evidência que gere benefício na prevenção de pré-eclâmpsia, como também não é recomendado para esta finalidade. Acrescenta também de que as vitaminas C e E não têm efeito sobre a prevenção da pré-eclâmpsia (KACICA et al., 2013), e não há evidências para recomendar o alho, zinco, piridoxina ou selênio, como também a suplementação de

vitamina D, apesar da vantagem periconcepcional geral e prevenção do tubo neural e outras anomalias. No que diz respeito a utilização de ácido fólico, há poucas evidências frente a prevenção desta patologia.

O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2013) recomendam fornecer orientações sobre vida saudável e sobre a nutrição equilibrada. A restrição calórica durante a gravidez não é recomendada, visto que não tem sido associada com a diminuição da incidência de pré-eclâmpsia ou hipertensão gestacional, porém há preocupação quanto a restrição calórica, pois pode contribuir para cetose, fome fetal e problemas de desenvolvimento neurológico. Também relata que a restrição do uso de sódio é comumente recomendada para prevenir a hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia. O ganho de peso, durante a gravidez, pode estar associado a um risco aumentado de hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia, porém a evidência é limitada e de má qualidade. Em contrapartida, associações das alterações na expansão do volume plasmático materno e da permeabilidade vascular na pré-eclâmpsia, confunde o acompanhamento do ganho de peso em mulheres com pré-eclâmpsia.

Di Marco et al. (2010) relatam que a restrição proteico-calórica em mulheres com excesso de peso ou com ganho excessivo de peso durante a gravidez, não mostraram uma redução na incidência de hipertensão arterial ou pré-eclâmpsia. Isto evidencia que redução de peso não é recomendada para a prevenção da hipertensão

Segundo estudos de Oliveira e Lima (2014) enfatiza a importância da alimentação normossódica, hiperprotéica, e acrescenta que o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da patologia, a dieta eleva as chances de êxito no tratamento, aumentando a sobrevida das pacientes.

Di Marco et al. (2010) acrescentam que a restrição de sódio na dieta não é recomendada para pacientes com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, apenas é indicado continuar dieta hipossódica em pacientes hipertensivas crônicas.

Fluxo de Cuidados

- Perguntar a gestante sobre sua preferência alimentar, na ausência de uma nutricionista.
- Dar informações sobre sua dieta e a importância da mesma, reforçando os alimentos que precisa incluir na sala alimentação.

- Informar a respeito de alimentos ricos em cálcio: Leite integral/desnatado, Iogurte integral/desnatado, Queijo, Feijão, Brócolis, Sardinha, Tofu, espinafre e outros.
- Comunicar médico e/ou enfermeiro sobre sua preferência caso não coma carne, derivados de leite ou a qualquer outro alimento
- Oferecer a gestante a dieta prescrita e registrar aceitação

g) Higiene

Durante a hospitalização o profissional de enfermagem é responsável por promover a segurança do paciente, o conforto físico, e, indiretamente, o emocional. O ato de realizar a higiene atribui o conceito de limpeza, tanto do corpo quanto do meio ambiente, portanto trata-se de um cuidado essencial para pacientes hospitalizados, pois visa o bem-estar da paciente, o conforto, a promoção da saúde, e a prevenção de doenças hospitalares e infecções (MUSSI, 2005)

Fluxo de Cuidados

- Encaminhar a gestante ao chuveiro, em caso de pressão arterial estável na posição sentada.
- Colocá-la sentada em uma cadeira para tomar o banho com vigilância da enfermagem e apoio do acompanhante.
- Proporcionar o acompanhante a auxiliar o banho.
- Auxiliar a retirada da camisola se estiver com fluidoterapia.
- Oferecer sabonete, material para higiene oral, toalha e camisola limpa.
- Regular a temperatura do chuveiro, caso a gestante não consiga.
- Manter acompanhante ou um técnico de enfermagem junto ao banho.
- Auxiliar a gestante a se vestir após o banho.
- Trocar roupa de cama.
- * Caso a gestante não consiga tomar banho de aspersão devido alguma restrição, auxiliar com o banho no leito.**
- Utilizar duas bacias (uma com água limpa e outra para água com sabonete).
- Utilizar luvas de banho, sabonete, toalha de rosto e de banho.
- Oferecer para a gestante se tiver condições; lavar o rosto com água limpa sem sabonete.

- Iniciar o banho no leito seguindo a técnica Céfalocefal e distal para proximal, lembrando sempre de manter a privacidade da gestante mesmo que sozinha no quarto.
- Auxiliar a gestante a se vestir.
- Trocar roupa de cama.
- Posicionar a gestante no leito fazendo a mudança de decúbito.
- Registrar o banho e ocorrências se houver durante o mesmo.

h) Medicamentos

Kacica et al. (2014) relatam que o objetivo da terapia é prevenir a eclampsia e complicações cerebrovasculares e cardiovasculares graves. Porém tratar a pré-eclâmpsia baixando a pressão sanguínea não corrige as alterações fisiopatológicas da enfermidade, a disfunção endotelial, a hipoperfusão tissular, a diminuição do volume plasmático e alterações na função renal e hepática. Além disso, não é negligência o risco potencial sobre o feto a partir de qualquer medicação utilizada cabendo ao profissional avaliar o risco e benefício. A administração de medicação hipotensora pode produzir a redução do fluxo uteroplacentário que acompanha a diminuição da pressão arterial que pode produzir alterações na saúde fetal. Brasil (2012) acrescenta que o tratamento de controle hipertensivo deve estabilizar até os níveis pressóricos normais (130x80 a 150x100mmHg) e nunca abaixo devido aos reflexos negativos que a hipotensão reflete ao binômio materno fetal.

Cuidados Gerais com a administração das medicações

- Administrar medicação conforme a prescrição médica.
- Verificar os sinais vitais e realizar os controles, quando necessário
- Lavar as mãos antes do preparo da medicação
- Verificar os nove “CERTOS”: 1. Paciente Certo; 2. Medicamento Certo; 3. Dose Certa; 4. Via certa; 5. Hora Certa; 6. Tempo Certo; 7. Validade Certa; 8. Abordagem certa; 9. Registro Certo.
- Administrar medicação.
- Lavar as mãos após a administração da medicação.
- Fazer o aprazamento da medicação.
- Registrar administração.

- Observar e registrar reações durante e após a administração da medicação, como também a eficácia da mesma.
- Desprezar a seringa e agulha em recipiente próprio
- Limpar a bandeja e guardar material utilizado no preparo.

Cuidados com as seguintes medicações

h.1) Sulfato de magnésio

Segundo Di Marco et al. (2010) o Sulfato de Magnésio ($MgSO_4 \cdot 7H_2O$), só é recomendado caso a paciente apresente episódios pressóricos maiores ou iguais a 160x100mmHg, sistólica e diastólica respectivamente. A administração reduz a ocorrência de eclampsia e deve associar ao manejo da pré-eclâmpsia grave no período antenatal, intraparto ou em pós-parto e estudos de Townsend e Drummond (2011) reforçam que o Sulfato de Magnésico mostra melhora na prevenção eclampsia, e deve ser considerado como o padrão de atendimento. Porém ressaltam que se deve ter cuidado quanto ao uso de Sulfato de Magnésico, devido ao fato de ser excretado via renal. Para eles, é considerado perigoso usar em gestantes com insuficiência renal grave. Referem a necessidade de realizar avaliações dos reflexos profundos dos tendões, frequência respiratória, avaliação da produção de urina por hora. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) ressalta que pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério utilizando agulha longa e técnica de zig-zague para administração intramuscular, devendo ser mantido por 24 horas após o parto se iniciado antes do mesmo. E acrescenta que deve ser suspensa caso a frequência respiratória tenha menos de 16 movimentos por minuto e os reflexos patelares estejam completamente abolidos ou a diurese seja inferior a 100ml durante as 4 horas precedentes. Em caso de intoxicação gluconato de cálcio a 10% atua como antídoto, sendo indispensável manter próximo devido ao caso eventual de parada respiratória. Di Marco et al. (2010) acrescenta que se for administrar sulfato de magnésio em via endovenosa, recomenda por questão de segurança, utilizar bomba de infusão contínua para ter mais controle da administração, e após o procedimento deve-se realizar a monitorização da paciente contemplando reflexos patelares presentes, frequência respiratória maior que 16 movimentos respiratórios por minuto, diurese acima de 100ml / hora nas últimas 4, devendo ser registrados os reflexos patelares e respiração a cada 30 minutos. Caso reduza a excreção

urinária, deve-se reduzir a infusão de sulfato de magnésio pela metade ou suspender. Alerta também que o nível terapêutico do sulfato é muito próximo do nível tóxico, conscientizando o profissional ao monitoramento constante durante todo o processo de infusão.

