

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DE RONDÔNIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

THAIS CAPELLI DE CAMPOS

**IMPLANTAÇÃO DE ROTINAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM PARA
PACIENTES APRESENTANDO SINDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA
GESTAÇÃO**

**PORTO VELHO
2017**

THAIS CAPELLI DE CAMPOS

**IMPLANTAÇÃO DE ROTINAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM PARA
PACIENTES APRESENTANDO SINDROME HIPERTENSIVA ESPECIFICA DA
GESTAÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso de especialização em Enfermagem Obstétrica para enfermeiros da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientador: Me. Aldrin de Sousa Pinheiro

**PORTO VELHO
2017**

RESUMO

O presente trabalho, que partiu da inquietação da autora durante a vivência profissional no centro obstétrico de um hospital de referência à gestante de alto risco da capital do estado de Rondônia, traz como problemática a deficiência na assistência prestada às pacientes, apresentando Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) internadas no setor de obstetrícia, que atualmente não possui nenhuma rotina de acompanhamento e avaliação eficiente realizada pela equipe de enfermagem para as pacientes internadas que apresentem confirmação ou suspeita de Síndrome hipertensiva específica da gestação. A partir da análise notou-se a necessidade de implementar um projeto de intervenção com ações voltadas a qualificação da assistência da equipe de enfermagem, prestada as pacientes com suspeita ou confirmação de SHEG, tendo como proposta o desenvolvimento e implantação de um instrumento de avaliação para ser realizado diariamente em ambos os turnos, diurno e noturno pelo enfermeiro, e para o controle de sinais vitais a ser realizado pelos técnicos de enfermagem. O projeto visa garantir uma assistência mais eficaz com tomadas de decisão mais rápidas para as pacientes, visto que estamos frente à uma patologia complexa que está correlacionada a alta incidência de óbitos e comorbidade materno-fetal, tendo como objetivos e metas a mobilização das equipes multiprofissionais, a atualização dos funcionários do serviço visando a melhora na assistência e contribuir para a redução da morbimortalidade materno-infantil.

Palavras chave: Enfermagem. Gestação de Alto Risco. Hipertensão Gestacional.

ABSTRACT

The present study, which started from the author's concern during the professional experience at the obstetrical center of a reference hospital to the high risk pregnant woman from the capital of the state of Rondônia, presents as a problem the deficiency in the care provided to the patients, presenting Specific Hypertensive Syndrome Gestation (SHEG) hospitalized in the obstetrics sector, which currently does not have any routine monitoring and evaluation performed by the nursing team for hospitalized patients who present confirmation or suspicion of specific hypertensive pregnancy syndrome. From the analysis, it was noted the need to implement an intervention project with actions aimed at qualifying nursing team assistance, provided the patients with suspicion or confirmation of SHEG, having as proposal the development and implementation of an evaluation instrument for be performed daily in both shifts, day and night by the nurse, and for the control of vital signs to be performed by nursing technicians. The project aims to ensure a more effective assistance with faster decision-making for patients, since we are facing a complex pathology that is correlated with the high incidence of deaths and maternal-fetal comorbidity, having as objectives and goals the mobilization of multiprofessional teams, the updating of the service's employees in order to improve care and contribute to the reduction of maternal and child morbidity and mortality.

Key-words: Nursing, High Risk Pregnant, Gestational Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

C.O – Centro obstétrico

DHEG - Doença Hipertensiva da Gestação

HBAP - Hospital de Base Ary Pinheiro

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

PAD - Pressão Arterial diastólica

PAS – Pressão arterial sistólica

RMM - Risco de morte materna

SESAU – Secretaria Estadual de Saúde

SHEG - Síndrome Hipertensiva da Gestação

UTI – Unidade de terapia intensiva

SNC – Sistema nervoso Central

MgSO₄ – Sulfato de Magnésio

MMII – Membros Inferiores

AVP – Acesso Venoso Periférico

BCF - Batimento cardíaco fetal

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 6 |
| 2 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO | 9 |
| 3 JUSTIFICATIVA | 10 |
| 4 REFERENCIAL TEORICO | 12 |
| 5 OBJETIVOS DO PLANO | 15 |
| 5.1 Objetivo geral | 15 |
| 5.2 Objetivos específicos | 15 |
| 6 PÚBLICO ALVO | 16 |
| 7 METAS | 17 |
| 8 ESTRATEGIA METODOLOGICA | 18 |
| 9 CRONOGRAMA | 20 |
| 10 ACOMPANHAMENTO | 21 |
| 11 ORÇAMENTO | 22 |
| REFERÊNCIAS | 23 |
| APÊNDICES | 25 |

INTRODUÇÃO

A Gestação é um fenômeno que ocorre de forma fisiológica, que naturalmente acontece sem intercorrências, porém em alguns casos ela representa risco para o binômio, mãe bebê. Gestação de Alto Risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada (BRASIL, 2010).

Vale salientar que uma gestação de risco habitual, pode tornar-se de alto risco a qualquer momento, tendo assim a importância de um acompanhamento de pré-natal, para que sejam realizadas as devidas intervenções precocemente visando prevenir a morbi-mortalidade materna e fetal (BRASIL, 2010).

