

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORO-
FACENE/RN

RAVANA MORGANA CAVALCANTI BARRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES COM DOENÇAS
HIPERTENSIVAS NO HOSPITAL DA MULHER DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN**

MOSSORÓ

2015

RAVANA MORGANA CAVALCANTI BARRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES COM DOENÇAS
HIPERTENSIVAS NO HOSPITAL DA MULHER DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN**

Monografia apresentada a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró como requisito parcial para obtenção de título em Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ms. Amélia Resende Leite

MOSSORÓ

2015

B248a

Barra, Ravana Morgana Cavalcanti.

Assistência de enfermagem às gestantes com doenças hipertensivas no Hospital da mulher do município de Mossoró/RN/ Ravana Morgana Cavalcanti Barra. – Mossoró, 2015.

47f.

Orientador: Prof. Me. Amélia Resende Leite

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Doença hipertensiva na gravidez. 2. Assistência de enfermagem. 3. Obstetrícia. I. Título. II. Martins, Patrícia helena de Morais Cruz Martins.

CDU 618.2

RAVANA MORGANA CAVALCANTI BARRA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES COM DOENÇAS
HIPERTENSIVAS NO HOSPITAL DA MULHER DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN**

Monografia apresentada pela aluna Ravana Morgana Cavalcanti Barra do curso de Bacharel em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Amélia Resende Leite (FACENE/RN)
Orientador

Prof^a. Esp. Giselle dos Santos Costa Oliveira (FACENE/RN)
Membro

Prof^a. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)
Membro

A DEUS, o grande responsável por essa vitória, por ter me dado forças e sabedoria suficiente para enfrentar os obstáculos da vida e por ter guiado todos os meus passos.

O melhor de mim dedicarei sempre aquela que me inspira todos os dias ao acordar e ainda me dá forças para caminhar, a minha mãe, minha vida, serei eternamente grata, te amo!

DEDICO

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **DEUS**, por ter iluminado a minha trajetória e me ajudado a ultrapassar os vários obstáculos que surgiram no caminho ao longo do meu período acadêmico, por me permitir realizar este grandioso e tão almejado sonho.

Á **Helenilde**, Minha heroína e quem Deus me fez chamar de mãe, obrigada por todo o incentivo, as orações, cuidado, confiança, contribuição financeira, pelas lágrimas que enxugou durante essa jornada árdua, por ter sempre afirmado que eu sou capaz mesmo quando eu achei que não, por ter tornado tudo isso possível, aquela que se doou por inteira e renunciou aos seus sonhos para que eu pudesse realizar o meu. Não tenho palavras para decifrar o quanto significa pra mim. Por ser quem és pelos esforços que sempre fez e na tentativa de retribuí-los, foi que tentei dar o meu melhor. Sempre será a pessoa mais importante pra mim, TE AMO!

A Toda a minha família, obrigado por todo o apoio, por terem compreendido sempre a minha falta naquelas reuniões no final da tarde, nos finais de semana, nas viagens em família, pois sempre tinha que está nos reajustes da monografia. Em especial aos meus irmãos **Reginaldo Filho e Ramon**, meus heróis, aqueles no qual eu sempre me espelho, aqueles em que eu jamais saberia viver sem, obrigado por terem substituído o lugar de pai, foi em vocês que eu entendi o significado do amor pois sempre fui muito amada e mimada por vocês. Obrigado meus amores por cada palavra de conforto, por terem acreditado sempre em mim e por acima de tudo sempre mostrarem que eu sou o orgulho de vocês. Amo sem explicações! Agradecer ao meu tio **João Eudes** por ter se prontificado e ter me ajudado do começo ao final da faculdade. Minha sincera gratidão!

A minha sobrinha, a princesa **Maria Cecília** mesmo sendo tão inocente, cada dia que passo com você é um eterno aprendizado, sempre me faz ser a pessoa mais feliz, sempre naquelas horas mais estressantes, mais exaustas basta te ter em meus braços e ver o seu sorriso que dali já me dar força de continuar. É por você que eu não desiti, pois sempre quis te dar o melhor! Saiba que você veio ao mundo para tornar as nossas vidas mais felizes, pois você é o meu maior presente! Amo-Te Princesa de titia.

A minha melhor amiga/irmã **Sonnally Sandja** pelo apoio por ter sido sempre aquela que acreditou em mim, mesmo quando eu desacreditei! Você sempre foi um

exemplo de amiga, pois diante de tudo que enfrentei durante esses quatro anos você foi a única que esteve comigo do começo ao final dessa trajetória, vivenciando todas as derrotas e aplaudindo de pé todas as vitórias, Obrigado pelas orações. Eu só tenho a te agradecer por tudo que tens feito e principalmente por fazer parte deste sonho! Saiba que essa vitória também é dedicada a você irmã! Amo-Te Minha Melhor Amiga!

Aos **mestres** que nos revelou a arte de cuidar durante esses quatro anos. Obrigado por todo o aprendizado que foi repassado, pelo empenho. Hoje a profissional que eu sou devo a todos vocês, o meu muito obrigado!

A todos os **funcionários** que fazem parte da família FACENE/MOSSORÓ, que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, pela confiança, mérito e ética aqui presente. Sou feliz por ter feito parte dessa família! Em especial a bibliotecária da **Vanessa Camilo** que sempre mostrou ser receptiva dando o norteamento na aplicação das normas necessárias para a construção deste trabalho, aquela que nunca soube dizer não a nenhum aluno, costume sempre dizer que tiro o “chapéu” pra você, pois é capacidade em pessoa, saiba que tenho um carinho enorme por você! Obrigada por todas as vezes que me tirou do sufoco (rsrs).

Caminhamos juntos nos corredores, nas salas de aula, laboratório, o hábito criou a convivência, mas também trouxe dúvidas, dificuldades e ressentimentos. Agradeço por terem feito parte da minha vida em todos esses anos vou levá-los sempre comigo o espelho de determinação, de superação e de dedicação—Melhor Turma da Facene se formou em 2015.2! Em especial as minhas amigas **Carol Souza** e **Gabriela Costa**, pois são as companheiras desde o início da jornada, sempre foi o trio, quero agradecer a vocês por cada sábado a tarde que se reuníamos para fazermos os nossos trabalhos e sempre jogávamos conversa fora. Obrigado pelo incentivo, por terem sido as amigas verdadeiras dentro de uma sala de aula, quero que saibam que eu vou sentir muita falta das chatices de dona Gabriela todos os dias assim como “Rubinho” (rsrs). Tenho um carinho enorme por vocês! Aquelas que ofereciam os abraços que tanto fui de encontro, ouvidos generosos, palavras de apoio e incentivo que sempre me impulsionaram a vencer as dificuldades e seguir em frente: Débora Costa, Jéssica Katiane e Bárbara Montenegro. Sentirei muita falta daquelas tardes de estudos, dos nossos lanches na padaria.

A minha orientadora Prof^a. Ms. **Amélia Resende Leite** por ter me aceitado como orientanda, pelo conhecimento oferecido, pela confiança depositada, pelo incentivo e

dedicação em todas as etapas desse trabalho. Obrigada por acreditar em mim, por ter me ajudado a realizar esta conquista e por fazer parte desse grande sonho.

Agradeço também as minhas professoras membros da banca por terem aceitado o convite a **Giselle dos Santos Costa Oliveira** e **Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins**, agradeço pelas sugestões que fizeram com que o meu trabalho se tornasse mais bonito, e pela enorme contribuição na minha formação acadêmica. Não esquecendo **Cássia Maria Guerra de Souza** que muito contribuiu com o meu projeto.

Aos meus **preceptores** em campo de estágio, que não direi o nome, pois são muitos e não quero cometer a injustiça de esquecer algum. Todos de uma maneira individual me ajudaram a suportar algumas dificuldades, medos, dúvidas, ensinando-me a superá-las. Sou eternamente grata a todos que construíram a minha história enquanto enfermeiranda. Tenho todos como exemplo!

As minhas companheiras da igreja **Glenda** e **Nara** que tanto me ajudaram, obrigado por terem sido tão compreensivas. E em especial ao meu Pastor por ter sido muito compreensível em relação a minha ausência durante a semana por conta da faculdade, por sempre ter sido sábio e me defender pois sempre entendeu as minhas obrigações. A recompensa vem de Deus!

Aos enfermeiros que permitiram serem entrevistados, passando informações importantes que me ajudou a construir este trabalho.

A todos que de forma direta ou indiretamente me ajudaram e torceram por mim para que eu realizasse esse grande sonho!

“Ninguém é tão pequeno que não possa ensinar, ninguém é tão grande que não possa aprender, não sei para onde vou só sei que estou no meu caminho; você pensa que acabou, mas está apenas começando.”