Efeitos adversos

- Rubor, sede, hipotensão transitória, hipotonia, hipotermia, bloqueio da transmissão neuromuscular com depressão dos reflexos, redução da frequência respiratória, redução da frequência cardíaca e colapso circulatório.

Cuidados

- Administrar em via endovenosa ou intramuscular com infusão lenta de aproximadamente 15 minutos.
- Deve ser administrado e mantido em 24 horas, devendo ser feita a avaliação da respiração e reflexos patelares após a administração.
- Deve ser retirada caso a respiração seja menor que 16 movimentos respiratórios por minuto, reflexos patelares lentos ou ausentes ou diurese inferior a 100ml durante as 4 horas precedentes.
- Em caso de intoxicação, os efeitos da hipermagnesemia podem ser neutralizados pela injeção endovenosa imediata e lenta de gluconato de cálcio a 10% (10 a 20ml).

h.2) Gluconato de cálcio

Trata-se de uma solução de sais de cálcio, incolor à levemente amarelada, que atua na função cardíaca normal, função renal, respiração, coagulação sanguínea, na permeabilidade capilar e membrana celular. É indicado no tratamento das hipocalcêmias, também usado como restaurador de eletrólitos cardiotônicos, no tratamento da hiperpotassemia e como coadjuvante no tratamento dos distúrbios do metabolismo do magnésio.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) ratifica o gluconato de cálcio como antídoto do sulfato de magnésio e acrescenta o fato de ser indispensável sua presença para evitar uma eventual parada respiratória.

Segundo Gulmezoglu (2010) acrescenta que o gluconato de cálcio é um componente essencial para evitar complicações da administração de sulfato de magnésio. Pois segundo estudos de Oliveira e Lima (2014) o gluconato de cálcio atua como antagonista do sulfato de magnésio, revertendo efeitos adversos como a parada respiratória.

Efeitos adversos

- Hipersensibilidade, intoxicação digitálica, hipotensão, bradicardia, arritmia cardíaca, vasodilatação, colapso vasomotor, rubor (principalmente após injeção demasiada rápida), náuseas, vômitos, sensação de calor, sudorese.

Cuidados

- Inspecionar, antes da utilização, se a solução está incolor e na forma líquida, livre de fragmentos ou de alguma substância que possa comprometer a eficácia e a segurança do medicamento.
- Não deverá ser utilizado o produto ao verificar qualquer alteração que possa prejudicar o paciente.
- Deve-se utilizar via intravenosa e a aplicação deve ser lenta evitando que haja extravasamento do vaso sanguíneo.
- Não realizar administração em via intramuscular devido à possibilidade de resultar em formação de abscesso no local da injeção.

h.3) Hidralazina

Trata-se de um fármaco anti-hipertensivo comumente utilizado para estabilizar a pressão arterial, exercendo efeito vasodilatador periférico através de uma ação relaxante direta sobre a musculatura lisa dos vasos de resistência, predominantemente nas arteríolas. Existe na fórmula de comprimido e solução endovenosa, sendo comumente utilizada para compensação da pressão arterial em gestantes acometidas por pre-eclâmpsia fórmula endovenosa.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) ressalta que o uso da medicação anti-hipertensiva deve ser adotado para níveis de pressão diastólica persistente acima de 105mmHg ou 110mmHg devendo ter

como objetivo manter níveis pressóricos entre 140x90mmHg e 150x100mmHg.

Kattah et al. (2013) relatam que a Hidralazina é utilizada nas emergências hipertensivas, devido a sua ação rápida no organismo, porém acrescentam que a Hidralazina tem provocado hipotensão, oligúria e sofrimento fetal.

Efeitos adversos

- Pode ocorrer Hipotensão postural, exacerbação de angina, palpitações, cefaleia, rash cutâneo, tontura.

Cuidados

- Diluição: 1 amp de 1 ml (20mg) + 9 ml de soro fisiológico 0,9%.
- Administração lentamente por via intravenosa a cada 20 minutos e a dose máxima é de 20mg.
- Verificar a pressão arterial de 5 em 5 minutos por 20 minutos após a medicação.
- Avaliar frequência cardio-fetal por pelo menos 20 minutos após a medicação.
- Orientar a gestante e acompanhante para comunicar a equipe de enfermagem caso ocorra algum sinal ou sintoma que ainda não sentiu.

h.4) Metildopa

Trata-se de um fármaco anti-hipertensivo, utilizado para o controle da hipertensão arterial, por atuar diminuindo os impulsos do sistema nervoso central que aumentam a pressão arterial. Eficaz agente anti-hipertensivo capaz de reduzir a pressão arterial tanto na posição deitada quanto na ereta, pode ser útil no controle da pressão arterial elevada ainda que em presença de insuficiência renal.

Di Marco et al. (2010) ressaltam que o Alfa-metildopamina é um agonista alfa adrenérgico central, e seu mecanismo de ação reflete na diminuição da resistência vascular periférica e acrescenta ser um fármaco de primeira escolha para gestantes desde o 1º trimestre até a amamentação. Em contrapartida, relatam que nos efeitos adversos

maternos pode ocorrer hipotensão postural, sonolência, depressão psíquica, anemia hemolítica, hepatotoxicidade e mucosa bucal seca.

Efeitos adversos

- Pode ocorrer sonolência, cefaléia, fraqueza, hipotensão aguda, aturdimento, constipação, distensão abdominal, náusea, vômito.

Cuidados

- A medicação deve ser ingerida com água podendo ser oferecida no momento das refeições.
- Observar sinais e sintomas que possam ocorrer.
- Controlar pressão arterial conforme prescrição médica.

i) Controle do bem-estar fetal

Batimentos Cardio-Fetal (BCF)

Segundo diretrizes de prática clínica do O'Loughlin et al. (2013), estima-se que 15-25% das mulheres com hipertensão gestacional irão desenvolver pré-eclâmpsia, e existe uma taxa elevada de aproximadamente 50% de progressão em que se desenvolve hipertensão gestacional antes de 32 semanas de gestação. Portanto, o gerenciamento da hipertensão gestacional deve se concentrar no monitoramento materno e fetal no decorrer do desenvolvimento da pré-eclâmpsia, hipertensão grave, envolvimento de órgãos e/ou comprometimento fetal.

Segundo *Guideline* de Di Marco et al. (2010) gestantes que apresentam hipertensão durante a gravidez possuem um maior risco de morte fetal. Considerando que a evolução do quadro hipertensivo associados a patologia podem comprometer órgãos vitais maternos e fetais como também restringe o crescimento intra-uterino, reduzindo o aporte necessário de suprimentos para manter a vitalidade fetal. Portanto recomenda que todos as mulheres grávidas com hipertensão devem ter o monitoramento dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Sendo o controle de BCF um exame não invasivo que avalia o bem-estar fetal.

Sampaio et al. (2013) ressaltam que devem ser fornecidas orientações no tocante aos movimentos fetais que deverão ser observados pela gestante, além do acompanhamento clínico rigoroso,

que deve ser realizado pelos profissionais de saúde. Estudos de Oliveira; Lima (2014) encontraram recomendações de realizar a avaliação dos batimentos cardíacos fetais de 4 em 4 horas. Moreno e Monteros (2011) salientam a importância do monitoramento cardíaco e também dos movimentos fetais, visto que a redução ou ausência de movimentos fetais pode sinalizar hipóxia fetal.