Algumas das principais patologias que estão relacionadas à gestação de alto risco, estão relacionadas à gestação atual são as doenças hipertensivas, diabetes, doença hemolítica perinatal, pós-maturidade, restrição de crescimento intra-uterino, placenta prévia, amniorrexe prematura, distúrbios de volume amnióticos, anomalias estruturais do feto, exames anormais de avaliação do bem-estar fetal, doenças infecciosas, gemelaridade, transtornos psiquiátricos e síndromes tromboembólicas. Também gestantes com mal passados obstétrico, e gestantes que já apresentam doença pregressa (NETTO, 2004).

A síndrome hipertensiva gestacional é uma das patologias mais comuns na Obstetrícia, e está relacionada ao maior índice de mortalidade materno-fetal e morbidades nos últimos anos, sendo um índice alto de prevalência no Brasil e no mundo, variando de acordo com a faixa etária, etnia, e outras patologias associadas (FREIRE, 2009).

Um estudo realizado em 2015 apresentou que a prevalência de Doença Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) foi de 18,24% dentro da amostra de 1798 gestantes, sendo que o mesmo traz o dado da prevalência de 6% de DHEG em países desenvolvidos e varia de 12% à 18% em países subdesenvolvidos, mostrando que o fator sócioeconômico está diretamente relacionado a patologia (COZENDEY et.al., 2015).

As SHEG podem se apresentar como pré-eclâmpsia onde há presença de hipertensão e de proteinúria após a 20ª semana de gestação, podendo ser leve ou grave, eclâmpsia caracterizada pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulheres com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia ou outra doença convulsiva, pré eclâmpsia sobreposta ou superajuntada à hipertensão crônica que surge da pré

eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica, Hipertensão gestacional sem proteinúria e a Síndrome Hellp que vem como a forma mais grave de SHEG (ALSO, 2016).

A enfermagem está inserida na assistência direta em âmbito intra-hospitalar destas pacientes, e tem o relevante papel nos cuidados, na assistência a paciente gestante, acompanhamento do feto intra-útero e na prevenção do agravo ao binômio mãe-filho.

Durante as experiências vivenciadas na prática assistencial no centro obstétrico (C.O), um fator que devemos levar em consideração, é a necessidade da implantação de um novo instrumento para os profissionais de enfermagem, para de forma multiprofissional, melhorar a assistência prestada às gestantes, pois existe uma demora na identificação dos sinais da Hipertensão Gestacional grave, e do agravamento da paciente que está hospitalizada com o propósito da melhora do quadro.

A Redução de morte materno-fetal esta entre as metas do SUS e é uma meta trabalhada mundialmente, a melhora da saúde materna está inserida em um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), meta estabelecida pela Organização das nações Unidas no ano 2000 e trazia como meta reduzir as mortes maternas para 35 a cada 100 mil nascidos vivos do ano de 1995 até o ano de 2015. O Brasil fechou o ano de 2015, prazo final da meta estabelecida, como a 4ª pior taxa de redução. Cerca de 800 mulheres morrem no mundo de causas evitáveis diariamente, sendo as mortes por SHEG evitáveis em 92% dos casos. No estado de Rondônia no ano de 2014 a SHEG esteve relacionada a 8 dos 15 óbitos maternos ocorridos durante o ano. (BERTOLOZZI, 2012,DATASUS,2014).

O presente trabalho consiste em um Plano de Intervenção, que tem por objetivo melhorar a assistência prestada às pacientes no local de trabalho, realizado pelo profissional-aluno, o instrumento avaliativo desenvolvido para enfermagem será utilizado como ferramenta facilitadora desta implantação a fim de promover maior interação da equipe multidisciplinar, criar maior oportunidade de análise da paciente aumentando a autonomia e tomada de decisões pelo enfermeiro e equipe, facilita a condução da assistência de forma unificada como objetivo comum para o serviço e fortalecendo o compromisso de reduzir os índices de morte materna.

A definição do problema para a intervenção partiu inicialmente da observação da realidade do setor em estudo – o centro obstétrico – e diálogos com os membros da equipe que atuam no setor. Após a observação foram delimitados os pontos chave mais relevante por meio da pesquisa bibliográfica (PRADO, et al. 2012). O arco de Margueres foi à ferramenta utilizada para teorizar a problematização.

Os principais pontos chaves encontrados no setor centro obstétrico, foram o alto índice de pacientes com síndromes hipertensivas internadas no setor diariamente, a deficiência nos cuidados de enfermagem prestado a essas pacientes, a ausência de um instrumento ou protocolo de acompanhamento diário de sinais e sintomas apresentados, demora na identificação de sinais clínicos por falta de registros, piora do quadro clínico de pacientes que se encontram no hospital em tratamento hipertensivo, alto índice de morte materna relacionado à hipertensão observando o histórico de internações do hospital.

É papel da enfermagem, controlar sinais e sintomas da paciente auxiliando na eficiência do tratamento e do diagnóstico das SHEG, sendo importante dimensionar ações e cuidados de enfermagem, contribuindo para observar os fatores de risco e gravidade da gestante. Faz-se necessário empenho e observação frente à gravidade da hipertensão na gestação devido a alta complexidade das formas mais graves da doença gestacional, toda equipe de enfermagem deve trabalhar com maior alerta frente às SHEG, pois as intercorrências e agravos do estado geral da paciente são frequentes na síndrome (LOPES, 2013).