(AUTOR DESCONHECIDO)

RESUMO

A gestação é considerada um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências, sendo mais correlacionada com recorrência em futuras gestações e, com maiores riscos no desenvolvimento de doenças cardiovasculares. O objetivo geral desse trabalho é analisar o cuidado de enfermagem voltada á gestantes com doenças hipertensivas e como específicos: Conhecer o perfil sócio econômico dos enfermeiros; Descrever as ações que a enfermagem desenvolve para o cuidado de gestantes com doenças hipertensivas; Conhecer as dificuldades no cuidado de enfermagem ás gestantes com doenças hipertensivas; Identificar se os profissionais conhecem e utilizam o manual técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde. Utilizamos uma abordagem quantitativa e qualitativa, descritiva e exploratória. O local da pesquisa foi no Hospital da Mulher Parteira Maria Corrêia. Os sujeitos do estudo foram enfermeiros que atuam na Clínica Obstétrica, Sala de Parto, Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto, onde trabalhamos com cerca de 10 enfermeiros. Como instrumento de coleta de dados e informações, utilizamos um roteiro de entrevista semi-estruturado. A análise dos dados qualitativos foi feita através da análise de conteúdo e os dados quantitativos analisados através de frequências simples e porcentagem, onde foi tabulado em planilha eletrônica no programa Excel 97. Durante a coleta, processamento e análise dos dados obtidos foram obedecidos às prerrogativas da resolução número 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos e a Resolução COFEN, nº 311/2007, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. O projeto foi aprovado pelo CEP sob número do protocolo 116/2015 e CAAE: 48241515.9.0000.5179. Destacamos que os enfermeiros tiveram uma média de idade de 39,9 anos, sendo a maioria do sexo feminino, com renda média de 6.432 reais. Apenas 1 enfermeiro apresentou especialização em obstetrícia. O tempo médio de atuação na obstetrícia foi de 4,8 anos. Destacamos que as principais ações de enfermagem para o cuidado de gestantes com doenças hipertensivas são orientações sobre os cuidados gerais e posicionamentos que favorecem uma melhor estabilização do nível pressórico e exames laboratoriais, repouso, sinais vitais, administração de medicamentos. Dentre as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para o cuidado de gestantes com doenças hipertensivas decorrem principalmente falta de recursos humanos, materiais e espaço físico. Ressalta-se também a dificuldade de aceitação por parte das gestantes com relação ao tratamento e a doença em si, além da falta de acompanhamento no pré-natal. Os enfermeiros conhecem o manual técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde, porém nem todos o utilizam como diretriz. Este trabalho revelou resultados que possibilitaram refletir sobre a assistência de enfermagem as gestantes com doenças hipertensivas e apontamos a necessidade de educação permanente em saúde como forma de aprimorar os conhecimentos destes enfermeiros, contribuindo assim para uma melhor qualidade na assistência.

Descritores: Gestação. Hipertensão gestacional. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Pregnancy is considered a physiological phenomenon and its evolution occurs in most cases without complications, and more correlated with recurrence in future pregnancies and with the highest risk in the development of cardiovascular diseases. The aim of this study is to analyze the nursing care focused on pregnant women with hypertensive diseases and in specific: Knowing the socioeconomic profile of nurses; Describe the actions that nursing developed for the care of pregnant women with hypertensive diseases; Knowing the difficulties in nursing care to pregnant women with hypertensive diseases; Identify whether professionals know and use the technical manual of high-risk pregnancy from the Ministry of Health. We use quantitative and qualitative, descriptive and exploratory approach. The research site was in Hospital da Mulher Parteira Maria Corrêia. The study subjects were nurses who work in the Obstetric Clinic, Delivery Room, Obstetric Center and Adjacent Lodgings, where we work with about 10 nurses. As data collection instrument and information, we use a semi-structured interview guide. The qualitative data analysis was done through content analysis and quantitative data analyzed using simple and percentage frequencies, which was tabulated in a spreadsheet in Excel 97 program during the collection, processing and analysis of data were obeyed the prerogatives of Resolution number 466/2012 which deals with guidelines and regulatory standards of research with human beings and COFEN resolution No. 311/2007, which recasts the Code of Ethics of Nursing Professionals. The project was approved by the CEP under protocol number 116/2015 and CAAE: 48241515.9.0000.5179. We highlight that nurses had a average age of 39.9 years, mostly female, with an average income of 6,432 reais. Only one nurse had specialized in obstetrics. The average time of work in obstetrics was 4.8 years. We emphasize that the main nursing actions for care of pregnant women with hypertensive diseases are guidelines on the general care and positions that favor a better stabilization of blood pressure levels and laboratory tests, nursing, vital signs, medication administration. Among the difficulties encountered by nurses for the care of pregnant women with hypertensive diseases stem mainly lack of human resources, material and physical space. It also underscores the acceptance of difficulty by the pregnant women regarding the treatment and the disease itself, and the lack of monitoring during prenatal care. Nurses know the technical manual of high-risk pregnancy from the Ministry of Health, but not all of them use it as a guideline. This work showed results that made it possible to reflect on the nursing care of pregnant women with hypertensive diseases and pointed out the importance of continuing education in health as a way to improve the knowledge of these nurses, thus contributing to a better quality of care.

Key words: Pregnancy. Gestational hypertension. Nursing care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVOS GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 A GESTAÇÃO.....	14
3.2 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	14
3.3 DOENÇAS HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO.....	16
3.3.1 Pré-eclâmpsia	19
3.3.2 Eclâmpsia	20
3.3.3 Síndrome de hellp	22
3.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES COM DOENÇAS HIPERTENSIVAS	22
4 METODOLOGIA	26
4.1 TIPO DE PESQUISA	26
4.2 LOCAL DO ESTUDO	26
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO E AMOSTRA.....	26
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES.....	27
4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES	27
4.6 DISCUSSÕES DOS DADOS E INFORMAÇÕES.....	27
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	28
4.8 FINANCIAMENTO DA PESQUISA.....	28
5 ANÁLISE DE DADOS E INFORMAÇÕES	30
5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA	31
5.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES COM DOENÇAS HIPER- TENSIVAS	31
5.2.2 Ações desenvolvidas pela enfermagem para o cuidado de gestantes com doenças hipertensivas	31
5.2.3 Dificuldades no cuidado de enfermagem as gestantes com doenças hipertensivas	33
5.2.4 Conhecimento do enfermeiro sobre o manual técnico de gestação do alto risco do ministério da saúde e a utilização dos conhecimentos para o desenvolvimento do cuidado ás gestantes com doenças hipertensivas	35
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES	42
ANEXO	46

1 INTRODUÇÃO

A gravidez consiste de um processo fisiológico natural compreendido pela sequência de adaptações ocorridas no corpo da mulher a partir da fertilização. A preparação do corpo para a gestação envolve ajustes dos mais variados sistemas e pode ser considerado um estado de saúde que envolve mudanças fisiológicas iguais ou maiores do que as que acompanham muitos estados patológicos. (MANN et al, 2010)

Sabendo que a gravidez é um processo fisiológico natural, porém especial na vida da mulher, desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência. Na investigação das reações humanas e um melhor conhecimento desta influência e da complexidade das vivências do ciclo gravídico-puerperal é importante considerar fatores como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, o contexto da gravidez, sua idade e o vínculo com o parceiro.

Desta forma a gestação é considerada um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências, sendo mais correlacionada com recorrência em futuras gestações e, com maiores riscos no desenvolvimento de doenças cardiovasculares. No entanto, algumas gestantes podem apresentar maiores probabilidades de evolução desfavorável, trazendo riscos a saúde materna e fetal, conformando-se no que se define como gestação de alto risco. (BRASIL, 2012a).

A gravidez se caracteriza por alterações funcionais e estruturais no sistema cardiovascular, necessárias para as demandas do feto e da placenta em crescimento. A adaptação cardiovascular ocorre nos estágios iniciais da gravidez caracterizando uma elevação do fluxo sanguíneo e uma baixa resistência vascular. Essas adaptações associam-se a complicações como: hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, crescimento intrauterino restrito ou combinação desses eventos (AGUIAR et al 2014).

Através de programas e ações de atenção à saúde da mulher o ministério da saúde não consegue atender algumas demandas das gestantes consideradas de alto risco, principalmente àquelas relacionadas à subjetividade como os sentimentos que emergem da sua vivência, assim, conhecer sob o olhar dessas gestantes os sentimentos relacionados a gestação considerada de alto risco poderia, a nosso ver,

contribuir com os profissionais da saúde para melhoria do cuidado e assistência a tais gestantes. (OLIVEIRA, MADEIRA, PENNA, 2011)

Segundo diretrizes assistenciais do Ministério da Saúde, quando identificado o alto risco na gestação, há indicação de tratamentos e acompanhamentos rigorosos, voltados para aspectos clínicos, obstétricos, socioeconômicos e emocionais, com objetivo de alcançar uma gravidez e parto saudáveis (BRASIL, 2010).

Os distúrbios hipertensivos são as complicações mais comuns no pré-natal, acometendo 12 a 22% das gestações, sendo a eclâmpsia uma das principais causas de óbito materno em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento (MOURA et al,2010).

A incidência da hipertensão gestacional no Brasil é de aproximadamente 6 a 8% das gestações (ZUGAIB apud SANTOS, 2014) e de acordo com estatísticas do Ministério da Saúde, as complicações decorrentes desta, são a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal, ocorrendo em cerca de 10% de todas as gestações (LANGARO, SANTOS, 2014).

A doença renal, o diabetes, a obesidade, a gravidez múltipla, a primiparidade, a faixa etária acima dos 30 anos, os antecedentes pessoais ou familiares de hipertensão gestacional e/ou hipertensão arterial crônica e a raça/cor negra são os fatores de risco descritos pela literatura que podem contribuir no aumento do risco para o desenvolvimento da Hipertensão Gestacional (SAMPAIO et al, 2013).

De acordo com a gravidade a síndrome hipertensiva é classificada em: pré-eclâmpsia que é caracterizada pelo início da hipertensão aguda após a vigésima semana de gestação, sendo o distúrbio mais comum na gestação e esta relacionada com as principais causas de morte de gestantes no mundo. Ela pode ter como complicações: a eclâmpsia (distúrbio hipertensivo gestacional que se caracteriza pelos episódios convulsivos consequentes a efeitos cerebrais profundos da pré-eclâmpsia) e a Síndrome de HELLP, que é a mais frequente causa de insuficiência renal aguda gestacional e apresenta uma alta morbimortalidade maternal e perinatal. (MORAES et al, 2012).