A avaliação dos movimentos fetais, segundo Freitas et al. (2011), é um dos métodos mais antigos de investigação do bem estar fetal, e sua técnica de avaliação se baseia no controle do movimento fetal pela mãe em 3 horas por dia (1 hora de manhã, 1 hora à tarde e 1 hora à noite), e caso houver três movimentos fetais ou menos por hora, deve-se prolongar o período de observação por 6 a 12 horas. Segundo estudos de Costa, Gadelha e Lima (2009) ressaltam que a movimentação fetal pode variar de 4 a 100 movimentos por hora, e acrescenta que a contagem dos movimentos fetais segundo técnica de Sadovsky deve ser realizada após o café, almoço e janta pelo período de 1 hora, sendo realizada em local calmo e com a gestante deitada em decúbito lateral esquerdo, e resalta que o normal consta 6 ou mais movimentos fetais por hora, porém uma contagem inferior a 4 movimentos fetais por hora deve-se repetir a contagem por mais uma hora. Na persistência deve-se utilizar outro método de avaliação.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) várias são as propostas para o registro dos movimentos fetais listando 4 das mais conhecidas em seu manual técnico, uma que já foi citada que consiste em registros tomados em três intervalos de uma hora com a gestante em decúbito lateral esquerdo, porém acrescenta que e os resultados obtidos em cada um dos três intervalos são somados e o resultado é multiplicado por 4, valor correspondente a 12 horas de atividade motora fetal, devendo ser maior ou igual a 15 movimentos fetais. O segundo método consiste na contagem dos movimentos fetais até completarem 10 movimentos (considerado limite mínimo diário), podendo ser realizada com a gestante em repouso ou exercendo atividade leve em qualquer período do dia, sendo que valores menores que 10 movimentos em 12 horas sugerem a presença de hipóxia fetal. O terceiro método consiste no registro da movimentação fetal em um período de uma hora em posição sentada, sendo obtidos valores maiores que 6 movimentos por hora correspondendo a boas condições fetais. O quarto método consiste na contagem dos movimentos fetais em 2 horas, sendo realizados em repouso somando 4 períodos de 30 minutos em 24 horas, considerando o valor mínimo normal entre 30 à 40 semanas de gestação igual a dez movimentos em 24 horas. Ratifica também que diante de um resultado

anormal deve ser seguido por outro teste de avaliação como a avaliação dos batimentos cardíacos fetais (BCF).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), o procedimento do BCF consiste na verificação dos batimentos cardíacos fetais com sonar ou estetoscópio de Pinard, frente a movimentação fetal, estímulos mecânicos ou auditivos. Acrescenta também que o método não determina a conduta definitiva, pois diante de outro resultado anormal, o teste deve ser seguido por outro teste mais complexo que avalie a vitalidade fetal.

Fluxo de Cuidados

a) Movimentos Fetais

- Orientar a gestante a observar a quantidade de movimentos fetal sentidos após os períodos do café da manhã, almoço e jantar. Em cada período observar dentro de um tempo de uma hora os movimentos fetais, e posteriormente informar a equipe de enfermagem da contagem dos movimentos em cada período.

b) Controle de BCF:

- Fazer controle de BCF de 4 em 4 horas quando for verificar os sinais vitais ou conforme prescrição médica.
- Acomodar a gestante em decúbito lateral esquerdo, na primeira aferição.
- Usar papel toalha e gel condutor para verificação do BCF com sonar.
- Fazer a palpação abdominal para localizar a posição do bebê.
- Passar o gel no sonar e em seguida posicionar o aparelho no abdômen da gestante no quadrante estabelecido.
- Secar o abdômen da gestante e o aparelho molhado com gel
- Acomodar a mulher e guardar o aparelho.
- Registrar o BCF verificado em impresso próprio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do estudo foi a formação de uma proposta de cuidado para gestantes com pré-eclâmpsia, internadas em um centro obstétrico

de uma maternidade de um hospital universitário da região sul do Brasil, o que foi alcançado, tendo por base a literatura e a percepção dos profissionais de enfermagem que atua 24 horas ao lado da gestante.

A proposta proporciona um cuidado de enfermagem uniformemente padronizado entre os profissionais da equipe de enfermagem, a fim de garantir uma assistência de qualidade e humanizada, influenciando na tomada de decisões com orientações embasadas em fundamentação teórica, para assim eliminar divergências no cuidado.

No decorrer da formulação da proposta o estudo evidencia que os profissionais de enfermagem estão comprometidos com a saúde da gestante com pré-eclampsia procurando desenvolver a melhor forma possível. Tem preocupação com a mulher e, como partícipes de sua rede de apoio, buscam se atualizar para qualificar o atendimento prestado. Para maior resolutividade e implantação deste estudo, propomos um debate com os pares sobre a temática coletivamente para aperfeiçoar e validar o plano de cuidados, o que vai contribuir com a melhor aderência ao mesmo.

Ainda é necessário o apoio dos gestores para resolver problemas estruturais, organizacionais e para aquisição de recursos materiais e humanos, que não impedem a implantação deste plano, mas que podem ajudar muito para que o cuidado seja realizado com maior segurança.

Neste processo, foi necessário buscar novos estudos para realização da proposta e atualização diante do desconhecimento de alguns aspectos da patologia cuidados relacionados a ela, visto que a assistência não era realizada de forma padronizada pelas equipes de enfermagem por falta de uma proposta de cuidado, trazendo conflitos e dúvidas nas condutas adotadas.

Considerando que o conhecimento frente a patologias sofre constantes mudanças e que se constrói a partir da problematização da realidade, acredita-se que há muito que fazer para que todos se mantenham atualizados. Isto só será possível com o envolvimento e cooperação de toda equipe de enfermagem para garantir a devida atualização do cuidado periodicamente, por meio da educação permanente.

É importante se pensar na sistematização da assistência direcionada a mulher com pré-eclampsia, por se tratar de uma patologia com alto índice de mortalidade, necessitando de profissionais capacitados e atualizados com foco no bem-estar da gestante e do feto.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. I. F. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.11, n. 4, p.66-75, out/dez 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a07v11n4.pdf>. Acesso em: 20 maio 2016.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Weight gain during pregnancy. Committee Opinion n°. 548. American College of Obstetricians and Gynecologists. **Obstetrics and gynecology**, v. 121, p. 210-12, 2013.

BARRERA-CRUZ, A. et al. Guia de prática clínica. Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia/eclampsia. **Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 21, n. 2, p. 91-104, 2013. Disponível em: <<http://migre.me/uHYqn>>. Acesso em: 20 maio 2016.

BARRA, S. et al. Hipertensão arterial na grávida: o atual estado da arte. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 31, n. 6, p. 425-432, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/257264606_Hipertensao_arterial_na_gravida_o_atual_estado_da_arte>. Acesso em: 20 maio 2016.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 20 maio 2016.

COSTA, A; GADELHA, P; Lima, G; Análise crítica dos métodos de avaliação da vitalidade fetal com base em evidências científicas. **Femina**, v. 37, n. 8, p. 453-457, 2009. Disponível em: <<http://migre.me/uUoGQ>>. Acesso em: 20 maio 2016.

DI MARCO, I. et al. Guia de practica clinica: estados hipertensivos del embarazo 2010. **Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá**, v. 79, n. 4, 2010. p. 70-93. Disponível em: <<http://migre.me/uHnAH>>. Acesso em: 20 maio 2016.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria, Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetria Gestaçao de Alto Risco. **Manual de orientaçaõ Federaçaõ Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria**,1997. Disponível em: <<http://migre.me/uLLrL>>. Acesso em: 20 maio 2016.

FREIRES, M. B. et al. Percepçaõ da gestante prẽ-eclamptica quanto a assistẽncia de enfermagem durante o perõido de hospitalizaçaõ. **Revista de psicologia**, ano 7, n 19, 2013. Disponível em: <<http://idonline.emnuvens.com.br/id>>. Acesso em: 20 maio 2016.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetria**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FERREIRA M. E; CAMPANA H.C.R **Assistẽncia de enfermagem na doença hipertensiva especõfica da gravidez**. Revista Uningã, Nõ 01, p. 39-46, jan./jun.2004

GÜLMEZOGLU, A. M. et al. **WHO Recommendations for Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia**. 2011. 38 p. Disponível em: <<http://migre.me/uSVmO>>. Acesso em: 20 maio 2016.