A deficiência dessa assistência pode onerar à saúde e bem-estar da paciente, ocasionando danos e trazendo para os profissionais de saúde envolvidos no serviço, uma parcela de responsabilidade pelo estado da paciente. Contudo à enfermagem tem papel essencial no bom prognóstico devendo assumir seu papel frente a assistência prestada a essas gestantes.

2 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O projeto será realizado no Hospital de Base Ary Pinheiro (HBAP), situado na Jorge Teixeira, 3766 no setor Industrial, no município de Porto Velho, estado de Rondônia, órgão ligado a Secretaria Estadual de Saúde (SESAU).

Foi fundado dia onze de janeiro de 1983, na Cidade de Porto Velho Rondônia, é um Hospital terciário de grande referencia da região Norte, conta com uma média de 590 leitos incluídos enfermarias e Unidade de terapia intensiva (UTI) e realiza cirurgias de alta, media e grande complexidade. É um hospital de referência estadual, que recebe pacientes procedentes do interior do estado, como também de Países vizinhos e da região sul do Amazonas e Norte do Mato Grosso (BERNO, 2015).

O Centro Obstétrico (C.O) foi o primeiro setor fundado no Hospital de Base juntamente com o setor de UTI neonatal, sendo o único centro de referência no Estado de Rondônia, para a assistência a gestante de alto risco. O setor possui 11 leitos, recebendo pacientes de baixa, media e alta complexidade, dispõe de duas salas cirúrgicas e uma sala de parto contendo duas mesas de parto. Desde a época de fundação, o setor não passou por nenhuma reforma estrutural significativa (BERNO, 2015).

O setor dispõe de uma equipe de 50 auxiliares e técnicos de enfermagem, oito enfermeiros sendo três enfermeiros obstétricas. No setor são realizados em média 250 cesáreas e 200 partos vaginais ao mês.

Não existe no setor C.O um levantamento realizado para quantificar as internações das SHEG e as demais demandas internadas no Hospital, dificultando o levantamento de dados mais concretos.

3 JUSTIFICATIVA

Este projeto foi motivado, levando em consideração fatores importantes e determinantes para a saúde das gestantes correlacionadas às Síndromes Hipertensivas, visando a prevenção do agravamento de pacientes internadas no setor Centro Obstétrico relacionadas a DHEG, por meio da melhora e maior agilidade na percepção do agravamento de tais pacientes, contribuir para a prevenção da morbi-mortalidade materno fetal de forma direta, ocasionada pela melhora da assistência.

Entende-se por morte materna, as mortes ocorridas durante a gravidez, o aborto, o parto, 42 dias após o parto que estejam relacionadas ou agravadas pela gravidez (BRASIL, 2007). Dentre estas mortes, tomando como base o ano de 2014, ano que possui uma base de dados mais atualizada, segundo a OMS a Hipertensão Gestacional foi a segunda causa de morte materna no mundo, e no mesmo ano esteve relacionada a principal causa de morte materna no estado de Rondônia (DATASUS, 2014).

Observando a relevância dos dados apontados e da sua prevalência no estado de Rondônia, avaliou-se a necessidade de uma atenção especial para estas pacientes e uma participação mais ativa na prevenção dos agravos da SHEG, pensando nas pacientes e no risco de uma gestação com complicações relacionadas à Hipertensão Gestacional.

Considerando que o centro obstétrico do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro é o único setor de referência para os casos de Hipertensão Gestacional no estado de Rondônia, e tem esta complicação da gestação como a maior incidência de internações no setor diariamente, porém não sendo possível fazer esta mensuração por falta de dados no setor, bem como o risco das parturientes de sofrerem complicações relacionadas à Hipertensão Gestacional, avaliou-se a necessidade de uma atenção especial para estas pacientes e uma participação mais ativa na prevenção das complicações da SHEG.

A necessidade da melhoria na assistência ao paciente é de grande relevância, com propósito de identificar prioridades, planejar e implementar ações assistenciais, e criar uma rotina de forma integral e contínua de avaliação da gestante, onde as rotinas assistenciais, trazem benefícios como a agilidade no diagnóstico, tratamento mais eficiente e direcionado e melhor prognóstico para a paciente (FREIRE DE AGUIAR et al., 2010; LOPES, 2013).

Hoje as rotinas assistenciais no centro obstétrico são deficientes, não havendo instrumentos de avaliação das pacientes, sem protocolos assistenciais, e sem a sistematização

da assistência de enfermagem, sendo as condutas e assistências embasadas somente no diagnóstico e prescrição médicas.

O impacto dessa assistência deficiente pode ser observado diariamente no prognóstico das pacientes, na demora na tomada de decisões e condutas, nos índices de morbimortalidade materno-fetal.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A Hipertensão Gestacional caracteriza uma das principais causas de morte materna em âmbito mundial, sendo responsável por 20% ou mais das mortes maternas. A hipertensão gestacional acomete de 6 a 22% das gestantes, e por um período de 20 anos a Hipertensão foi a principal causa de morte materna e está correlacionada com 15% dos casos de nascimentos pré-termo (FREITAS, 2011).