Neste contexto, a assistência de enfermagem exerce um importante papel na manutenção da saúde da gestante e do seu feto, pois durante a sua atuação

profissional, a enfermagem tem a oportunidade de identificar sinais e sintomas característicos da evolução desta doença, melhorando o prognóstico.

A gestante é avaliada pelo profissional de enfermagem, onde as intervenções preventivas são realizadas durante as consultas do pré-natal. Sabe-se que um pré-natal inadequado é espelho de altas taxas de morbidade e até de mortalidade. Neste contexto, deve se apropriar da Sistematização da Assistência de Enfermagem, na perspectiva de uma observação permanente e da eficiência na prestação dos cuidados (LOPES et al,2013).

Desta forma, os enfermeiros mantêm maior proximidade no processo de cuidar das gestantes hipertensas, tanto em nível de atenção primária, quanto durante a internação hospitalar. Em sua atuação profissional, têm oportunidade ímpar de identificar sinais e sintomas característicos da evolução desta patologia, interferindo antes mesmo de as complicações se instalarem (MARTINS et al, 2012).

Os profissionais de enfermagem podem atuar de forma significativa na redução das complicações relacionadas com a função reprodutiva, através de uma adequada assistência ao ciclo gravídico-puerperal, ampliando os horizontes para a equipe assistir melhor as gestantes de alto risco nos serviços de pré-natal e na orientação de planejamento familiar, de acordo com seu contexto socioeconômico e cultural (PETRONI et al 2012).

A realização deste trabalho foi de grande importância, visto que as doenças hipertensivas na gestação continuam sendo um grave problema em todo o Brasil, visto a alta frequência com que ocorre, sendo um dos principais distúrbios que afetam as gestantes. Assim, a enfermagem se apresenta como uma profissão que possui um conjunto de conhecimentos que podem possibilitar uma assistência de qualidade as gestantes com doenças hipertensivas.

O motivo que levou a realizar este estudo foi por já haver vivenciado a eclampsia com familiares e isto sempre serviu como motivação para buscar conhecimentos sobre as hipertensões na gestação.

Além disso, somou-se afinidade com a disciplina de Enfermagem em Obstetrícia e Neonatal, levando a curiosidade de aprofundar os conhecimentos nesta área.

Diante deste aporte teórico, formulou-se o seguinte questionamento: Como se desenvolve a Assistência de Enfermagem as gestantes com doenças hipertensivas no Hospital da Mulher no Município de Mossoró/RN?

Acredita-se que as doenças hipertensivas que acontecem durante a gestação são distúrbios que apresentam diversas sintomatologias a depender do grau que está ocorrendo, e a qualidade da assistência de enfermagem prestada dependerá do conhecimento específico do enfermeiro para cada grau de hipertensão gestacional. Assim, uma assistência de enfermagem pautada em conhecimentos superficiais pode comprometer o prognóstico da gestante e do seu filho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o cuidado de enfermagem voltada á gestantes com doenças hipertensivas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o perfil sócio econômico dos enfermeiros;
- Descrever as ações que a enfermagem desenvolve para o cuidado de gestantes com doenças hipertensivas;
- Conhecer as dificuldades no cuidado de enfermagem ás gestantes com doenças hipertensivas;
- Identificar se os profissionais conhecem e utilizam o manual técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A GESTAÇÃO

A gravidez no mundo contemporâneo exige para a mulher a reestruturação e o reajustamento de sua vida, a fim de que essa experiência ocorra de modo saudável tanto para a mãe como para o bebê. A maternidade oferece também a possibilidade, em termos de desenvolvimento psíquico, de integração, amadurecimento e expansão da personalidade, podendo estar acompanhado do aumento da sensibilidade materna e retraimento psicológico, que passa a se responsabilizar cada vez mais pelo bebê, garantindo-lhe cuidados básicos (SIMAS, SOUZA, COMIN, 2013).

Fisiologicamente, a gestação é o período em que se desenvolve o embrião no útero materno, desde a fecundação até o nascimento. É considerado um fenômeno normal, pois, apesar disso é um período que visa cuidado por ser muito delicado, pois além de estar gerando uma vida, o corpo da mulher passa por inúmeras modificações que dão origem a alguns desconfortos e sintomas atípicos da vida pré - gravídica.

É um fenômeno integrante do ciclo de vida da mulher, caracterizado por alterações de âmbito fisiológico, físico, emocional, social e cultural. E apesar deste caráter universal, também se reveste de especificidade, uma vez que é vivenciado de forma individual, sendo um evento pleno de subjetividades e representações e, também, inserido na vida familiar e no contexto sociocultural das mulheres (MARTINS et al, 2012).

A maioria das gestações transcorre sem intercorrências, caracterizando-se como um período de higidez da mãe e do feto, dessa forma parte das gestantes pode apresentar complicações de elevado risco de morbidade e mortalidade materna e fetal, como a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG). (MOURA et al,2010).

3.2 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

A gestação de alto risco é conceituada como presença de agravos que ocorrem durante a gravidez, tendo assim uma evolução desfavorável tanto para mãe

quanto para o feto, na qual a vida e a saúde de ambos correm risco (CARVALHO, 2011).

A gestação de alto risco muitas vezes provoca alterações multidimensionais na mãe e também na pessoa que acompanha a espera desse nascimento, além de ocasionar modificações na rotina da mulher, e conseqüentemente, no cotidiano familiar, portanto a família precisa se adaptar às recomendações médicas quanto aos cuidados em relação à patologia presente na gestante, assim como aos novos hábitos alimentares, à necessidade de repouso e controle de atividades que exijam esforço por parte da mulher, assim também como o retorno aos serviços de saúde com maior frequência (PETRONI et al 2012).

A gestação de risco implica em necessidades específicas para a mulher, tratando-se de uma situação delicada, na qual a esperança do sucesso da evolução da gestação até o termo se confronta com as complicações presentes ou potenciais. De acordo com esta situação delicada existem diagnósticos de enfermagem que são comuns às gestantes de risco, independente do diagnóstico clínico, permitindo estabelecer uma hierarquia de prioridades no momento da admissão, mesmo o diagnóstico clínico estando ainda indefinido (HERCULANO et al 2011)

Dentre as formas clínicas que a síndrome hipertensiva pode apresentar destaca-se a pré-eclâmpsia, definida pela presença de hipertensão e de proteinúria após a 20ª semana de gestação, podendo ser leve ou grave. Todavia, esta poderá ocorrer, excepcionalmente, antes de 20 semanas de gravidez quando associada à Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG). (MOURA et al 2010).

Desta forma a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) resulta em uma ocorrência de grande morbimortalidade materna e perinatal, possuindo uma elevada taxa de incidência e de prevalência no nosso país, sendo a primeira causa de morte materna e o primeiro lugar dentre as afecções próprias do ciclo grávido-puerperal, principalmente quando se instala em uma de suas formas graves, como a eclâmpsia e a síndrome HELLP, interferindo, de forma significativa, nas gestações de mulheres primíparas e múltipara (AGUIAR et al ,2010).

Estima-se que, no mundo, 1.000 mulheres morram de complicações da gravidez ou do parto todos os dias. Dentre esses óbitos, os que ocorrem por Hipertensão Gestacional (HG) estão entre os mais frequentes, a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) tem lugar de destaque. (MARTINS et al, 2012)

Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico (BRASIL, 2012a).

Ainda de acordo com Brasil (2012, p.12), os marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação se dividem em:

Características individuais e condições sócias demográficas desfavoráveis: Idade maior que 35 anos; Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos; Altura menor que 1,45m; Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30); Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; Situação conjugal insegura; Conflitos familiares; Baixa escolaridade; Condições ambientais desfavoráveis; Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; Hábitos de vida – fumo e álcool; Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse. História reprodutiva anterior: Abortamento habitual; Morte perinatal explicada e inexplicada; História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; Parto pré-termo anterior; Esterilidade/infertilidade; Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; Nuliparidade e grande multiparidade; Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; Diabetes gestacional; Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores). Condições clínicas preexistentes: Hipertensão arterial; Cardiopatias; Pneumopatias; Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); Hemopatias; Epilepsia; Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); Doenças autoimunes; Ginecopatias; Neoplasias. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos. Doença obstétrica na gravidez atual: Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; Ganho ponderal inadequado; Pré-eclâmpsia e eclâmpsia; Diabetes gestacional; Amniorrexe prematura; Hemorragias da gestação; Insuficiência istmo-cervical; Aloimunização; Óbito fetal. Intercorrências clínicas: Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.); Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

3.3 DOENÇAS HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

No momento que é detectada a doença hipertensiva na gestação (DHEG) essa gestante passa a ser especial, necessitando de maior atenção. Os enfermeiros dão orientações de como a gestante precisa, neste momento, ter uma mudança de

hábito, principalmente na questão alimentar; de como esse novo comportamento é fundamental para que sua gestação venha ser de termo e para que ela possa viver esses momentos especiais da gestação, parto e pós-parto os mais tranquilos possíveis (LIMA, PAIVA, AMORIM, 2010).