KACICA, M. et al. **Hypertensive Disorders in Pregnancy**, New York State Department of Health, 2013 Disponível em: <<http://migre.me/uLKEz>>. Acesso em: 20 maio 2016.

LOWE, S. A. et al. **The SOMANZ guideline for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2014**. Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand (SOMANZ), 2014. Disponível em: <www.somanz.org/>. Acesso em: 20 maio 2016.

MORENO, E.; MONTEROS, L. G. **Cuidados de enfermeria em pacientes preeclampticas atendidas em el hospital Isidro Ayora de Loja, sep. 2010- abril 2011**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Carrera de Enfermeria, Universidad Nacional de Loja, Ucuador. 2011. Disponível em: <<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/7351>>. Acesso em: 20 maio 2016.

NOGUEIRA, A. A.; REIS, F.J.C.; REIS, P. A. S. A paciente gestante: na unidade de terapia intensiva. **Medicina (Ribeirao Preto)**, v. 34, n. 2, p. 123-132, 2001.

NORONHA NETO, C.; SOUZA, A. S. R. de; AMORIM, M. M. R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, v. 32, n. 9, p. 459-68, 2010. Disponível em: <<http://migre.me/uUeLo>>. Acesso em: 05 setembro 2016.

NOUR, G. F. A et al. Mulheres com síndrome hipertensiva específica da gravidez: Evidências para o cuidado de enfermagem. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/620>>. Acesso em: 20 maio 2016.

OLIVEIRA, et al. Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1773-80, 2016.

OLIVEIRA, G. A. G; LIMA, S. M. R. **Ações do enfermeiro no atendimento da paciente na pré-eclâmpsia**. Especialização. Enfermagem em Emergência, Salvador, 2014. Disponível em: <<http://migre.me/uT0IK>>. Acesso em: 20 maio 2016.

O'LOUGHLIN, C. et al. **The Diagnosis and Management of Pré-eclâmpsia and eclâmpsia**. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Clinical Strategy and Programmer Directorate, Health Service Executive. v.1, n3, September, 2013. Disponível em: <<http://migre.me/uSVEE>>. Acesso em: 20 maio 2016.

SAMPAIO, T. A. F. et al. Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. **Revista Saúde Física & Mental**, v. 2, n. 1, p. 36-45, 201. Disponível em:<<http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/SFM/article/view/791>>. Acesso em: 20 maio 2016.

TOWNSEND, N. S.; DRUMMOND, S. B. Preeclâmpsia: Pathophysiology and implications for care. **The Journal of perinatal & neonatal nursing**, v. 25, n. 3, p. 245-252, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21825914>>. Acesso em: 20 maio 2016.

VÁSQUEZ, C. L.; ACUÑA, G. P. P. La vivencia de la pre-eclampsia: una dura travesía para la cual no se está preparada. **Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud**, v. 46, n. 2, p. 159-168, 2014. Disponível em: <<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/4365>>. Acesso em: 20 maio 2016.

World Health Organization (WHO). **Cause-specific, mortality and morbidity**: Maternal mortality ratio by country. Global Health Observatory Data Repository. World Health Organization, Geneva. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.15>>. Acesso em: 20 maio 2016.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo atendeu os objetivos propostos, apontando a percepção dos profissionais em relação aos cuidados com a mulher portadora de pré-eclâmpsia

Os trabalhos pesquisados nos artigos e *guidelines*, nacionais e internacionais, que constituem a cerne do primeiro manuscrito, descrevem divergências de condutas relacionadas aos cuidados à gestante com síndrome hipertensiva específica da gestação, especificamente a pré-eclâmpsia. Foi possível observar que nos artigos nacionais, na sua maioria, descrevem alguns cuidados, mas não apontam as evidências para fundamentá-los. Enquanto os artigos e *guidelines* estrangeiros, normalmente, trazem este embasamento. Os *guidelines* centram-se mais nos aspectos biológicos e técnicos e trazem poucos aspectos em relação a humanização e acolhimento, o que nos artigos brasileiros é mais evidente

Foram encontradas divergências de condutas entre os artigos e *guidelines* em relação à posição para verificação da PA e repouso. Todos são unânimes que os cuidados são fundamentais para uma boa evolução do quadro e para o bem-estar da mulher e bebê. Constata-se um número insuficiente de artigos e *guidelines* que tratam dos cuidados específicos de enfermagem, percebendo-se uma lacuna neste campo, sendo a maioria relativa às condutas médicas, o que denota a falta de pesquisas qualitativas e, sobretudo quantitativas realizadas na e pela enfermagem.

A respeito do segundo manuscrito foi identificado como principais resultados a preocupação e empenho da equipe de enfermagem para prestar um cuidado qualificado à gestante com pré-eclâmpsia, situação de saúde de grande risco, vulnerabilidade que merece atenção especial, vigilância intensiva e especializada. Desvela que há divergências na realização dos cuidados, sobretudo na verificação dos sinais vitais que divergem quanto ao tempo de verificação e o decúbito de aferição sendo variados entre decúbito lateral esquerdo, aferindo os dois braços na primeira aferição e adotando como padrão de leitura o braço que apresente o maior valor para aferições posteriores ou na posição sentada com o braço esquerdo apoiado no nível do coração. Referente ao repouso, encontram-se divergências nas recomendações de repouso absoluto e repouso relativo. Como também referente à dieta, encontram-se divergências referente à dieta hipossódica para pacientes com pré-eclâmpsia. No todo, há insuficientes

informações sobre as síndromes hipertensivas e cuidados, denotando e ratificando a necessidade de problematizar esta temática e propiciar a capacitação da equipe de enfermagem.

Aponta que a atenção, por vezes, é centrada na técnica, mecanizada e biológica, necessitando rever o modelo de assistência prestado com vistas a atender a mulher com pré-eclâmpsia em sua integralidade e multidimensionalidade, resgatar a humanização do cuidado para qualificar o atendimento. Levanta questões sobre as limitações administrativas e estruturais, sendo as mais importantes, o reduzido número de aparelhos para verificar a pressão e carro de emergência, ambiente inadequado e a falta de recursos humanos, que podem ser superados com o apoio da gestão da instituição e com a criatividade da equipe, e não impedem o desenvolvimento de ações que visem melhorar as limitações assistenciais. Destaca que as poucas referências brasileiras existentes, na sua maioria, abordam de forma incipiente os cuidados de enfermagem e quando o fazem trazem informações que contradizem evidências científicas em publicações internacionais recentes.

Mesmo diante de limitações, os profissionais de enfermagem buscam estratégias para otimizar o cuidado, e mediante sua colaboração contribuiu para com desenvolvimento da proposta de cuidados padronizados, sendo um meio possível de melhorar ainda mais a qualidade do atendimento prestado em todos os plantões do Centro Obstétrico.

Para mim como enfermeira, o estudo contribuiu para reflexão sobre as condutas no cuidado às mulheres internadas no Centro Obstétrico com pré-eclâmpsia e, sobretudo. Revelou a necessidade de levar as questões e demandas levantadas pela equipe aos gestores deste setor e do hospital, contribuindo para superar as dificuldades. Revelou a necessidade de educação permanente dos profissionais, já que há uma rotatividade dos profissionais no Centro Obstétrico e um movimento nacional para atualizar os conhecimentos com base em evidências nos últimos anos. Ratifica a necessidade de estabelecer um guia de cuidados, devendo-se contudo ficar atenta a singularidade de cada mulher que demanda um cuidado personalizado

Foi gratificante já que o simples fato de realizar as entrevistas provocou que os membros da equipe, na qual me incluo, revisitassem e repensassem sobre suas práticas, o que gerou mudanças no cuidado prestado. Também colaborou para a busca de aprimoramento científico por parte dos profissionais de enfermagem.

A principal limitação encontrada foi a dificuldade de reunir no âmbito coletivos os profissionais de enfermagem para elaboração do plano de cuidados, como inicialmente havia sido previsto, em função do número reduzido de profissionais para atender as necessidades do setor e das mudanças administrativas ocorridas na instituição. Um outro obstáculo que serviu também como motivador, foi o número restrito de artigos que abordassem a temática

Para a instituição, o processo vivenciado resultou uma proposta padronizada das condutas de enfermagem, qualificando a assistência prestada às gestantes internadas no Centro Obstétrico com pré-eclâmpsia. Para as gestantes, as propostas de cuidados irão contribuir para o estabelecimento de uma assistência embasada cientificamente e personalizada, repercutindo na melhoria da saúde e da segurança.