A DHEG é caracterizada pela presença de Hipertensão arterial na gestação, aparecendo a partir da 20ª semana em pacientes normotensas, podendo estar associada ou não ao edema ou a proteinúria. A hipertensão Arterial é caracterizada quando a gestante apresenta uma pressão diastólica maior ou igual a 90mmHg e sistólica de 140 mmHg após 4h de repouso da paciente seguindo o mínimo de duas aferições, considera-se proteinúria alterada ou patológica, a quantia maior ou igual a 300mg/24h de proteínas excretadas pela urina. O edema está associado à 25% das hipertensões gestacionais, portanto não faz mais parte do diagnóstico da patologia, porém o inchaço das pernas, mãos e face deve ser visto como um alerta para a retenção de líquidos apresentada pela paciente (BRASIL, 2010; FREITAS, 2011; ZUGAIB, 2012).

Existem algumas formas de Hipertensão presentes na gestação que são descritas na literatura, que são: a Hipertensão crônica, a pré eclampsia e eclampsia, a hipertensão sobreposta ou superajuntada, hipertensão transitória e a hipertensão gestacional sem presença de proteinúria (BRASIL, 2010; ZUGAIB, 2012).

A hipertensão crônica tem por característica o diagnóstico antes da 20ª semana de gestação ou é uma hipertensão que após a 12ª semana de puerpério, não tem seu quadro estabilizado, também é caracterizada como doença hipertensiva não específica da gestação (BRASIL, 2010; FREITAS, 2011).

A Hipertensão Gestacional é diagnosticada após a 20ª semana de Gestação, e diferente da pré eclampsia existe ausência de proteinúria, porém continua sendo suspeita e deve ser investigado, caso além da hipertensão arterial, exista sinais persistentes como, cefaléia, visão turva, dor abdominal e alterações dos exames laboratoriais como enzimas hepáticas, ácido úrico e especialmente plaquetopenia (FREITAS, 2011).

Hipertensão sobreposta é o aparecimento da pré-eclampsia concomitante à hipertensão crônica ou doença renal, definida a partir do surgimento de sinais ou sintomas da pré-eclampsia após a 20ª semana de gestação (BRASIL, 2010; FREITAS, 2011).

Hipertensão transitória é quando a gestante apresenta pressão elevada ao final da gestação ou início do puerpério, sem proteinúria e retorna aos valores normais até 10 dias de puerpério (ZUGAIB, 2012).

A pré eclampsia é uma doença específica da gravidez ainda de causa não esclarecida que pode estar relacionada a fatores genéticos, e caracterizada por iniciar a partir da 20ª semana de gestação, com valores pressóricos superiores a 140 x 90 mmHg, acompanhada por proteinúria, após coleta de 24h com resultado maior ou igual a 300mg/24h, pode ser classificada como pré eclampsia leve. Ocorre mais comumente na primeira gestação ou com pacientes com histórico familiar ou historia previa. A pré eclampsia por si, já determina risco fetal e materno (FREITAS, 2011; ZUGAIB, 2012).

A Pré Eclampsia grave se caracteriza pela persistência da PAS maior ou igual a 160mmHg e a diastólica maior ou igual a 110mmHg associado a um ou mais critérios de gravidade para a pré eclampsia como a proteinúria de 24h maior ou igual a 5g/24h, acidente vascular, convulsões, disfunção visual, epigastralgia, oligúria, plaquetopenia, edema agudo de pulmão, aumento das enzimas hepáticas e restrição de crescimento intrauterino (FREITAS, 2011).

A eclampsia é conseqüência da pré-eclampsia grave e está ligada ao aparecimento de convulsões generalizadas ou tonicoclônicas, que não estão ligadas a doenças neurológicas. A eclampsia está ligada diretamente a causa de morte materna, devido ao acidente vascular cerebral provocado pelas crises convulsivas. Existem sinais premonitórios associados à crise de eclampsia, que são chamados sinais de eminência de eclampsia, são eles a cefaléia, epigastralgia, escotomas e distúrbios visuais (ALSO, 2016; FREITAS, 2011; ZUGAIB, 2012).

Os quadros de eclampsia podem ser classificados pelo período em que ocorrem, como anteparto, intraparto e pós-parto ou por sua gravidade em eclampsia não complicada, que são os quadros sem intercorrências, eclampsia complicada associadas a intercorrências como cardiopatia, insuficiência respiratória, insuficiência renal aguda, icterícia e a eclampsia descompensada que é a convulsão associada a choque, coma, hemorragia cerebral e necessidades de assistência ventilatória (FREITAS, 2011).

Dentre as complicações da pré-eclampsia, está a Síndrome HELLP, que é a pré-eclampsia ou eclampsia associada a hemólise, aumento das enzimas hepáticas ou plaquetopenia, essas associações deram origem ao seu nome derivado do acrônimo HELLP *elevated liver enzymes low platelets* que traduzido significa hemólise, aumento das enzimas hepáticas e plaquetas baixas (LOPES, et al..2013). A Síndrome é a evolução mais grave da

patologia na gestação, ela não está associada a sintomas específicos, mas sim aos exames laboratoriais da paciente, sendo a trombocitopenia a alteração mais precoce da síndrome (FREITAS, 2011).