A Hipertensão Arterial Crônica (HAC) acomete cerca de 1 a 5% das gestações e é considerado fator de risco para a pré-eclâmpsia (PE). Gestantes com pré-eclâmpsia são decorrentes de mulheres com HAC pré-existente em 15 à 25% dos casos. A pré-eclâmpsia sobreposta, prematuridade e mortalidade perinatal são complicações na qual acabam sendo mais frequentes em mulheres hipertensas negras do que em brancas. O alto risco é definido quando a pressão diastólica é igual ou superior a 160-170 mmHg e a sistólica igual ou superior a 110 mmHg, causa secundária e complicada por lesões de órgãos, fazendo com que essa gestante necessite de internação, tratamento anti-hipertensivo, avaliação do crescimento e vitalidade fetal e, muitas das vezes, indicação de parto operatório antes da 37ª semana de gestação.(HENRIQUE et al,2012).

Atualmente, as síndromes hipertensivas na gestação representam a terceira causa de mortalidade materna no mundo e a primeira no Brasil, merecendo um destaque no cenário da saúde pública mundial. Em países desenvolvidos, aproximadamente de duas a oito em cada 100 gestantes vão desenvolver o evento, enquanto no Brasil pode-se chegar a 10% dos casos. Assim, devido à gravidade da doença, é importante considerar como causa de internamento em unidade de terapia intensiva e, por vezes, incluída como critério de morbidade materna grave (NETO, SOUZA, AMORIM, 2010).

A Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG) é responsável por um grande número de mortes e complicações no período grávido- puerperal para a mulher e para o seu bebê (GUIMARÃES et al, 2014).

Dentre as gestações de alto risco, as síndromes hipertensivas na gestação (SHG) apresentam elevada incidência, com prevalência de 10 a 22% do total das gestantes. Aproximadamente 15% das gestações consideradas de baixo risco, no Brasil, evoluem para alto risco, tendo como a principal causa de morbidade e mortalidade materno-fetal a pré-eclâmpsia (CARVALHO, 2011).

A hipertensão gestacional foi definida como elevação dos níveis pressóricos após a 20ª semana de gravidez na ausência de proteinúria e hipertensão crônica foi diagnosticada na presença de hipertensão prévia à gravidez, sendo considerada

agravada pela gestação ou pré-eclâmpsia superposta na presença de aumento súbito dos níveis pressóricos e/ou da proteinúria. A hipertensão complica cerca de 10% das gestações, manifestando-se sob diversas formas clínicas, observando-se tendência à redução de sua incidência nos últimos anos. Uma das principais causas de óbito materno, associando-se com elevadas taxas de morbidade e mortalidade perinatal são representadas tanto no Brasil como no mundo (SOUZA et al,2013).

A hipertensão arterial crônica (HAC) é a doença de gravidade das repercussões no resultado perinatal, a hipertensão na gravidez mostra que as mulheres com hipertensão leve e sem lesões de órgãos-alvo têm evolução gestacional sem complicações, assim como as outras classificadas como graves contribuem para o aumento da morbimortalidade perinatal. Algumas hipertensas têm gestação sem complicações, evoluem de forma semelhante às mulheres grávidas em geral, mas, existem as que desenvolvem complicações que comprometem a gestação. (HENRIQUE et al,2012)

A hipertensão arterial na gestante, quando detectada, exige dos profissionais da área de saúde uma melhor preparação e ações preventivas, levando para o campo prático e teórico uma assistência para o binômio materno fetal voltado para a importância da prevenção. O profissional de enfermagem tem como objetivo promover reflexões das gestantes sobre o risco da hipertensão gestacional. E que toda gestante com quadro hipertensivo deva ser encaminhada para a realização do pré-natal de alto risco no serviço de referência, pois, sabe-se que a hipertensão gestacional pode evoluir para pré-eclâmpsia, quando a hipertensão associa-se a proteinúria (BRASIL, 2010).

A Hipertensão Arterial (HA) durante a gestação manifesta-se de diferentes formas: PE definida pela presença de HA ($\geq 140/90$ mmHg) ocorre com maior frequência após 20 semanas de gestação, podendo assim persistir até 12 semanas após o parto; hipertensão arterial crônica (HAC), definida por elevação dos níveis pressóricos antes de 20 semanas de gestação; PE sobreposta à HAC quando a paciente tem hipertensão crônica evolui com proteinúria; eclâmpsia quando o quadro de PE associa-se à convulsão sem outra causa definida e hipertensão gestacional transitória definida pela presença de HA sem proteinúria, a qual normaliza até 12 semanas após o parto e que, se persistir além desse período, diagnostica-se HAC (FACCA, KIRSZTAJN, SASS, 2011).

A causa exata não é conhecida, mas, existem alguns fatores contribuintes para que ocorra a hipertensão na gestação como a doença autoimune, hipertensão arterial crônica, doença renal crônica, diabetes melito, idade materna (menor que 19 anos ou maior que 35 anos),pielonefrite.Tendo como resultados dos exames: proteinúria maior que 300 mg/24 horas(1+ no teste com tiras reagentes) revela pré-eclâmpsia; proteinúria de 5g/24 horas (3+) revela eclampsia grave; hemólise, aumento das enzimas hepáticas e diminuição da contagem de plaquetas constituem a síndrome HELLP; ultrassonografias seriadas avaliam o bem estar fetal e o volume de líquido amniótico (AZEVEDO, 2007).

Entre os tipos de hipertensão que estão presentes na gestação, a pré-eclâmpsia isolada ou superposta à hipertensão arterial crônica merecem destaque por estarem associadas aos piores prognósticos maternos e perinatais (TANAKA et al, 2014).

3.3.1 Pré- eclampsia

Pré-eclâmpsia (PE) é uma forma não convulsiva que ocorre principalmente em primigestas, marcada pelo início da HA aguda. Clinicamente, a PE caracteriza-se pela piora da hipertensão ou pelo início súbito, acompanhada de proteinúria e elevação dos níveis de creatinina sérica, ácido úrico e transaminases (GUIMARÃES et al ,2014).

A pré-eclâmpsia pode se manifestar com presença de edema na face, mãos, membros inferiores ou edema generalizado; já a presença de coma ou convulsões sem história prévia de doenças cerebrais irá determinar o quadro de eclâmpsia (MOURA et al 2010).

As principais complicações da pré-eclâmpsia grave são: hipertensão e acidente vascular cerebral, eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta (DPP), coagulação intravascular disseminada, insuficiência cardíaca, edema pulmonar, síndrome aspirativa, HELLP, insuficiência renal aguda e trombose venosa, retardo do crescimento intrauterino, parto prematuro, pneumotórax, anóxia cerebral, infecção neonatal, morte perinatal (AGUIAR et al ,2010).

De acordo com as complicações, a enfermagem entra dando ênfase aos cuidados prestados à paciente que inclui a aferição dos níveis pressóricos quatro vezes ao dia, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo, repouso no leito em

decúbito lateral esquerdo, medição diária de peso, avaliação cotidiana da proteinúria, controle da diurese nas 24 horas, orientações para verificação materna diária dos movimentos fetais e observação pelos profissionais de saúde dos sinais e sintomas clínicos da Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHIG) (AGUIAR et al ,2010).

Dependendo de fatores como idade gestacional, gravidade, bem-estar fetal e presença ou não de complicações, a interrupção da gravidez está indicada. Assim, na tentativa de prevenir complicações perinatais, várias condutas têm sido propostas enquanto não é possível ou recomendável interromper a gravidez. O único tratamento efetivo da pré-eclâmpsia/eclâmpsia, determinando a “cura” do processo patológico, é o parto (NETO, SOUZA, AMORIM, 2010).

Sendo o parto o único tratamento definitivo para a pré-eclâmpsia, existem algumas indicações para que ocorra essa antecipação como as indicações maternas: Aumento persistente da pressão arterial até níveis de gravidade; Cefaleia grave e distúrbios visuais persistentes; Dor epigástrica grave persistente, náuseas ou vômitos; Contagem de plaquetas $<100.000/mm^3$; Deterioração progressiva da função hepática; Deterioração progressiva da função renal; Suspeita de descolamento de placenta; Trabalho de parto ou sangramento. E as indicações fetais: Restrição grave do crescimento fetal; Suspeita ou comprometimento da vitalidade fetal; Oligohidrânio (Índice de líquido amniótico $<p10$ para a idade gestacional); Idade gestacional confirmada de 40 semanas (BRASIL, 2012a).

3.3.2 Eclâmpsia

A eclâmpsia é uma manifestação convulsiva da pré-eclâmpsia, de forma isolada ou associada à hipertensão arterial materna preexistente. É a forma mais grave dos distúrbios hipertensivos, que se adequam entre as complicações obstétricas mais importantes, tratando-se de uma intercorrência emergencial. Alguns autores relatam que a eclâmpsia seria responsável por aproximadamente 50.000 mortes maternas anuais. Até que se tenha diagnóstico diferencial, a convulsão em gestação avançada deve ser considerada como diagnóstico de eclâmpsia, orienta-se a conduta assistencial para medidas gerais de suporte cardiorrespiratório, terapia anticonvulsivante, tratamento anti-hipertensivo e conduta obstétrica resolutiva (NOVO; GIANINI, 2010).

A eclâmpsia ocorre mais habitualmente no final da gravidez e se caracteriza pelo agravamento dos sinais e sintomas da pré-eclâmpsia grave, ocorrendo crises convulsivas que podem evoluir para o coma, sendo assim a sua prevenção se faz através do diagnóstico precoce da doença hipertensiva e da identificação dos sinais premonitórios da crise convulsiva. Quando essas situações se fazem presentes devem-se utilizar medicações anticonvulsivantes e, confirmado o caso de eminência da eclâmpsia, tomar a conduta obstétrica, geralmente à interrupção da gestação (CUNHA, OLIVEIRA, NERY et al 2007).