É importante ressaltar que este estudo, ainda está inacabado, necessitando novos aprofundamentos. O plano de cuidados necessita ser validado por todo o grupo e ampliado, na medida que novas ações se fizerem necessárias. Recomenda-se que sejam desenvolvidos outros estudos, abordando a temática, utilizando outros cenários e participantes, como as gestantes, seus acompanhantes, demais profissionais, no âmbito público e privado

Este estudo também fortalece as pesquisas na área da enfermagem, dá maior visibilidade à enfermagem e ao trabalho desenvolvido por ela, amplia a produção de conhecimento da área, poderá contribuir para reflexão sobre as condutas no cuidado à mulher internada no Centro Obstétrico com pré-eclâmpsia e suscitar mudanças no cuidado prestado, aprimoramento científico dos profissionais de enfermagem, além da possibilidade de resultar na padronização das condutas de enfermagem às mulheres internadas no Centro Obstétrico com pré-eclâmpsia, qualificando a assistência por estabelecer o cuidado de enfermagem embasado cientificamente, personalizado e humanizado, o que repercutirá na melhora da saúde das gestantes com pré-eclâmpsia.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. I. F. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.11, n. 4, p.66-75, out/dez 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a07v11n4.pdf>. Acesso em: 20 maio 2016.

AMORIM, N. D. M. **Avaliação de implementação das ações de controle da gestação de alto risco:** cuidados a gestante com doença hipertensiva específica da gravidez e aos seus conceptos. 2010. 110p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <<http://migre.me/uHnwt>>. Acesso em: 20 maio 2016.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Weight gain during pregnancy. Committee Opinion n°. 548. American College of Obstetricians and Gynecologists. **Obstetrics and gynecology**, v. 121, p. 210-12, 2013

BARRA, S. et al. Hipertensão arterial na grávida: o atual estado da arte. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 31, n. 6, p. 425-432, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/257264606_Hipertensao_arterial_na_gravida_o_atual_estado_da_arte>. Acesso em: 20 maio 2016.

BARRERA-CRUZ, A. et. al. Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia/eclampsia. **Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 21, n. 2, p. 91-104, 2013. Disponível em: <<http://migre.me/uHYqn>>. Acesso em: 20 maio 2016.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. New York: Oxford University Press, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**,

Brasília, DF, 2011 Jun 27; Seção 1. Disponível em:
<<http://migre.me/uT1eG>>. Acesso em: 01 maio 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de informática do SUS. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. Disponível em:
<<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 20 janeiro 2016.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. Disponível em:
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_a_lto_risco.pdf>. Acesso em: 20 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Gestantes de alto Risco**: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**: relatório final. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CANADIAN HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY WORKING GROUP (Org.). Association of Ontario Midwives. **Hypertensive Disorders of Pregnancy**. Association of Ontario Midwives, 2012. Disponível em: <<http://migre.me/uLKDP>>. Acesso em: 20 maio 2016.

CARDIM, M. G.; et. al. Educação em saúde: teoria e prática de alunos de graduação em Enfermagem. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, n. 1-2, p. 57-64, 1-2 sem. 2005.

CUNHA, K. J. B.; OLIVEIRA, J. O.; NERY, I. S. Assistência de Enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia. **Escola Anna Nery**, v. 11, n. 2, p. 254-260, 2007. Disponível em:
<<http://migre.me/uLLxf>>. Acesso em: 26 agosto 2016.

CARDIM, M. G.; et. al. Educação em saúde: teoria e prática de alunos de graduação em Enfermagem. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, n. 1-2, p. 57-64, 1-2 sem. 2005.

CHAUI, M. Convite à filosofia, São Paulo Ática, 2000, 12 ed

COSTA, A; GADELHA, P; Lima, G; Análise crítica dos métodos de avaliação da vitalidade fetal com base em evidências científicas.

Femina, v. 37, n. 8, p. 453-457, 2009. Disponível em: <<http://migre.me/uUoGQ>>. Acesso em: 20 maio 2016.

CUNHA, K. J. B.; OLIVEIRA, J. O.; NERY, I. S. Assistência de Enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia. **Escola Anna Nery**, v. 11, n. 2, p. 254-260, 2007. Disponível em:

<<http://migre.me/uLLxf>>. Acesso em: 26 agosto 2016.

DULEY, L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. In: **Seminars in perinatology**. WB Saunders, 2009. p. 130-137. Disponível em: <<http://migre.me/uHYfy>>. Acesso em 20 maio 2016.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007

DI MARCO, I. et al. Guia de practica clinica: Estados hipertensivos del embarazo 2010. **Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá**, v. 79, n. 4, 2011. p. 70-93. Disponível em: <<http://migre.me/uHnAH>>. Acesso em: 20 maio 2016.

DRUZIN, M. L.; et al. **Preeclampsia Toolkit**: improving health care response to Preeclampsia (California Maternal Quality Care Collaborative Toolkit to Transform Maternity Care). Child and Adolescent Health Division, p. 91-32, 2013. Disponível em: <http://www.pqnc.org/documents/cmop/cmopresources/CMQCC_Preeclampsia_Toolkit_1.17.14.pdf>. Acesso em: 30 abril 2015.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia Gestação de Alto Risco. **Manual de Orientação Gestação de Alto Risco**. 2011. Disponível em: <<http://migre.me/uHYeD>>. Acesso em: 20 maio 2016.

FERREIRA M. E; CAMPANA H.C.R **Assistência de enfermagem na doença hipertensiva específica da gravidez**. Revista Uningá, N° 01, p. 39-46, jan./jun.2004

FREIRES, M. B. et al. Percepção da gestante pré-eclâmpsia quanto a assistência de enfermagem durante o período de hospitalização. **Revista de psicologia**, ano 7, n 19, 2013. Disponível em:

<<http://idonline.emnuvens.com.br/id>>. Acesso em: 20 maio 2016.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FAVERO, L; WALL, M. L.; LACERDA, M.R. DIFERENÇAS CONCEITUAIS EM TERMOS UTILIZADOS NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 534-42.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**, 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE. Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, Hoboken, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GILLON, T. E. R. et al. Hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review of international clinical practice guidelines. **PLOS ONE**, v.9, n. 12, 2014. Disponível em: <<http://migre.me/uHotb>>.

Acesso em: 20 maio 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOUVEIA, H. G.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 175-182, 2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 06 de janeiro 2013.

GÜLMEZOGLU, A. M. et al. **WHO Recommendations for Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia**. 2011. 38 p. Disponível em: <<http://migre.me/uSVmO>>. Acesso em: 20 maio 2016.

HANDEM, P.C; et. al. **Metodologia**: interpretando autores. 3 ed. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis Editora, 2008.

HDP CPG et al. **Clinical practice guideline: Hypertensive disorders of pregnancy**. Toronto, 2012.

HERCULANO, M. M. S. et al. Aplicação do processo de enfermagem a paciente com hipertensão gestacional fundamentada em Ordem. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 2, 401-8, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/171/0>>. Acesso em: 20 maio 2016.

INSTITUTE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS. **Clinical Practice Guideline: The Diagnosis and Management of Pré-eclampsia and eclampsia**. v. 1, n. 3, 2013.

JESUS, M. C. P. et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1229-1236, 2011 Disponível em: <<http://migre.me/uHYgH>>. Acesso em: 26 jul 2016.

KING EDWARD MEMORIAL HOSPITAL. **Women and newborn health service dpms obstetrics and midwifery guidelines clinical guidelines complications of pregnancy hypertension in pregnancy**, 2014. Disponível em: <http://www.kemh.health.wa.gov.au/development/manuals/O&G_guidelines/sectionb/2/5146.pdf>. Acesso em: 20 maio 2016.

KACICA, M. et al. **Hypertensive Disorders in Pregnancy**, New York State Department of Health, 2013 Disponível em: <<http://migre.me/uLKEz>>. Acesso em: 20 maio 2016.