Estima-se que 4 à 12% das gestantes com pré-eclampsia e eclampsia evoluam para a síndrome HELLP, e a mesma tem seu diagnóstico tardio, sendo diagnosticada um terço das gestações no período pós parto (FREITAS, 2011).

Sabendo da importância e gravidade das frente aos cuidados das pacientes que apresentam algum tipo de SHEG, a atuação do Enfermeiro na prevenção das SHEG é realizada desde o pré-natal, onde o mesmo reforça sobre o controle de peso da gestante, e a importância das aferições de pressão realizadas no pré natal, reconhece as alterações necessárias que possam correlacionar a saúde da gestante, ao desenvolver da patologia, até a assistência intra hospitalar da paciente, cabendo ao enfermeiro a realização de um plano de cuidados, que auxilie na quebra do ciclo da SHEG (REIMBER; TOCCI, 2002).

Faz-se necessário que o enfermeiro compreenda a patologia para que possa prestar uma assistência intervencionista, para a gestante apresentando SHEG.

Nas pacientes que se encontram internadas, o papel do enfermeiro e equipe de enfermagem é fundamental para reduzir o risco de complicações, para promover um cuidado com atenção especial, de forma rápida e eficiente, exigindo da equipe o máximo de atenção pois as síndromes hipertensivas são complexas e apresentam intercorrências frequentes e para evitá-las é necessário que a equipe esteja capacitada a identificar os sinais e sintomas ligados a patologia. O reconhecimento desses sintomas pelo enfermeiro é importante na baixa, média ou alta complexidade nos serviços de saúde sendo necessário a precocidade nas ações (AMORIM, 2017; FREIRE DE AGUIAR et al., 2010; LOPES, 2013).

Para o manejo das gestantes de alto risco, é necessário termos profissionais capacitados, com habilidade de reconhecer, prevenir e manejar as complicações das pacientes, porém ainda encontramos uma forte tendência medicalizadora centradas na assistência as prescrições médicas (AMORIM, 2017).

É papel do enfermeiro avaliar a gestante, e definir um plano de cuidados para que seja traçado uma assistência humanizada, e qualificada dessas pacientes, não deixando q se perca a autonomia no cuidado trazendo para si a responsabilidade da assistência favorecendo os cuidados e promovendo uma atenção contínua (FREIRE DE AGUIAR et al., 2010).

5 OBJETIVOS DO PROJETO

5.1 OBJETIVO GERAL

Implantar um instrumento avaliativo das pacientes que apresentam suspeita ou confirmação de SHEG Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, em Porto Velho- Rondônia.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as possíveis deficiências da assistência prestada à paciente apresentando SHEG;
- b) Melhorar a assistência intra-hospitalar prestada à gestante com suspeita ou confirmação de SHEG
- c) Elaborar e implementar instrumento de monitoramento e avaliação da paciente apresentando SHEG pela equipe de Enfermagem;
- d) Atualizar as equipes de Enfermagem quanto à técnica de aferição da pressão arterial na gestante.

6 PÚBLICO ALVO

O Projeto tem como público alvo os profissionais de enfermagem e como beneficiárias diretas as gestantes admitidas com suspeita ou confirmação diagnóstica de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação, no Centro Obstétrico do Hospital de Base Ary Pinheiro.

7 METAS

| Objetivo | Meta Quantitativa | Meta Qualitativa | Ação | Período |
|---|--|---|---|--|
| Identificar as possíveis deficiências da assistência prestada à paciente apresentando SHEG. | Sensibilizar 60% das equipes de enfermeiros auxiliares/técnicos de enfermagem do setor sobre a necessidade de mudanças na assistência prestada à gestante apresentando SHEG e identificar as deficiências no setor | Promover mudanças no processo de trabalho. | Roda de conversa, e conversa individualizada com os membros da equipe de enfermagem. | Realizado durante o primeiro trimestre de 2017 |
| Implantar novas rotinas assistenciais para a gestante apresentando SHEG. | Capacitar 100% dos enfermeiros e 80% dos técnicos de enfermagem quanto a utilização do instrumento de avaliação da gestante até o final do último trimestre de 2017. | Capacitar as equipes visando o melhor aproveitamento do instrumento implantado. | Elaboração e implantação do instrumento de monitoramento e avaliação da paciente para técnicos e enfermeiros. | Implantação Dezembro de 2017 |
| | Atualizar 60% da equipe de enfermagem revendo técnicas de aferição da pressão arterial. | | | Capacitação primeiro trimestre de 2018 |
| Melhorar a qualidade da assistência prestada as gestantes internadas após a implantação do projeto de intervenção | Garantir que 80% das gestantes admitidas no setor tenham o instrumento de avaliação preenchido no prontuário durante o primeiro trimestre de 2018. | Promover a assistência igualitária para todas as pacientes admitidas sobre suspeita ou confirmação da SHEG. | Realizar o acompanhamento da equipe de enfermagem durante a implantação do instrumento e revisão dos prontuários afim de garantir a implantação | Primeiro trimestre de 2018 |

8 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Para o alcance dos objetivos do projeto, foram planejadas estratégias metodológicas, incluindo uma equipe multidisciplinar de médicos, técnicos, enfermeiros e gestores com os quais foi realizado roda de conversa e conversas individuais variando as equipes profissionais, onde foi identificada a deficiência e a necessidade da melhora de um instrumento de avaliação das pacientes. A ferramenta utilizada para teorizar a problematização e organizar passo a passo o conteúdo foi o Arco de Margueres (PRADO et al., 2012).