De acordo com Melo et al 2009 a eclâmpsia é uma doença que predomina na população de baixo nível socioeconômico. Podemos evitar a eclâmpsia com assistência obstétrica, e um acompanhamento adequado. É importante lembrar que 20% a 38% das gestantes que apresentam convulsões estão com a pressão arterial com valores inferiores a 140/90mmHg, antes dos primeiros episódios convulsivos.

3.3.3 Síndrome HELLP:

A síndrome HELLP, representada por uma tríade laboratorial clássica: H (hemólise), EL (elevação das enzimas hepáticas) e LP (baixa contagem de plaquetas) desenvolvem como forma atípica e complicada da pré-eclâmpsia grave. Tem uma falência de múltiplos órgãos devido à alteração circulatória generalizada. A incidência varia de 2 a 12% e é alta em virtude do retardo no seu diagnóstico e na resolução do parto (MORAIS et al, 2013).

A síndrome embora ainda não tenha causa completamente esclarecida, pode levar a várias complicações sérias, como insuficiência cardíaca, pulmonar, renal, dentre outras. Trazendo complicações sérias para o feto que incluem crescimento uterino restrito e síndrome da angústia respiratória. Os sinais e sintomas da Síndrome HELLP podem ser facilmente confundidos com pré-eclâmpsia grave, que são dor na parte alta ou central do abdome, cefaleia, náuseas, vômitos e mal-estar generalizado (LOPES et al, 2013).

Quando não é feita uma correta avaliação laboratorial, esses sintomas podem passar despercebidos, sendo feito um diagnóstico apenas quando o quadro se agrava, pode se apresentar no princípio com uma aparência benigna, com mínimas alterações no número de plaquetas e nos testes de função hepática. O aumento na

pressão sanguínea e a alteração renal mostram-se discretos, podendo progredir rapidamente para um quadro completo da Síndrome (LOPES et al,2013).

Os fatores de risco da Síndrome Hellp são identificados como: mulheres negras (com aumento da idade materna), índice de massa corporal, resistência a insulina, história familiar, fatores genéticos, tabagismo (OLIVEIRA et al,2012).

Dessa forma a identificação dos fatores é fundamental para a prevenção ou redução dos riscos de mortalidade materna e fetal. A equipe de enfermagem deve estar atenta a todos os acontecimentos e dúvidas da gestante, amenizando seu sofrimento através da orientação e ajuda por isso a Enfermeira precisa de conhecimentos e sensibilidade para identificar entender e acompanhar o processo fisiológico e emocional que permeia a gestação de alto risco (OLIVEIRA et al,2012).

3.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES COM DOENÇAS HIPERTENSIVAS

A assistência de enfermagem individualizada ao paciente com doenças hipertensivas é fundamental para que se estabeleça precocemente o diagnóstico com as suas devidas intervenções, proporcionando uma gestação com menos riscos para o binômio mãe-filho (AGUIAR et al 2010).

O resultado do tratamento da eclâmpsia depende da assistência de enfermagem adequada com a mulher durante esse período destacam-se a elevação da cabeceira da cama em ângulo de 30° com a horizontal; colocação de sonda faríngea de borracha, que além de proteger a língua, permite a fácil aspiração de mucosidades da boca e do nariz (LOPES et al,2013).

O cateterismo vesical deve ser permanente, a fim de se avaliar o volume de líquido e a característica da urina eliminada. A oxigenoterapia será contínua de acordo com o grau de cianose. Verificação dos níveis de pressão arterial, observação de sinais e sintomas de complicação clínica. Quando o coma se prolonga, deve-se mudar o decúbito da paciente de cinco a seis vezes por dia, para reduzir o risco de úlceras por pressão e fornecer a alimentação líquida por meio de sonda gástrica, para suprir as necessidades calóricas (LOPES et al,2013).

Dentro dos cuidados que a enfermagem deve realizar com gestantes que tem eclâmpsia a terapia anticonvulsivante é indicada para prevenir convulsões recorrentes em mulheres com esse problema, assim como o aparecimento de

convulsões naquelas com pré-eclâmpsia. O sulfato de magnésio é a droga de eleição para tal. Deve ser utilizado nas seguintes situações:

- Gestantes com eclampsia;
- Gestantes com pré-eclâmpsia grave admitidas para conduta expectante nas primeiras 24 horas;
- Gestantes com pré-eclâmpsia grave nas quais se considera a interrupção da gestação;
- Gestantes com pré-eclâmpsia nas quais se indica a interrupção da gestação e existe dúvida se a terapia anticonvulsivante deve ser utilizada (a critério do médico assistente). O sulfato de magnésio pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, devendo ser mantido por 24 horas após o parto se iniciado antes do mesmo. Quando iniciado no puerpério, deve ser mantido por 24 horas após a primeira dose (BRASIL, 2012a).

Os cuidados de enfermagem a gestante com hipertensão na maternidade incluem: avaliar os sinais vitais maternos e a frequência cardíaca fetal com frequência; pesquisar alterações da pressão arterial, do pulso, da frequência respiratória, da frequência cardíaca, da visão, do nível de consciência e cefaleia que não é aliviada pelos medicamentos, relatando assim as alterações imediatamente; Administrar os medicamentos prescritos; monitorar a magnitude do edema e o grau de compressibilidade; estimular a elevação de braços ou pernas edemaciados; eliminar roupas, calças, chinelos e roupas de cama apertada; monitorar o peso e o balanço hídrico todos os dias; inserir um cateter urinário de demora se necessário; providenciar um quarto quieto e pouco iluminado; estimular a obediência ao repouso no leito; fornecer apoio emocional, estimulando a cliente a expressar seus sentimentos (AZEVEDO, 2007).

A assistência de enfermagem a pacientes com pré-eclampsia, de acordo com a presença de aumento rápido de peso, edema facial ou outros sintomas sugestivos da doença requerem uma monitoração mais rigorosa da pressão arterial e a detecção de proteinúria. Se a pressão começar a aumentar, a gestante deve ser m. Assim que se tiver o diagnóstico (ver classificação), a conduta dependerá da gravidade e da idade gestacional (BRASIL, 2012a).

O enfermeiro também deve estar atento e resoluto às questões emotivas para que no percurso da gravidez, a gestante se sinta amparada e orientada sobre a patologia e os agravos que podem decorrer. Isso por que muitas das mulheres

grávidas têm a doença e não têm o conhecimento em relação a esses cuidados (SAMPAIO et al 2013).

As gestantes com pré-eclâmpsia leve, de preferência, devem ser hospitalizadas para avaliação diagnóstica inicial e mantidas com dieta normossódica e repouso relativo. Na avaliação das condições maternas deve constar: PA de 4/4h durante o dia; Pesagem diária; Pesquisa de sintomas de iminência de eclâmpsia: Cefaleia frontal ou occipital persistente; Distúrbios visuais; Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, acompanhado ou não de náuseas e vômitos; Hiperreflexia; Proteinúria na fita ou proteinúria de 24 horas; Hematócrito e plaquetas; Provas de função renal e hepática. Não há necessidade de tratamento medicamentoso (BRASIL, 2012a).

A assistência de enfermagem na avaliação das condições fetais: Contagem de movimentos fetais diariamente; Avaliação do crescimento fetal e do líquido amniótico. Se os resultados estiverem normais, repetir o teste a cada três semanas; Cardiotocografia basal (CTB), se disponível. Se a CTB for reativa, repetir semanalmente; A reavaliação materna e fetal deve ser imediata se ocorrerem mudanças abruptas nas condições maternas, redirecionando a conduta (BRASIL, 2012a).

Assistência de enfermagem a pacientes com pré-eclâmpsia grave, essas gestantes deverão ser internadas, solicitar os exames de rotina e avaliar as condições maternas e fetais, avaliar necessidade de transferência para unidade de referência, após a estabilização materna inicial. Se a idade gestacional for maior ou igual a 34 semanas de gestação, devem ser preparadas para interrupção da gestação (BRASIL, 2012a).

A conduta conservadora pode ser adotada em mulheres com pré-eclâmpsia grave com idade gestacional entre 24 e 33:6 semanas, através de monitoração materna fetal rigorosa, uso de sulfato de magnésio e agentes anti-hipertensivos. As gestantes nessas condições devem ser admitidas e observadas por 24 horas para determinar a elegibilidade para a conduta e nesse período serão manejadas como se segue: Administração de sulfato de magnésio; Uso de corticoide (betametasona 12mg, a cada 24 horas, 2 aplicações IM); Administração de anti-hipertensivos de ação rápida (Hidralazina ou Nifedipina); Infusão de solução de Ringer lactato a 100-125ml/h; Exames laboratoriais: hemograma completo com plaquetas, creatinina sérica, ácido úrico, AST/TGO, ALT/TGP, desidrogenase láctica, proteinúria de 24

horas; Dieta suspensa (permitir pequenas ingestões de líquidos claros e medicação oral) (BRASIL, 2012a).

Os cuidados de enfermagem a serem implementados na Síndrome HELLP vão da mínima à máxima complexidade, uma vez que a mulher nesta situação apresenta dependência, muitas vezes total da enfermagem, exigindo um grande empenho e observação pela alta complexidade da síndrome e pela diversidade de ações a serem realizadas continuamente. O enfermeiro e sua equipe devem trabalhar em alerta máximo, pois as intercorrências e complicações são frequentes e tomam configuração de urgência (LOPES et al,2013).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para o desenvolvimento desta pesquisa, utilizou-se uma abordagem quantitativa e qualitativa. Ressaltamos que a pesquisa quantitativa faz uso de métodos quantitativos, tendo como objetivo trazer a luz dados, indicadores e tendências observadas ou traduzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. Já a pesquisa qualitativa é aplicada ao estudo da história, das relações, das representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam (MINAYO, 2010).