KATTAH, A. G. et al. The Management of Hypertension in Pregnancy. **Advances in chronic kidney disease**, v. 20, n. 3, p. 229-39, 2013. Disponível em: <

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg107?unlid=715333182201621351854>>. Acesso em: 20 maio 2016.

LAMBERT, G. et al. Preeclampsia: an update. **Acta anaesthesiologica Belgica**, v. 65, n. 4, p. 137-49, 2014.

LEFEVRE, M. L. Low-Dose Aspirin to Prevent Morbidity and Mortality from Preeclampsia. **Annals of Internal Medicine**. United State, v. 161, n. 11, p. 819-827, Dec. 2014. Disponível em: <<http://annals.org/article.aspx?articleid=1902275>>. Acesso em: 29 de abril 2014.

LOWE, S. A. et al. **The SOMANZ guideline for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2014**. Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand (SOMANZ), 2014. Disponível em: <www.somanz.org/>. Acesso em: 20 maio 2016.

MAGEE, L. A. et al. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, v. 36, n. 7, p. 575-576, 2014. Disponível em: <<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/7351><http://migre.me/uSZK0>>. Acesso em: 20 maio 2016.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>> Acesso em: 02 julho 2011.

MOREIRA, M. C.; SOUZA, S. R. **Procedimentos e protocolos**. v.1. Rio de Janeiro: LAB, 2006.

Moreira, M.A. Mapas conceituais e aprendizagem significativa. São Paulo: Centauro Editora. 2010, p.1-44.

MORENO, E.; MONTEROS, L. G. **Cuidados de enfermagem em pacientes preeclámpicas atendidas em el hospital Isidro Ayora de Loja, septiembre 2010- abril 2011**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Carrera de Enfermería, Universidad Nacional de Loja, Ucuador. 2011.

Disponível em:

<<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/7351>>. Acesso em: 20 maio 2016.

MUSSI, F. C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 72-81, Mar. 2005. Disponível em: <<http://migre.me/uT3uq>>. Acesso em: 20 maio 2016.

MÜLLER, E. B.; ZAMPIERI, M. F. M. Prática educativa com enfermeiras visando o cuidado humanizado ao recém-nascido no centro obstétrico. **Texto & Contexto- Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 782-90, 2014. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2014/23782.php>>. Acesso em: 20 maio 2016.

MÜLLER, E. B. **Cuidados ao recém-nascido no Centro Obstétrico**: uma proposta de enfermeiras com base nas boas práticas. 2012. 209 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. Florianópolis, 2003. 472 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2003. (ESTE ESTÁ OK)

NEVES, R.S. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n. 4, p. 556-9, 2006.

NOGUEIRA, I. A. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **Enfermagem**. Boletim INFOSAÚDE. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1. 2004.

NOGUEIRA, A. A.; REIS, F.J.C.; REIS, P. A. S. A paciente gestante: na unidade de terapia intensiva. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 34, n. 2, p. 123-132, 2001.

NORONHA NETO, C.; SOUZA, A. S. R. de; AMORIM, M. M. R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Revista brasileira de ginecologia & obstetria**, v. 32, n. 9, p. 459-68, 2010. Disponível em: <<http://migre.me/uUeLo>>. Acesso em: 05 setembro 2016.

NOUR, G. F. A et al. Mulheres com síndrome hipertensiva específica da gravidez: Evidências para o cuidado de enfermagem. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/620>>. Acesso em: 20 maio 2016.

O'LOUGHLIN, C. et al. **The Diagnosis and Management of Pré-eclampsia and eclampsia**. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Clinical Strategy and Programmer Directorate, Health Service Executive. v.1, n3, September, 2013. Disponível em: <<http://migre.me/uSVEE>>. Acesso em: 20 maio 2016.

OLIVEIRA, et al. Aspectos valorizados por profissionais de enfermagem na higiene pessoal e na higiene corporal do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 5, p. 479-483, 2013.

OLIVEIRA, et al. Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1773-80, 2016.

OLIVEIRA, G. A. G; LIMA, S. M. R. **Ações do enfermeiro no atendimento da paciente na pré-eclâmpsia**. Especialização. Enfermagem em Emergência, Salvador, 2014. Disponível em: <<http://migre.me/uT0IK>>. Acesso em: 20 maio 2016.

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F.; BRUGGEMANN, O. M. Humanizar é preciso: escute o som desta melodia. In: **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

NOGUEIRA, I. A. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **Enfermagem**. Boletim INFOSAÚDE. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1. 2004.

NOUR, G. F. A et al. Mulheres com síndrome hipertensiva específica da gravidez: Evidências para o cuidado de enfermagem. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/620>>. Acesso em: 20 maio 2016.

NORONHA NETO, C.; SOUZA, A. S. R. de; AMORIM, M. M. R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, v. 32, n. 9, p. 459-68, 2010. Disponível em: <<http://migre.me/uUeLo>>. Acesso em: 05 setembro 2016.

O'LOUGHLIN, C. et al. **The Diagnosis and Management of Pré-eclampsia and eclampsia**. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Clinical Strategy and Programmer Directorate, Health Service Executive. v.1, n3, September, 2013. Disponível em: <<http://migre.me/uSVEE>>. Acesso em: 20 maio 2016.

PASCHOAL A. S, MANTOVANI M. F., LACERDA, M. R. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 336, 2006. Disponível em: <<http://migre.me/uLKF6>>. Acesso em: 20 maio 2016.

PEDREIRA, M. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.1, p.880, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/07.pdf>>. Acesso em: 05 setembro 2016.

PEREIRA, M. L. L. **Saúde da mulher**: boas práticas e autonomia após a alta clínica. 116f. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, 2013.

PEIXOTO, M. V.; MARTINEZ, M. D.; VALLE, N. S. B. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem. **Rev. Edu., Meio Amb. e Saúde [Internet]**, v. 3, n. 1, p. 208-22, 2008. Disponível em: <<http://migre.me/uHnPG>>. Acesso em: 20 maio 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMOS, C. C. S. Monitorização hemodinâmica invasiva a beira do leito: avaliação e protocolo de cuidados de enfermagem.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, n. 3, set.2008. Disponível em: <<http://migre.me/uLM2c>> Acesso em: 06 de janeiro 2013.

RAWLS, J. **Justiça como Equidade**: uma reformulação. São Paulo: Martins, 2003.

ROCHA, C. R; QUARESMA, M. L. J. Percepção das gestantes especiais: bases para o cuidado de enfermagem. **Rev. de Pesq. Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 132-143, set-dez. 2009. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/327>>. Acesso em: 10 maio 2015.

RAMOS, F.R.S.; VERDI, M. M.; KLEBA, M. E. **Para pensar o cotidiano**: educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: Ed. da UFSC (Serie Enfermagem Repensul), 1999.

SAMPAIO, T. A. F. et al. Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. **Revista Saúde Física & Mental**, v. 2, n. 1, p. 36-45, 2013 Disponível em:<<http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/SFM/article/view/791>>. Acesso em: 20 maio 2016.

SAY, D. C. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, v. 2, n. 6, p. e323-e333, 2014. Disponível em: <<http://migre.me/uSZN8>>. Acesso em: 20 maio 2016.

SNYDAL, S. Major changes in diagnosis and management of preeclampsia. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 59, n. 6, p. 596-605, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25377651>>. Acesso em: 20 maio 2016.

SILVA, U. G. **Educação permanente em saúde: Práticas humanizadas no CO de um Hospital Universitário.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINUS, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://migre.me/uSZOf>>. Acesso em: 20 maio 2016.

SOARES, V. M. N. et al. Mortalidade materna por pré-eclampsia/eclampsia em um estado do Sul do Brasil. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, v.31, n.11, p. 566-573, 2009. Disponível em: <<http://migre.me/uT1Ee>>. Acesso em: 01 maio 2015

SOUZA, N. L.; ARAUJO, A.C.P.F; COSTA, I.C.C. Significados atribuídos por puérperas as síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1285-92, abr. 2011.

TANURE, L. M. et al. Manejo da crise hipertensiva em gestantes. **Femina**, v. 42, n. 4, 2014. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n4/a4589.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2016.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** Florianópolis: Insular, 2004.