Realização de Reunião e roda de conversa junto a gerencia de enfermagem do setor para levantar os pontos relevantes a serem abordados.

De acordo com os dados e informações pesquisados conforme as literaturas referenciadas foi elaborado um instrumento avaliativo a ser executado pela equipe de enfermagem, visando a melhora da qualidade da assistência prestada as gestantes com SHEG contendo controle de sinais, sintomas e agravo específicos ligados à síndrome, perante realização de roda de conversa com a equipe médica durante o período de um mês variando entre as equipes, para levantar junto aos mesmos, alguns pontos importantes a serem descritos no instrumento formulado para auxiliar os médicos no diagnóstico da patologia ou agravo da paciente.

A pesquisa bibliográfica foi feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites (FONSECA, 2002).

Após o levantamento da parte teórica, realizado o desenvolvimento de um instrumento avaliativo para as pacientes internadas correspondente ao apêndice 1 do projeto, a ser preenchido pelo enfermeiro a cada período de 12h correspondente ao turno do plantão noturno e diurno.

Readequado instrumento de avaliação pressórica a ser preenchido pela equipe técnica de enfermagem que corresponde ao apêndice 2 do projeto.

Ambos os instrumentos devem ser aplicados com o seguinte critério, executar a triagem de pacientes com suspeita e confirmação de SHEG, que derem entrada no setor Centro Obstétrico do Hospital de base, apresentando os seguintes parâmetros: gestante ou puérpera diagnosticada com SHEG; diagnosticada com Síndrome HELLP; admitidas apresentando pressão arterial PAS maior ou igual a 140mmHG e/ou PAD 90 mmHg, com suspeita de SHEG a ser esclarecida.

O instrumento de avaliação e monitoramento dos sinais e sintomas será aplicado, preenchido e acompanhado diariamente pelos enfermeiros e equipe técnica e auxiliares de enfermagem.

Antes da implantação foi realizado treinamento *in loco* no setor com as equipes de enfermagem para revisão de técnica de aferição da pressão arterial garantindo a melhora da qualidade das aferições visando que o dado embasa uma série de ações a serem tomadas como intervenção para o quadro clínico da mesma.

Realizado o treinamento para que a equipe de enfermagem conheça e saiba preencher corretamente aos instrumentos implantados.

9 CRONOGRAMA

| Etapas de implantação para o projeto de intervenção | | |
|---|------------------------|----------------------|
| Ações a serem executadas | Período inicial | Período final |
| Desenvolvimento do projeto de intervenção (levantamento de dados, referencial teórico) | Novembro de 2016 | Novembro de 2017 |
| Reunião com a gerência do centro obstétrico. | 15/fev/2017 | - |
| Roda de conversa com a equipe médica | 13 de março 2017 | 13 de abril 2017 |
| Desenvolvimento do instrumento de avaliação da paciente | 15 de março 2017 | 30 de abril 2017 |
| Treinamento de aferição da PA junto a equipe. | 01 de maio 2017 | 30 de novembro 2017 |
| Implantação do instrumento de avaliação das gestantes. | 09 de dezembro 2017 | - |
| Capacitação dos enfermeiros do setor quanto ao uso do instrumento | dezembro 2017 | janeiro 2018 |
| Capacitação da equipe de auxiliar e técnicos quanto ao uso do instrumento | dezembro 2017 | Janeiro 2018 |
| Observação dos prontuários e análise final da implantação do instrumento | janeiro de 2018 | Fevereiro de 2018 |
| Apresentação final da conclusão do projeto de intervenção | 14 de dezembro 2017 | - |

10 ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO DO PROJETO

| OBJETIVO | META | RESULTADO | AValiação | POSSÍVEIS EXPLICAÇÕES PARA RESULTADOS |
|---|--|---|---------------------------------|---|
| Sensibilizar a equipe de enfermagem quanto a importância da mudança no processo de trabalho na assistência às gestantes com SHEG. | 60% da equipe de enfermagem | 50% da equipe foi sensibilizada | Meta parcialmente atingida | A exoneração de funcionários emergenciais e contratação de novos funcionários foi um fator que dificultou o alcance da meta. O turno variante das equipes dificultou o processo no alcance da meta. |
| Implantação de novas rotinas assistenciais para a gestante apresentando SHEG | 100% dos enfermeiros 80% dos técnicos de enfermagem | 80% dos enfermeiros 50% dos técnicos de enfermagem | Meta não atingida. | Atividade pouco atrativa para os funcionários do setor. A exoneração de funcionários emergenciais e contratação de novos funcionários foi um fator que dificultou o alcance da meta. O turno variante das equipes dificultou o processo no alcance da meta. |
| Melhorar a qualidade da assistência prestada as gestantes internadas após a implantação do projeto de intervenção | 80% das pacientes admitidas com confirmação ou suspeita de SHEG. | Não avaliado | Meta não avaliada até o momento | Objetivo em andamento sem possibilidade de avaliação no momento. O instrumento de avaliação ainda não foi colocado para acesso no sistema pela equipe de TI do Hospital até o momento. |