Este estudo tem um caráter descritivo e exploratório, pois busca descrever e elucidar o fenômeno, investigando sua natureza complexa e os outros fatores a que eles estão relacionados. Tem um delineamento transversal, onde envolve a coleta de dados em um ponto de tempo. Os fenômenos do estudo são obtidos durante um período de coleta de dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Utilizamos a pesquisa de campo com o objetivo de conhecer/ ou conseguir conhecimentos acerca de um problema que se procura uma resposta, a partir da observação de fatos e fenômenos que exigem controle adequado e para se determinar o que será coletado (LAKATOS; MARCONI, 2009).

A partir do conceito do que seja pesquisa de campo, o local de realização desta pesquisa foi o Hospital da Mulher Parteira Maria Corrêia, que é a referência para partos de médio e alto risco no Município de Mossoró e região.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO E AMOSTRA

Os sujeitos do estudo foram os enfermeiros que atuam na Clínica Obstétrica, Sala de Parto, Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto. A amostra foi composta através do critério de saturação teórica, que é operacionalmente definido como a

suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTONELLA, RICAS; TURATO, 2008). Porém, trabalhamos com cerca de 10 enfermeiros.

Os critérios de inclusão foram: Ser Enfermeiros, atuar nos setores citados anteriormente e aceitar participar da pesquisa voluntariamente assinando o TCLE.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES

Como instrumento de coleta de dados e informações foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado com perguntas abertas e fechadas.

De acordo com Minayo (2004, p. 108), “a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem resposta ou condições prefixadas pelo pesquisador”, assim permite respostas livres e espontâneas do informante, valorizando a atuação do entrevistador.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES

Após a aprovação do comitê de ética e pesquisa (CEP) da FACENE, levamos um encaminhamento a direção administrativa Hospital da Mulher Parteira Maria Corrêa, informando que a pesquisa se encontra apta a ser realizada, assim o estudo iniciará a fase de coleta de dados.

Cada enfermeiro foi entrevistado em um ambiente tranquilo e livre de interrupções. A pesquisadora associada foi a única responsável pela coleta dos dados, aplicando o instrumento de coleta de dados.

Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, qual o seu objetivo e sobre a importância da preservação do seu anonimato, respeitando os preceitos éticos e legais que constam na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, Nº 466/2012 (BRASIL, 2012b).

4.6 DISCUSSÕES DOS DADOS E INFORMAÇÕES

Para a discussão dos dados qualitativos foi utilizado à análise de conteúdo de que é definido como o conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitiram a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens. Trabalhamos com a categorização como técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1979).

A categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas:

- 1- O inventário, que isola os elementos a serem analisados;
- 2- A classificação, que categorizam os elementos;

Os dados quantitativos foram analisados através de frequências simples e porcentagem, onde foi tabulado em planilha eletrônica no programa Excel 97.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Durante a coleta, processamento e análise dos dados obtidos foram obedecidos às prerrogativas da resolução número 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos e a Resolução COFEN, nº 311/2007, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

A pesquisa apresentou riscos mínimos, como, por exemplo, possível desconforto aos participantes durante a coleta de dados, entretanto os benefícios superam os riscos visto que, o estudo apresentará como benefício Analisar a assistência de enfermagem voltada a gestante com doenças hipertensivas, e assim refletir e propor práticas relacionadas a competência do profissional enfermeiro para que seja mais humanizada.

Com relação a ressarcimentos, não houve prejuízos financeiros por parte dos sujeitos selecionados para o estudo.

4.8 FINANCIAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa foi financiada com recursos próprios da pesquisadora associada. Qualquer tipo de despesa que a pesquisa requereu, a pesquisadora associada teve

plena ciência da sua responsabilidade. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN se responsabilizou por disponibilizar referências contidas na sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE DE DADOS E INFORMAÇÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA

A tabela abaixo apresenta os dados de caracterização socioeconômica dos participantes da pesquisa em relação a idade, sexo, renda, pós- graduação, especialização e o tempo de atuação em obstetrícia.

Tabela 1 – Quanto a caracterização socioeconômica dos participantes da pesquisa.

Variável	Frequência simples (n)	Porcentagem (%)
Idade	Idade mínima: 31	-
	Idade máxima: 53	
	Média: 39,9	
Sexo	Masculino: 1	Masculino = 10%
	Feminino: 9	Feminino = 90 %
Renda	Renda mínima:3.000	-
	Renda máxima: 8.320	
	Média : 6.432	
Pós graduação	1-Gestão das clínicas em região da saúde (n= 1)	Gestão das clínicas em região da saúde (6,6 %)
	2- Enfermagem do trabalho(n=2)	Enfermagem do trabalho (13,3 %)
	3-PROFAE (n= 2)	PROFAE (13,3%)
	4- Saúde da Família (n = 4)	Saúde da Família (26,6%) Saúde Pública (6,6%)
	5- Saúde Pública (n= 1)	PSF (6,6%)
	6- PSF (n= 1)	Processos Educacionais
	7-Processos Educacionais (n= 2)	(13,3%) Educação em Saúde
	8- Educação em Saúde (n = 2)	(13,3%)
Especialização em obstetrícia	1 Enfermeiro	

Tempo de atuação em	Tempo mínimo:1 ano	-
obstetrícia	Tempo máximo: 18 anos	
	Média: 4,8	

Fonte: Pesquisa de campo (2015)

De acordo com a fala dos enfermeiros a média da idade é de 39,9 anos, onde o sexo feminino prevalece enquanto tem 9 mulheres tem 1 homem. O número elevado de pessoas do sexo feminino na enfermagem pode ser explicado pela história da profissão, na qual os cuidados diretos aos doentes eram prestados somente por mulheres. Dessa forma, devido ao contexto histórico em que se insere a profissão de enfermagem, que tem como objeto de foco o cuidado, e à cultura imposta às mulheres ao longo dos anos, observa-se que essa profissão ainda é predominantemente feminina (CARVALHO et al,2010).

A média da renda dos profissionais é de 6.432 reais e apenas 1 de 10 entrevistados tem especialização em obstetrícia. A média de tempo de atuação na obstetrícia é de 4,8 anos.

5.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES COM DOENÇAS HIPERTENSIVAS

5.2.2 Ações desenvolvidas pela enfermagem para o cuidado de gestantes com doenças hipertensivas

Acerca das ações desenvolvidas pela enfermagem para o cuidado de gestantes com doenças hipertensivas, destacamos alguns cuidados elucidados nas falas a seguir:

“Orientações quando a mudanças de estilo de vida, hábitos alimentares; Controle de P.A; Administração de medicação; Vigilância quanto as possíveis intercorrências que possam vir a acontecer com a gestante e o feto; Atenção para os sinais de alerta; Ausculta fetal”. (ENF 3)

“Verificação de pressão; Alimentação hipossódica: Orientar sobre o repouso; Medicções prescritas; Sinais vitais”. (ENF.4)
 “Administração de anti-hipertensivos, controle de sinais vitais, orientação ao Decúbito Lateral Esquerdo, orientação à

gestante sobre todos os procedimentos realizados e qual a importância deles. Quanto às gestantes que retornam para realizar o tratamento em casa são orientadas ao acompanhamento pré-natal com enfermeiro e médico”. (ENF 6)

“[...] a gente classifica elas com a classificação de obstetrícia e sempre identificado a hipertensão a primeira coisa que a gente faz é colocar elas em decúbito lateral, decúbito lateral esquerdo, colher a proteína de fita [...], fazer a medicação né, geralmente são pacientes que tomam quando precisam sulfatar a gente faz a programação na bomba de infusão, pacientes que são geralmente são sondados [...]”.(ENF 7)

“Primeiramente a gente tem que saber qual é a doença hipertensiva, identificar qual a doença a partir dela nós vamos ter alguns cuidados específicos como: a verificação da pressão, observação do estado geral, observação de edema, observar a questão da dieta, se a dieta está adequada para aquela patologia, orientação e apoio psicológico”. (ENF 8)

Os enfermeiros entrevistados relatam que as ações para o cuidado de gestantes com doenças hipertensivas são orientações sobre os cuidados gerais, repouso, sinais vitais, administração de medicamentos, orientações sobre posicionamentos que favorecem uma melhor estabilização nos níveis pressóricos e realização de exames laboratoriais.

Além destas ações desenvolvidas pelos enfermeiros citadas anteriormente, alguns casos, a depender da gravidade da hipertensão, se faz necessário realizar a coleta de gasometria, monitoramento da oximetria de pulso, cultura de urina e testes para hepatite poderão ser realizados dependendo da indicação, administração de sulfato de magnésio, uso de corticoides, acompanhamento da atividade fetal, administração de anti-hipertensivos de ação rápida e infusão de soluções, peso diário, cuidado com a alimentação, dentre outras ações (BRASIL, 2012a).

Martins et al (2012) encontrou em uma pesquisa documental que destacou o diagnóstico de enfermagem déficit de conhecimento, no qual corrobora com o nosso estudo, enfatizando que o processo educacional é importante na assistência de enfermagem a gestante com doença hipertensiva.