TOWNSEND, N. S.; DRUMMOND, S. B. Preeclampsia: Pathophysiology and implications for care. **The Journal of perinatal & neonatal nursing**, v. 25, n. 3, p. 245-252, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21825914>>. Acesso em: 20 maio 2016.

VÁSQUEZ, C. L.; ACUÑA, G. P. P. La vivencia de la pre-eclampsia: una dura travesía para la cual no se está preparada. **Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud**, v. 46, n. 2, p. 159-168, 2014. Disponível em: <<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/4365>>. Acesso em: 20 maio 2016.

VIEIRA, M. R. **Avaliação das medidas de pressão arterial em gestantes com doença hipertensiva gestacional.** Tese. (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de

Medicina, Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/7930>>. Acesso em: 20 maio 2016.

WALL, M. L. **Tecnologias educativas**: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB editora, 2001.

World Health Organization (WHO). **Cause-specific, mortality and morbidity**: Maternal mortality ratio by country. Global Health Observatory Data Repository. World Health Organization, Geneva. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.15>>. Acesso em: 20 maio 2016.

XAVIER, R. B. et al. Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1109-1120, 2015. Disponível em: <<http://migre.me/uSW0o>>. Acesso em: 20 maio 2016.

ZAMPIERI, M. F. M. Cuidados de enfermagem na gestação de alto risco. In: **PROENF**. Programas de atualização em Enfermagem. Saúde materna e Neonatal. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

ZANETTE, E. et al. Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: a Brazilian multicenter surveillance study. *Reproductive health*, v. 11, n. 1, p. 1, 2014 Disponível em: <<http://migre.me/uSZSX>>. Acesso em: 20 maio 2016.

World Health Organization (WHO). **Cause-specific, mortality and morbidity**: Maternal mortality ratio by country. Global Health Observatory Data Repository. World Health Organization, Geneva. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.15>>. Acesso em: 20 maio 2016.

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE REVISÃO DE LITERATURA



PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GESTANTE INTERNADA NO CENTRO OBSTÉTRICO COM PRÉ-ECLAMPسيا: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Prof. Dra. Maria de Fátima M. Zampieri¹
Mestranda Sonia Gonçalves Costa Saldias Palacios²
M. Gorete M. Savi³

I. RECURSOS HUMANOS

II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES

- Elaboração do protocolo: 1, 2,3
- Avaliação do protocolo: 2 e 3
- Coleta de dados: 2
- Seleção dos estudos:1 e 2
- Ordenamento dos estudos títulos e ano de publicação 2;
- Avaliação crítica dos estudos:1 e 2
- Síntese dos dados: 2
- Análise dos dados, elaboração de resultados: 1, 2
- Revisão final a partir de sugestões da orientadora: 1 e 2
- Elaboração de artigo e encaminhamento para revista: 1, 2

* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.

III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO

M. Gorete M. Savi (3)
CRB 14/201 - Bibliotecária
Coordenadora da BSCCS/UFSC

IV. PERGUNTA

Qual a produção científica sobre cuidados, em especial os da enfermagem, à gestante com pré-eclampsia?

V. OBJETIVO

GERAL: Conhecer as percepções sobre os cuidados de enfermagem prestados à gestante com pré-eclampsia, internada no Centro Obstétrico, na percepção da equipe de enfermagem;

ESPECÍFICO: Conhecer a produção científica desenvolvida em âmbito nacional e internacional sobre os cuidados de enfermagem à gestante com pré-eclampsia; Construir um plano de cuidados de enfermagem à gestante com pré-eclampsia internada no centro obstétrico com base nas informações da equipe de enfermagem e literatura.

VI. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma Revisão Integrativa, com abordagem qualitativa. As etapas serão conduzidas a partir:

Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;

Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura

Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos

Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Quinta etapa: interpretação dos resultados

Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento em forma de artigo científico.

VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Crériterios de inclusão: Estudos que contenham os descritores listados neste protocolo no resumo, no título e estejam publicados em português, espanhol e inglês, disponíveis online na forma completa, no período de 2010 há 2015.

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Artigos que não façam referência ao tema, editoriais, artigos de opinião, comentários, resumos de anais, ensaios; dossiês e relatos de experiência.

IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa **avançada**)

As estratégias de buscas serão realizadas com base nos descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) listados abaixo.

Descritores em português: Hipertensão gestacional ou na gravidez, síndromes hipertensivas; Pressão Arterial, Alta Toxemia gravídica, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem Obstétrica, Pré-eclampsia, Enfermagem Baseada em Evidências, Atenção à Saúde Baseada em Evidências; Prática Médica Baseada em Evidências, Cuidados de saúde.

Descritores em Inglês: Hypertension Pregnancy-Induced. Pre-Eclampsia. Nursing Care. Obstetric Nursing. Evidence-Based Nursing, care; Evidence-Based Practice; *health care*.

Descritores em espanhol: Pre-eclampsia. *Hipertensión en el Embarazo*. Atención de Enfermería. Enfermería obstétrica. Enfermería Basada en la Evidencia, Práctica Clínica Basada en la evidencia, *cuidado de la salud*.

BASES DE DADOS

PubMed: desenvolvido pelo *National Center for Biotechnology Information* e mantido pela National Library of Medicine (NLM), é a

versão gratuita do banco de dados *Medline*, usando o tesouro de *Medical Subject Headings*. Indexa a literatura especializada nas áreas de ciências biológicas, enfermagem, odontologia, medicina, medicina veterinária e saúde pública.

MEDLINE: consiste em uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela NLM que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 5.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países.

CINAHL: Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature – indexa periódicos científicos sobre a enfermagem e áreas correlatas de saúde a partir de 1981. Pertence e é operado pela *EBSCO Publishing*.

BDENF: Base de Dados de Enfermagem.

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

COCHRANE LIBRARY: A Colaboração Cochrane é uma organização internacional que tem por objetivo ajudar as pessoas a tomar decisões baseadas em informações de boa qualidade na área da saúde. É uma organização sem fins lucrativos e sem fontes de financiamento internacionais. Possui grupo diretor (Steering Group), com sede em Oxford, Reino Unido.

X. COLETA DOS DADOS

É a fase de operacionalização propriamente dita, na qual se vai à pesquisa nas bases de dados em busca das publicações.

XI. CAPTAÇÃO DOS TRABALHOS

Após a busca dos artigos nas bases de dados supracitadas, será feita a leitura do título e do resumo, os trabalhos que atenderem aos objetivos propostos pelo estudo serão submetidos à etapa seguinte do estudo, ou seja, os estudos selecionados serão colocados numa tabela construída a partir do Microsoft Word, organizados por ano, títulos dos estudos.

XII. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

Será realizada uma nova leitura crítica das publicações incluindo uma nova coluna na tabela produzida extraíndo os cuidados de enfermagem à gestante internada no centro obstétrico para compensação da pré-eclampsia.

XIII. INFORMAÇÕES A SER EM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES

- Ano de produção
- Título
- Autor (es)
- Natureza/Tipo da pesquisa
- População
- Objetivos
- Instrumentos
- Principais resultados

Cuidados de enfermagem a mulher internada no centro obstétrico para compensação da síndrome hipertensiva da gestação.

XIV. SÍNTESE E CONCLUSÃO:

Tendo em vista esta tratar-se de uma Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese será realizada na forma de narrativas com base na análise e checagem dos dados coletados.

XV. DIVULGAÇÃO:

Publicação dos achados deste estudo em periódicos após apreciação banca da sustentação.

XVI. REFERÊNCIAS

BIREME. DeCS – **Descritores em Ciências da Saúde**. [base de dados na Internet] São Paulo: BIREME. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em 29 jun. 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P., GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, Out-Dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2011.

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

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO: CURSO DE MESTRADO
PROFISSIONAL
GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
TCLE**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa, referente a dissertação de mestrado, intitulada: **CUIDADOS DE ENFERMAGEM À GESTANTE INTERNADA COM PRÉ-ECLÂMPRIA NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**. Esta pesquisa será realizada com Enfermeiros e técnicos de Enfermagem do Centro Obstétrico do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). As pesquisadoras são: eu, Enfermeira Sonia Gonçalves Costa Saldias Palacios e minha orientadora Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Mota Zampieri. Antes de decidir se deseja participar, é importante você saber que esta pesquisa tem como objetivo: conhecer as percepções sobre os cuidados de enfermagem prestados à gestante com pré-eclâmpsia, internada no Centro Obstétrico, na percepção da equipe de enfermagem; conhecer a produção científica desenvolvida em âmbito nacional e internacional sobre os cuidados de enfermagem à gestante com pré-eclâmpsia; construir um plano de cuidados de enfermagem à gestante com pré-eclâmpsia internada no centro obstétrico com base nas informações da equipe de enfermagem e literatura. Será realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFSC, tendo duas etapas:

A primeira etapa: será através de entrevista semiestruturada com questões previamente elaboradas: que será aplicado em data, horário e local que você puder. Na entrevista constam perguntas sobre os dados pessoais de sua identificação e sobre os cuidados prestados à gestante com pré-eclâmpsia, internada no Centro Obstétrico.

A segunda etapa: Após informações coletadas das entrevistas e da literatura nacional e internacional, será construído um plano de cuidado para as gestantes com pré-eclâmpsia

Ao aceitar participar da pesquisa, você será convidada a assinar e rubricar em todas as vias o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, em consonância com a resolução 466/12, e mesmo depois

de assinado, você terá liberdade para desistir da pesquisa em qualquer momento. Uma das cópias ficará com você para acompanhar as atividades.

A pesquisa não acarretará problema de ordem física moral e econômica para você, não trazendo problemas às suas atividades laborais. A pesquisa abordará questões do processo de trabalho, sendo os riscos mínimos. Contudo, pode mobilizar sentimentos e gerar alguma forma de constrangimento para você, pois serão abordados aspectos do seu cotidiano de trabalho e de sua prática. Assim, os pesquisadores buscarão conduzir os trabalhos de modo a evitar constrangimento, mas caso ocorra, você terá a liberdade para sair das atividades e retornar quando estiver em condições ou mesmo desistir. Os pesquisadores se colocarão a disposição para escutar você dar apoio e auxiliar a minimizar o constrangimento, caso ele ocorra. Você não terá nenhum ônus ao participar da pesquisa, sendo as despesas de responsabilidade dos pesquisadores.

Participando você poderá refletir sobre sua prática, tirar dúvidas, conhecer evidências e trocar ideias, o que poderá contribuir para a sua satisfação e ampliação de seus conhecimentos na sua área de atuação e contribuirá para a unificação de condutas, organização do serviço e qualificação do cuidado de enfermagem.

Tudo o que você falar nas entrevistas, de acordo com o roteiro de perguntas pré-elaborado pelas pesquisadoras, será redigido e gravado, se for do seu consentimento. Os dados serão guardados em gavetas com chave na sala de uma das pesquisadoras. Somente eu e minha orientadora teremos acesso às informações. Será utilizado um código, um pseudônimo para que seu nome não seja reconhecido no relatório de pesquisa. As informações serão utilizadas somente para a pesquisa e após o término serão guardado por cinco anos, e após esse período, o material será destruído, conforme recomendação da Lei nº 9610/98 dos Direitos Autorais.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e não recebera nenhum auxílio financeiro ao participar desta. Caso você ainda tenha alguma outra dúvida em relação à pesquisa ou deseje desistir, poderá comunicar-se pelo telefone abaixo ou fazê-lo pessoalmente.

Mestranda: En^{fn} Sonia Gonçalves Costa Saldias Palacios.
Telefone: (48) 3237-3119.

Orientadora: Prof.^a Dra Maria de Fátima Mota Zampieri.
Telefone: 3721-9480

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:
Universidade Federal de Santa Catarina Pró-Reitoria de Pesquisa
Campus Universitário- Trindade- Florianópolis/SC.
CEP: 88040-900. Caixa Postal 476.

Eu, _____,
identidade e/ou CPF nº _____, abaixo
assinado, confirmo que li os termos da pesquisa e concordo em
participar da mesma. Fui esclarecida sobre a pesquisa, concordo em
participar dela e que os meus dados (gravados e redigidos) sejam
utilizados na realização da mesma. Fui esclarecida e informada sobre o
estudo, bem como sobre os possíveis riscos e benefícios decorrentes de
minha participação. Também fui informada que poderei desistir a
qualquer momento da pesquisa, mesmo após a assinatura do termo de
consentimento. Entendi que esta participação é voluntária, que não terei
gastos e também nenhuma retribuição financeira. Estou recebendo uma
cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde rubrico
as páginas e assino.

Florianópolis, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do Participante

Sonia Gonçalves Costa Saldias Palacios
Pesquisadora

Maria de Fátima Mota Zampieri
Pesquisadora e Orientadora

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Dados de Identificação do entrevistado:

Formação: Nível de Escolaridade:
Tempo de serviço na enfermagem:
Tempo de serviço no Centro Obstétrico:
Possui mais de um vínculo empregatício?
Idade:

Roteiro para entrevista

1. O que você compreende sobre Síndrome Hipertensiva da Gestação?
2. Que tipo de Síndromes Hipertensivas você cuida no CO?
3. Qual a sua compressão sobre pré-eclâmpsia?
4. Qual a relevância de trabalhar esta temática no CO?
5. Qual sua percepção sobre os cuidados prestados a mulher com pré-eclâmpsia?
6. Relacione por ordem de prioridade quais os cuidados de enfermagem que a gestante com pré-eclâmpsia necessitaria receber, especificando aqueles que o enfermeiro presta à mulher nesta condição no CO e quais os realizados pelos outros membros da equipe de enfermagem.
7. Como cada um dos cuidados mencionados são realizados pela equipe de enfermagem?
8. Quais as principais orientações que precisam ser compartilhadas com a gestante e acompanhante nesta condição de saúde?
9. Existem dificuldades na realização dos cuidados? Quais as dificuldades que você percebe no desenvolvimento de cada um destes cuidados?
10. Existem divergências ou controvérsias nos cuidados prestados pela equipe de enfermagem à mulher com pré-eclâmpsia? Poderia citar as divergências em relação a cada um dos cuidados
11. Quais as facilidades que você percebe no desenvolver deste cuidado?

12. Quais as estratégias para desenvolver estes cuidados?
13. Sabe dizer quais os cuidados de enfermagem com base nas melhores evidências científicas às gestantes com pré-eclâmpsia, internadas no CO?
14. Quais os cuidados de enfermagem relativos a administração de medicamentos no tratamento da pré-eclâmpsia?
15. Quais os cuidados de enfermagem que deveriam ser prestados à gestante com pré-eclâmpsia em relação à verificação dos sinais vitais?
16. Como você acha que deveria ser o acolhimento da gestante com pré-eclâmpsia e acompanhante na unidade de internação do centro obstétrico?
17. Quais os cuidados/orientações prestados à gestante com pré-eclâmpsia em relação ao repouso, atividade física, atividades de lazer e relaxamento e mudanças de decúbito?
18. Quais os cuidados que precisam ser realizados pela enfermagem em relação à dieta e higiene?
19. O que você sugere que seja modificado no plano de cuidados de enfermagem no CO junto às gestantes com pré-eclâmpsia?

ANEXO A – FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HU**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO
ERNANI DE SÃO THIAGO
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA
Filosofia da Maternidade do HU**

Na Maternidade do HU/UFSC acredita-se que:

- *Em se prestando assistência, se ensina;*
- *É direito de toda mulher - recém-nascido (RN) - família, no processo de gravidez, parto e puerpério receberem atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;*
- *A atenção à saúde da mulher visa o ciclo grávido-puerperal, considerando a gravidez como processo e não como um evento;*
- *A atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;*
- *O sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-Família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;*
- *A equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher-RN-família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado;*
- *As atividades de ensino, pesquisa e extensão realizada pela equipe interdisciplinar ligados à saúde da mulher-RN-família devem refletir atitudes de respeito do ser humano e reverter-se em benefício de uma melhor assistência;*
- *A equipe deve exercer papel atuante na educação mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;*

- *Todo pessoal deve ter qualificação, treinamento e supervisão continuados, específicos, para prestação da assistência a que tem direito a mãe, o RN e a família;*
- *A parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e qualquer exceção ou serão adaptadas após a geração do fato;*
- *O desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionarem;*
- *A mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistências e de educação em saúde.*

Outubro de 1995.