11 ORÇAMENTO

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE (Mês) | TIPO DE RECURSO | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | Fonte do recurso financeiro |
|---|--|------------------------|---|--------------------|---|
| Instrumento avaliativo para o enfermeiro contendo impresso em uma folha de papel sulfite A4 | 300 unidades para uma média de 05 pacientes ao dia | Material de consumo | R\$0,05 (Fo/lha) R\$0,21 (Toner da impressora) | R\$78,00 | Material proveniente do HBAP custeado pelo Governo do Estado de Rondônia. |
| Instrumento para avaliação dos Sinais Vitais contendo impresso em uma folha de papel sulfite A4 | 300 unidades para uma média de 05 pacientes ao dia | Material de consumo | R\$0,05 (folha) R\$0,21 (Toner da impressora) | R\$78,00 | Material proveniente do HBAP custeado pelo Governo do Estado de Rondônia. |
| Esfigmomanômetro | 01 | Material de consumo | R\$50,00 | R\$50,00 | Material proveniente do HBAP custeado pelo Governo do Estado de Rondônia. |
| Estetoscópio | 01 | Material de consumo | R\$35,00 | R\$35,00 | Material proveniente do HBAP custeado pelo Governo do Estado de Rondônia. |

REFERÊNCIAS

ALSO BRASIL. **Suporte Avançado de vida em Obstetrícia. Manual e programa de estudos.** 5ª Ed. São Paulo: Sarvier, 2016.

AMORIM, T. V. Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco. **Enfermería global**, Vol. 16, Núm. 2, p.515-529, 2017.

ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos Principais Fatores de Risco Maternos nas Síndromes Hipertensivas da Gestação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 11-17, Jul. 2008.

BERNO, G. **Hospital de base é referência em Rondônia para partos considerados de alto risco.** Portal do Estado de Governo de Rondônia. Notícias. Publicado em: 11 mai. 2015. Disponível em: <<http://www.rondonia.ro.gov.br/hospital-de-base-e-referencia-em-rondonia-para-partos-considerados-de-alto-risco/>>. Acesso em: 08 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco Manual Técnico.** Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2010.

_____. DATASUS. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos em Rondônia. Ano 2014.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10ro.def>>. Acesso em: 08 dez. 2017.

CARVALHO, G. M.; LULA, H. M.; OLIVEIRA, L. R. **Diagnóstico e intervenções de enfermagem em ginecologia e obstetrícia e neonatologia.** São Caetano do sul – SP: Editora Yendis, 2010.

COZENDEY, A. G., et al. Análise Clínica e Epidemiológica da Doença Hipertensiva Específica Da Gestação. **Rev. Científica da FMC.** v. 10, nº 2, 2015.

FEBRASGO. **Mortalidade Materna: Brasil é o 4º país que menos reduz no mundo.** Jornal da Febrasgo. Publicado em abril de 2015. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/?p=10885>. Acesso em: 08 dez. 2017.

FEBRASGO. Mortalidade materna. Sinal amarelo para a meta do milênio. **Jornal da Febrasgo**, ano 18, ed. 134, 13p. Brasil, set. 2012. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/07/JornalFebrasgo_134.pdf. Acesso em: 08 dez. 2017.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da Pesquisa Científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FREIRE, C. M. V.; TEDOLDI, C. L. 17. Hipertensão Arterial na Gestação. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.93, n.6, suppl.1, pp.159-165, 2009.

FREIRE DE AGUIAR, M. I., et al. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.11, out-dez., 2010. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027972007>> Acesso em: 9 dez. 2017.

FREITAS, F., **Rotinas em Obstetrícia** 6º ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2011.

Lowdermilk, D. L., Perry, S., Cashion, K., & Alden, K. R. **Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica** 10 ºed. . Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LOPES, G., et al. Hipertensão gestacional e a síndrome HELLP: ênfase nos cuidados de enfermagem. **Revista Augustus**, v. 18, n. 36, 2013. Disponível em:
<<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/revistaaugustus/article/view/1981-1896.2013v18n36p77/425>>. Acesso em: 09 dez. 2017

PRADO, M. L. et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 172-177, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1414-81452012000100023&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 09 dez. 2017

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. 2º ed. Barueri: Editora Manole, 2012.

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA PACIENTE COM SHEG PARA O ENFERMEIRO

| Instrumento de avaliação das SHEG – Enfermeiro | | | | | | | |
|---|--|------------------------------------|---|--------------------------|---------------------|---------|---------|
| NOME: | | Idade: | Reg: | G: P: A: | IG: | | |
| Gestante () SIM () NÃO | | Esperera () SIM () NÃO | RN () SIM () NÃO | Data: | Leito: | | |
| EXAME DO ESTADO GERAL | <input type="checkbox"/> Consciente () Inconsciente () Responsiva () Orientada () Desorientada () Agitada () Tranquila <input type="checkbox"/> Eupneica () Dispneica () ar ambiente () cateter nasal () máscara de Venturi <input type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianótica () Acianótica <input type="checkbox"/> Deambulando () acamada () Deambulando com auxílio <input type="checkbox"/> Apresentou emêsa () SIM () NÃO Hora: _____ BCF: _____ () BI () RUPREME - HORA: _____ DU: _____ MF: _____ <input type="checkbox"/> Perdas vaginais: () L.A claro () L.A claro com grumos () Mecônon ____/4+ <input type="checkbox"/> Sangue () Pequena () média () grande () <input type="checkbox"/> Prodromo de TP: () Sim () Não Fase ativa TP: () Sim () Não <input type="checkbox"/> Edema: () SIM () NÃO MMIII ____/4+ () MMSS ____/4+ () NÃO <input type="checkbox"/> Anasarca: SIM () NÃO () <input type="checkbox"/> Oligúria: () SIM () NÃO ml/24h () Anúria: _____ ml/24h <input type="checkbox"/> Hematuria: () SIM () NÃO <input type="checkbox"/> Dispneia: () SIM () NÃO | | | | Leito: | Enf P D | Enf P N |
| | EXAME OBSTETRICO DIRIGIDO | | | | | | |
| EXAME FISICO DIRIGIDO | | | | | | | |
| SINAIS DE EMINENCIA DE ECLAMPSIA | <input type="checkbox"/> Epigastralgia () SIM () NÃO <input type="checkbox"/> Cefaleia () SIM () NÃO <input type="checkbox"/> Escotomas ou distúrbios visuais () SIM () NÃO | EXAMES LABORATORIAIS DO DIA | <input type="checkbox"/> Proteinúria > 300mg/24h () SIM () NÃO <input type="checkbox"/> Proteinúria > 5,0g/24h () SIM () NÃO <input type="checkbox"/> Plaquetas < 100.000/mm ³ () SIM () NÃO <input type="checkbox"/> Elevação do TGO e TGO () SIM () NÃO | | | | |
| GESTANTE EM USO DE MgSO₄ | <input type="checkbox"/> Convulsões () SIM () NÃO <input type="checkbox"/> Reflexo patelar () SIM () NÃO <input type="checkbox"/> FR > ou igual 14 mmHg () SIM () NÃO <input type="checkbox"/> Diurese < 2,5ml/h () SIM () NÃO | | | | | | |
| Diagnóstico de enfermagem | Prescrição de enfermagem | Horario | Prescrição de enfermagem | Horario | Profissional | | |
| 1. Risco de lesão materna relacionado a disfunção de órgão ou sistema causado por aumento da pressão. | 1.1 Balanço Hídrico 1.2 Controle de diurese 1.3 orientar repouso relativo | 1.1 1.2 1.3 | 1.3 Avaliar edema de MMIII 1.4 Controle de peso | 1.4 1.5 | | | |
| 2. Risco de lesão materna relacionado a desequilíbrio no controle da pressão arterial | 2.1 Orientar DLE 2.2 Controle de PA da hora em hora 2.3 Orientar os sinais de eminência de eclampsia | 2.1 2.2 2.3 | 2.4 Administrar medicação prescrita 2.5 Monitoração cardíaca contínua 2.6 orientar repouso relativo | 2.4 2.5 2.6 | | | |
| 3. Risco de lesão para a mulher e o feto relacionada a irritabilidade do SNC (convulsões) | 3.1 Elevar grades de leito 3.2 Preparar cânula de nasal 3.3 Instalar 2 acessos venosos calibrosos 3.4 Administrar MgSO ₄ conforme prescrição médica | 3.1 3.2 3.3 3.4 | 3.5 Prever medicação de urgência 3.6 Preparar material de aspiração 3.7 Monitoração dos Sinais vitais 3.8 Manter ambiente tranquilo | 3.5 3.6 3.7 3.8 | | | |
| 4. Risco de toxicidade relacionada ao uso de MgSO ₄ . | 4.1 Preparar material para emergência 4.2 Preparar gluconato de cálcio 4.3 monitorar reflexos | 4.1 4.2 4.3 | 4.4 Realizar controle rigoroso de diurese 4.5 Monitorar sinais vitais a cada 15 à 30 min | 4.4 4.5 | | | |
| 5. Risco de lesão fetal relacionado com descolamento prematuro da placenta | 5.1 Orientar o uso de absorvente para avaliação de sangramento 5.2 Monitorar sinais vitais – COMUNICAR alteração 5.3 avaliar dor contínua e intensa | 5.1 5.2 5.3 | 5.4 Realizar AVP, se urgência 5.5 Monitorar e avaliar BCF | 5.4 5.5 | | | |
| 6. Risco de lesão do feto relacionada a possibilidade de nascimento prematuro | 6.1 Realizar AVP se intervenção cirurgica | 6.1 | 6.2 Orientar quanto aos riscos da prematuridade | 6.2 | | | |
| 7. Risco de rebaixamento de nível de consciência | 7.1 Elevar grades do leito 7.2 Monitorização contínua de sinais vitais 7.3 Preparar suporte de oxigênio | 7.1 7.2 7.3 | 7.4 Prever medicação de urgência 7.5 Preparar material para aspiração | 7.4 7.5 | | | |
| 8. Risco para lesão fetal relacionado a redução da perfusão placentaria | 8.1 avaliar movimentação fetal 8.2 auscultar BCF | 8.1 8.2 | 8.3 avaliar a altura uterina | 8.3 | | | |

(Lowdermilk, et.al. 2012; Carvalho, et.al. 2010)