Herculano et al (2011) em um estudo de caso enfatiza as principais intervenções de enfermagem aplicadas a gestantes com hipertensão arterial, dentre elas, podemos exemplificar avaliação da dor, preparação para a indicação do parto, orientações aos pais, cuidados na gravidez de alto risco, identificação do nível

conhecimento da paciente, verificação da frequência cardíaca fetal e materna, explicação e demonstração do estado do bebê, monitoração dos sinais vitais, tratamento da dor, dentre outros.

De acordo com Aguiar et al (2010) consiste em realizar o processo de enfermagem de forma contínua e integral, por um sistema composto de cinco etapas: histórico, diagnósticos, planejamento, implementação (intervenções de enfermagem) e avaliação.

Lima, Paiva, Amorim, (2010) relata que as orientações dadas às gestantes pelos enfermeiros é de suma importante, pois os profissionais orientam a respeito do conceito da síndrome hipertensiva de forma simples como: não faltar nas consultas de pré-natal para que o acompanhamento seja feito sem nenhuma interrupção; a abstenção de fumo e do álcool e sobre a terapia medicamentosa.

5.2.3 Dificuldades no cuidado de enfermagem as gestantes com doenças hipertensivas

As falas apresentadas a seguir descrevem as dificuldades encontradas pelos enfermeiros quanto ao cuidado com gestantes com doenças hipertensivas.

“Não tem dificuldades, as medicações nunca faltam e em caso de complicações se precisarem de instrumentos sempre tem e a equipe é sempre excelente, obtemos sempre o êxito em questão de doenças hipertensivas”. (ENF 1)

“Sim, Falta de material (tensiômetro). Além disso, algumas gestantes não aceitam a doença. Necessidade de conhecimento.” (ENF 2)

“Sim. Falta medicação dificultando o nosso trabalho [...]”. (ENF 4)

“Dificuldade de acesso ao pré-natal de alto risco, complicando a situação da gestante e Dificuldade na adesão ao tratamento.” (ENF 5)

“Sim, falta de acompanhamento no pré-natal, dificuldades Estruturais. Falta de experiência dos profissionais de Enfermagem na área de obstétrica”. (ENF 6)

“[...] acho que a grande dificuldade seria espaço físico [...]”. (ENF 7)

“As principais dificuldades é a sobrecarga de trabalho [...]”
(ENF 8)

“[...] por que o material do hospital é muito pouco e a parte e o recurso humano também é muito pouco [...]” (ENF 9)

As dificuldades encontradas pelos enfermeiros decorrem, principalmente, da falta de recursos humanos, materiais e espaço físico, dentre outros, acarretando sérios obstáculos à implantação de ações de enfermagem embasadas por princípios de qualidade, nos diversos serviços de atenção à gestante com doença hipertensiva. Observa-se relatos de sobrecarga de trabalho, que podem resultar em uma assistência comprometida e dificuldades com a aceitação da doença e do tratamento por parte da gestante, falta de acompanhamento no pré-natal.

Acerca da sobrecarga de trabalho da enfermagem, é notório este problema nos hospitais, pois verifica-se prolongada e excessiva jornada de trabalho, número limitado de profissionais, desgaste psicoemocional resultante das tarefas realizadas, contato direto com situações de elevado nível de tensão e recursos materiais insuficientes (GOLÇANVES et al 2014).

Essas dificuldades decorrem, principalmente, da falta de recursos humanos e materiais, dentre outros, acarretando sérios obstáculos à implantação de ações de enfermagem embasadas por princípios de qualidade, nos diversos serviços de atenção à mulher, ocasionando sobrecarga de atividades refletida em uma assistência à mulher que não corresponde às suas expectativas e necessidades (GUERREIRO et al 2012).

Contudo o Ministério da Saúde declara que toda gestante tem o direito de fazer pelo menos seis consultas durante a gestação para que tenha uma gestação saudável e um parto seguro, mas há certa dificuldade desse acompanhamento, gerando alta demanda de internações, entre outras complicações. Outro motivo relatado para não realização do pré-natal foi a grande demanda das gestantes, a falta de tempo. As principais dificuldades para o acompanhamento do pré-natal a área física inadequada e limitação do protocolo municipal. O ambiente em que está inserida também é um fator determinante para o aumento das dificuldades (MATOS, RODRIGUES, RODRIGUES, 2013).

Acerca da dificuldade de aceitação da hipertensão arterial em gestantes, o uso de outras medicações gerais, incluindo os anti-hipertensivos, costuma causar menos dificuldades às gestantes, pelo menor número de efeitos colaterais, raramente percebidos, bem como pela relativa facilidade de seu uso. Além disso, percebe-se melhor aceitação e adaptação à condição da hipertensão quando comparada à condição de diabetes, possivelmente devido ao significado social, crenças populares e relativos impactos nos hábitos de vida que cada condição acarreta. Essas especificidades influenciam a relação que a gestante estabelecerá com sua condição clínica, impactando, por sua vez, na viabilização da adesão às respectivas terapêuticas (LANGARO, SANTOS, 2014).

Apesar dessas e outras dificuldades, observa-se que isso não interfere no atendimento direto feito pelo enfermeiro aos pacientes sabendo que os profissionais são dedicados e determinados a darem o seu melhor a qualquer um, e em especial a todas as gestantes (LIMA, PAIVA, AMORIM, 2010).

5.2.4 Conhecimento do enfermeiro sobre o manual técnico de gestação do alto risco do Ministério da Saúde e a utilização dos conhecimentos para o desenvolvimento do cuidado às gestantes com doenças hipertensivas

As falas apresentadas a seguir descrevem o conhecimento dos enfermeiros sobre o manual técnico de gestação e a utilização que os participantes desenvolvem sobre este manual.

“Não”(ENF 1)

“Sim. Ele é importante para a assistência, pois desta forma a assistência fica protocolada.” (ENF3)

“Sim, Utilizo. O manual é básico, mas nem sempre temos como fazer como ele oferece, pois falta recursos.”(ENF 4)

“Sim. Utilizamos para respaldar alguns cuidados bem como, determinar a necessidade de encaminhamentos.”. (ENF 5)

“Sim. Estudei-o na faculdade. Hoje, em uso do manual protocolo de obstetrícia do RN.” (ENF 6)

“Sim, conheço e ele é muito útil nessa assistência às gestantes com hipertensão arterial.” (ENF 8)

“Com certeza, eu trabalho com ele por que também sou pré-natalística atendo as gestantes, utilizo bastante.” (ENF 9)

“Conheço sim, mesmo por que inclusive eu sou também da atenção básica, faço o pré-natal nas unidades nossas gestantes são encaminhadas para o AMI que é o atendimento de gestante de alto risco, a gente trabalha em cima do manual.” (ENF 10)

Podemos perceber que alguns profissionais conhece o Manual Técnico de Gestaçã de Alto Risco, porém nem todos o utilizam. Destaca-se a importância de tê-lo como um protocolo a ser utilizado e seguido, mas que nem sempre isto é possível devido a falta de recursos materiais e estruturais.

Dessa forma a finalidade do Manual de Gestaçã de Alto Risco é auxiliar a equipe de saúde, disponibilizando instrumentos no processo de organizaçã da assistêcia materna e perinatal, uniformizando conceitos e critérios para a abordagem da gestaçã de alto risco. Ela pretende cobrir os aspectos clínicos associados à gestaçã 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 emergêcias e outros (BRASIL, 2012a).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de grande importância o conhecimento sobre a assistência da enfermagem às gestantes com doenças hipertensivas visto que cada enfermeiro desenvolve sua assistência de forma diferente e de acordo com seu conhecimento.

Desta forma, o enfermeiro através dos cuidados com às gestantes desempenha a função de informar e orientar de maneira clara a essas gestantes, desmistificando conceitos formados por elas e retirando as dúvidas, orientando sempre sobre a doença a qual a gestante se encontra dando ênfase aos cuidados gerais, entre eles o repouso e a medicação, e realizando os cuidados pertinentes a patologia.

Destacamos neste estudo que alguns profissionais entrevistados relatam que não tem conhecimento do manual técnico de gestação do alto risco do ministério da saúde, enquanto outros relatam que conhecem, mas não fazem a utilização do mesmo por falta de recursos.

De acordo com o levantamento de dados realizados neste trabalho podemos afirmar que os enfermeiros desenvolvem uma boa assistência a gestante com doenças hipertensivas. As dificuldades identificadas na pesquisa estão relacionadas à falta de recursos, materiais e espaço físico. Observam-se relatos de sobrecarga de trabalho, pois existe um número limitado de profissionais fazendo com que haja um desgaste psicoemocional resultante das tarefas realizadas.

Consideramos também que os objetivos foram alcançados, pois analisamos o cuidado de enfermagem voltada á gestantes com doenças hipertensivas, percebendo que a enfermagem desenvolve vários cuidados importantes a estas gestantes, conhecemos o perfil sócio econômico dos enfermeiros participantes, descrevemos as ações que a enfermagem desenvolve para o cuidado de gestantes com doenças hipertensivas, conhecemos as dificuldades no cuidado de enfermagem às gestantes com doenças hipertensivas e identificamos se os profissionais conhecem e utilizam o manual técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde.

Ressalta-se que este trabalho contribuiu significativamente para o crescimento da enfermagem, podendo trazer novos conhecimentos relacionados ao tema proposto. Espera-se que, a partir deste, outras pesquisas possam vir a ser

desenvolvidas com a finalidade de aperfeiçoar o trabalho da equipe de enfermagem na assistência às gestantes com síndromes hipertensivas, assim também como contribui para melhoria dos conhecimentos enquanto acadêmico e para o leitor.

Também foi de grande importância para a formação acadêmica da autora, visto que as leituras encontradas acerca do tema proposto e o conhecimento a partir das informações coletadas durante as entrevistas fizeram com que ampliasse a visão do cuidado de enfermagem as gestantes com doenças hipertensivas.

Este trabalho revelou resultados que possibilitaram refletir sobre a assistência de enfermagem as gestantes com doenças hipertensivas e apontamos a necessidade de educação permanente em saúde como forma de aprimorar os conhecimentos destes enfermeiros, contribuindo assim para uma melhor qualidade na assistência.

Além da educação permanente, aponta-se também a criação de um protocolo voltado à assistência de enfermagem a doenças hipertensivas na gestação como forma de unificar/padronizar as ações para qualificar o cuidado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.I.F. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 66-75, out./dez 2010.

AZEVEDO, M.F. **Enfermagem materno-neonatal**: distúrbios, intervenções, procedimentos, exames complementares, recursos clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12. **Dispõe sobre as diretrizes da pesquisa com seres humanos**. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico (5a ed). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: Manual técnico. 5.ed. Brasília: MS, 2012a.

CARVALHO, J.B.L. **Significados e percepções do homem diante da gravidez de sua companheira com síndromes hipertensivas**. 130 f. Tese (doutorado em ciências da saúde)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

CARVALHO, L.S.F. et al, Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Rev Cienc Cuid Saude** , v 9, n1, p 60-66. Jan/Mar.2010.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007. **Ensaio e Ciência**: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 16, n. 1, p. 149-158, 2012.

CUNHA, K.J.B; OLIVEIRA, J.O; NERY, I.S. Assistência de enfermagem na opinião Das mulheres com pré-eclâmpsia. **Rev Enferm** ,v.11, n.2, p.254 – 260, 2007 jun.2007.

FACCA, T.A; KIRSZTAJN, G.M; SASS, N. Pré-eclâmpsia (indicador de doença renal crônica): da gênese aos riscos futuros. **J Bras Nefrol**, v.34, n.1, p.87-93, 2011.

FONTNELLA, B. J. B; RICAS, J. ; TURATO, E.B.; Amostragem Por Saturação em Pesquisas Qualitativas em Saúde: Contribuições Teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

GONÇALVES, F.G.A. et al.. Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, v 22, n 4, p519-525. jul/ago 2014.

GUERREIRO, Eryjocy Marculino et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Revista mineira de enfermagem**, v.16, 2012.

GUIMARÃES, J.P. et al. A prevalência de gestantes portadoras de SHEG que evoluíram para síndrome HELLP em uma maternidade pública. **Revista Brasileira De Educação e Saúde-REBES**, v. 4, n. 1 p. 1-17, jan./mar., 2014.

HENRIQUE, A.J. et al. Resultado perinatal em mulheres portadoras de hipertensão arterial crônica: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.6, p.1000-1010, Nov/Dez 2012.

HERCULANO, M.M.S. et al, Aplicação do processo de enfermagem a paciente com hipertensão gestacional fundamentada em orem. **Rev Rene**, v12, n2, p 401-408. abr/jun. 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 315p.

LANGARO, F; SANTOS, A. H. Adesão ao tratamento em gestação de alto risco. **Psicologia: ciência e profissão**, v.34, n.3, p.625-642, 2014.

LOPES, G.T. et al. Hipertensão gestacional e a síndrome hellp: ênfase nos cuidados de enfermagem. **Rev. Augustus**, v. 18, n.36, p.77-89, jul./dez. 2013.

MARTINS, M. et al. A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação *stricto sensu* da enfermagem brasileira. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.4, p.802-808, 2012.

MATOS, D.S; RODRIGUES, M.S; RODRIGUES.T.S. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. **Rev. Enfermagem**. v 16, n 1, p 1-16. Jan./Abr. 2013 .

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, C. A. et al. Distúrbio hipertensivo gestacional. A importância do pré-natal na prevenção, evolução e danos renais atribuídos a pré-eclâmpsia

MORAIS, F.M. et al. Uma revisão do perfil clínico-epidemiológico e das repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional. **Rev. Eixo**, v. 2, n. 1, p. 69-82, jan./jun. 2013.

MOURA, E.R.F. et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enferm**, v. 15, n.2, p.250-255, Abr/Jun 2010.

NORONHA NETO, C.; SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.32, n.9, p.459-468, 2010.

NOVO, J.L.V.G; GIANINI, R.J. Mortalidade materna por eclampsia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 10, n. 2, p.209-217, abr. / jun.2010.

OLIVEIRA, V.J; MADEIRA, A.M.F ; PENNA, C.M.M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **Rev Rene**, v.12, n.1, p.49-56, jan/mar 2011.

OLIVEIRA, R.S. et al. Síndrome hellp: estudo de revisão para o cuidado de enfermagem. **Enfermería Global**, n.28, p.346-354, out. 2012.

PETRONI, L.M. et al. Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do Familiar. **Rev Cienc Cuid Saude** v.11, n 3, p.535-541, jul/set 2012.

POLIT, D. F., BECK, C. T., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 5 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SAMPAIO, T.A.F. et al. Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclampsia. **Revista Saúde Física & Mental**, v.2 n.1, Jan./ Jul. 2013.

SILVA, K.V. G. et al. **Hipertensão gestacional: conduta do profissional enfermeiro**. 2011. Disponível em: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Hipertensaogestacionalcondutadoprofissionalenfermeiro.pdf> Acesso em: 27 nov. 2015

SIMAS, F.B; SOUZA, L.V; COMIM, F.S. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v.15, n.1, p.19-34, jan.-abr. 2013.

SOUZA, A.S.R. et al. Fatores associados com centralização fetal em pacientes com hipertensão arterial na gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.35, n.7, p.309-316, 2013.

TANAKA, S.C.S.V. et al. Polimorfismos no gene vegf para o desenvolvimento das síndromes hipertensivas gestacionais: revisão de literatura. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v.3, n.2, p.86-96, jul/dez 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

FORMULÁRIO**1- CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO**

Idade: _____

Sexo: Feminino () Masculino ()

Renda familiar: _____

Pós – graduação: _____

Especialização em obstetrícia sim () não()

Tempo de atuação na obstetrícia: _____

2- CARACTERIZAÇÃO DA TEMÁTICA

- Qual as ações que a enfermagem desenvolve para o cuidado de gestantes com doenças hipertensivas;

- Existem dificuldades no cuidado de enfermagem as gestantes com doenças hipertensivas? Quais seriam?

‘Você conhece o manual técnico de gestação do alto risco do MS? Se sim, você utiliza este manual para desenvolver o cuidado ás gestantes com doenças hipertensivas?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Sr (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: Assistência de enfermagem a gestantes com doenças hipertensivas. Está sendo desenvolvida por Ravana Morgana Cavalcanti Barra aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação da pesquisadora responsável professora Amélia Resende.

A pesquisa apresentada tem o seguinte objetivo geral: Analisar o cuidado de enfermagem voltada á gestantes com doenças hipertensivas. E como objetivos específicos: Conhecer o perfil sócio econômico dos enfermeiros; Descrever as ações que a enfermagem desenvolve para o cuidado de gestantes com doenças hipertensivas; Conhecer as dificuldades no cuidado de enfermagem ás gestantes com doenças hipertensivas; Identificar se os profissionais conhecem e utilizam o manual técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde .

A pesquisa apresenta riscos mínimos, como, por exemplo, desconforto, medo e constrangimento relacionados à aplicação da entrevista, que serão minimizados através das seguintes providências: Esclarecimento sobre a finalidade da pesquisa, garantia da privacidade no momento da aplicação do questionário, do sigilo da identidade pessoal e das informações obtidas. Os benefícios relacionados à sua participação será o aumento no conhecimento científico para a área da enfermagem e a contribuição para assistência aos mesmos, com fins de proporcionar maior qualidade de vida através de informações sobre o dado assunto.

Os benefícios superam os riscos. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como, assegurado sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, e o direito de desistir da mesma em qualquer etapa de seu desenvolvimento. Saliemos ainda, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido aos seguintes procedimentos: assinar esse termo de consentimento autorizando sua participação e, posteriormente, submeter-se a aplicação de uma entrevista semi-estruturada com o pesquisador, onde senhor (a) responderá inicialmente a algumas perguntas sobre dados pessoais a fim de caracterizarmos a população desta pesquisa. Em seguida, a entrevista será composta por perguntas relacionadas aos objetivos propostos. Os

dados coletados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos à contribuição do (a) senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu, _____,
 concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira folha e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável.

Mossoró, ____ / ____ / ____

Prof^a. Esp. Amélia Resende Leite¹
 Pesquisadora responsável

Participante da Pesquisa/testemunha

¹ Pesquisadora Responsável: Amélia Resende Leite

Endereço residencial do Pesquisador: Francisco Holanda 81, Ap 130 cond. Fausto Guilherme. Alto de São Manoel CEP:59631-100

E-mail do pesquisador: amelia_resende@facenemossoro.com.br

Fone de contato profissional: (84) 3312 – 0143

² **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.

ANEXO

ANEXO A – Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 3ª Reunião Extraordinária realizada em 27 de Agosto 2015 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTES COM DOENÇAS HIPERTENSIVAS", Protocolo CEP: 116/2015 e CAAE: 48241515.9.0000.5179 Pesquisadora Responsável: **Amélia Resende Leite** e das Pesquisadoras Associadas: **Giselle dos Santos Costa Oliveira, Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins e Ravana Morgana Cavalcanti Barra.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2015, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 27 de Agosto de 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE